

**B 6 KA 30/19 R**

Land  
Bundesrepublik Deutschland  
Sozialgericht  
Bundessozialgericht  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
1. Instanz  
SG Kiel (SHS)  
Aktenzeichen  
S 14 KA 697/15, S 14 KA 402/11, S 14 KA 717/16  
Datum  
06.06.2016  
2. Instanz  
Schleswig-Holsteinisches LSG  
Aktenzeichen  
L 4 KA 41/16  
Datum  
04.06.2019  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 6 KA 30/19 R  
Datum  
25.11.2020  
Kategorie  
Urteil

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 4. Juni 2019 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens.

G r ü n d e :

I

1

Die Klägerin begehrt eine höhere Vergütung vertragsärztlicher Leistungen für das Quartal 2/2009; das Verfahren für das Quartal 3/2009 ist unter dem Az [B 6 KA 31/19 R](#) ebenfalls durch Urteil vom 25.11.2020 erledigt worden.

2

Die Klägerin nahm im streitbefangenen Zeitraum bis zur Aufgabe der Praxis zum 30.6.2011 als Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), bestehend aus dem Facharzt für Diagnostische Radiologie D. und dem Facharzt für Radiologie M., an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Die BAG hielt einen Computertomographen (CT) und einen Magnetresonanztomographen (MRT) vor; nur Herr M. verfügte über eine Genehmigung zur Durchführung von CT- und MRT-Leistungen.

3

Im Quartal 1/2009 wurde das Regelleistungsvolumen (RLV) noch für beide Ärzte auf Grundlage des arztgruppenspezifischen Fallwertes der Fachärzte für Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT gebildet. Erstmals für das Quartal 2/2009 und auch für das Quartal 3/2009 berechnete die beklagte Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) nur noch das RLV des über eine Genehmigung verfügenden Herrn M. ausgehend von dem arztgruppenspezifischen Fallwert der Arztgruppe der Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT (Fallwert 2/2009: 76,15 Euro und 3/2009: 80,23 Euro); das RLV der Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT, zu denen D. gehörte, bildete sie grundsätzlich auf der Basis des arztgruppenspezifischen Fallwertes dieser Arztgruppe (Fallwert 2/2009: 18,81 Euro und 3/2009: 25,07 Euro, wobei für 3/2009 abweichend hiervon individuelle Fallwerte zugrunde gelegt wurden).

4

Für das Quartal 2/2009 wies die Beklagte der Klägerin auf der Grundlage der Honorarvereinbarung (HVV) ein RLV in Höhe von 118 558,01 Euro zu; dieses setzte sich aus einem RLV für D. in Höhe von 23 451,18 Euro und Herrn M. in Höhe von 95 106,83 Euro zuzüglich eines 10%igen BAG-Aufschlages zusammen. Das RLV für Herrn M. wurde durch Multiplikation der RLV-relevanten Fallzahlen aus dem Vorjahresquartal 2/2008 in Höhe von 1129,5 mit dem arztgruppenspezifischen Fallwert der Arztgruppe der Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT in Höhe von 76,15 Euro und einem morbiditätsbedingten arztindividuellen Anpassungsfaktor in Höhe von 0,990301 bestimmt. Für D. ergab sich das RLV aus einer RLV-relevanten Fallzahl aus dem Quartal 2/2008 in Höhe von 1144,5 multipliziert mit dem Fallwert der Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne CT und MRT in Höhe von 18,81 Euro.

5

Die Beklagte setzte das Honorar der Klägerin für das Quartal 2/2009 vor Abzug des Verwaltungskostenbeitrags auf insgesamt 209 964,64 Euro einschließlich eines Konvergenzzuschlags in Höhe von 21 624,97 Euro fest. Die Klägerin hatte RLV-relevante Leistungen in einem Umfang von insgesamt 208 300,73 Euro abgerechnet, die in Höhe von 132 297,17 Euro vergütet wurden. Anträge der Klägerin auf Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten beim RLV und auf Gewährung von Härtefallzahlungen lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 2.3.2011 ab.

6

Mit Widerspruchsbescheid vom 16.11.2011 wies die Beklagte sämtliche Widersprüche gegen die RLV-Festsetzungen und die Honorarbescheide für das streitbefangene Quartal sowie die Quartale 1/2009 und 3/2009 bis 2/2010 und auch gegen den Bescheid vom 2.3.2011 zurück.

7

Das SG hat die auf Korrektur der RLV-Zuweisung und höheres Honorar gerichteten Klagen abgewiesen (*Gerichtsbescheide vom 6.6.2016*). Das LSG hat die Berufung der Klägerin zurückgewiesen (*Urteil vom 4.6.2019*). Die Beklagte habe das RLV sowie den Honoraranspruch der Klägerin für das Quartal 2/2009 rechtmäßig festgesetzt.

8

Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBewA) vom 27./28.8.2008 (*DÄ 2008, A-473*) zur Ermittlung des Orientierungswertes als Grundlage der RLV und speziell auch im Hinblick auf die Gruppe der Radiologen sei nach der Rechtsprechung des BSG rechtmäßig (*Hinweis auf BSG Urteil vom 11.12.2013 - B 6 KA 4/13 R - SozR 4-2500 § 87b Nr 5*). Auch sei eine KÄV nicht verpflichtet, das RLV eines Vertragsarztes so zu bemessen, dass die wesentlichen Leistungen seines Fachgebietes rechnerisch in jedem Behandlungsfall mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet würden. Maßgeblicher Faktor für die Höhe des RLV seien nicht die Preise der Euro-Gebührenordnung, sondern die tatsächlich gezahlten Gesamtvergütungen. Ziel der mit der RLV-Systematik eingeführten Mengensteuerung sei nicht nur eine Begrenzung der Menge insgesamt, sondern auch eine Begrenzung des Umfangs der von einzelnen Arztgruppen erbrachten Leistungen (*Hinweis auf BSG Urteil vom 11.12.2013 - B 6 KA 6/13 R - SozR 4-2500 § 87 Nr 29*). Für radiologische Leistungen habe sich nach Auskunft der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nach Einführung des Orientierungswertes mit Ausnahme der MRT-Angiographie - anders als für andere Bereiche - kein Anpassungsbedarf hinsichtlich der punktzahlmäßigen Bewertung gezeigt. Auch habe der tatsächliche Auszahlungspunktwert vor Einführung des Orientierungswertes wesentlich niedriger gelegen als der Kalkulationspunktwert in Höhe von 5,1129 Cent. Es liege weder ein Verstoß gegen [§ 87 Abs 2 SGB V](#) noch gegen den Grundsatz der angemessenen Vergütung vertragsärztlicher Leistungen gemäß [§ 72 Abs 2 SGB V](#) vor. Dass kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr bestehe, vertragsärztlich tätig zu werden und deshalb in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet sei, sei nicht ersichtlich.

9

Der Beschluss des EBewA vom 27./28.8.2008 sei auch insoweit rechtlich nicht zu beanstanden, als darin bei den Fachärzten für Radiologie darauf abgestellt werde, ob ein CT bzw MRT vorgehalten werde. Der Gestaltungsspielraum des Bewertungsausschusses (BewA) bei der Ausgestaltung untergesetzlicher Normen sei nicht überschritten, da die Unterteilung in Untergruppen im Hinblick auf die höheren Kosten bei Vorhalten eines CT bzw MRT erfolgt sei. Entsprechendes gelte für die Vertragspartner der HVV, die identische Untergruppen gebildet haben.

10

Die Beklagte habe auch bei der Bildung des RLV die Vorgaben aus dem Beschluss des EBewA vom 27./28.8.2008 bzw der HVV in rechtmäßiger Weise umgesetzt. Das RLV habe praxisbezogen zugewiesen, aber arztbezogen ermittelt werden müssen. Deshalb sei für den einen Arzt aus der klagenden BAG der Fallwert der Radiologen ohne Vorhaltung von CT und/oder MRT und für den anderen Arzt der Fallwert der Radiologen mit CT und MRT zugrunde gelegt worden. Für einen Arzt, der nicht über die Berechtigung zur Abrechnung von CT/MRT-Leistungen verfüge, könne das RLV nicht auf der Basis der Fallwerte von Radiologen mit CT/MRT berechnet werden. Daran ändere

die Einbindung in eine BAG nichts.

11

Die Klägerin könne auch nicht aufgrund von Praxisbesonderheiten ein höheres RLV bzw ein höheres Honorar beanspruchen. Zwar habe Herr M. den durchschnittlichen Fallwert seiner Arztgruppe um 30 % überschritten. Die Überschreitung folge jedoch nicht aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen fachlichen Spezialisierung. Bei den erbrachten schnittbildradiologischen Leistungen handele es sich nicht um spezielle Leistungen, die von den übrigen Praxen der Fachgruppe nicht angeboten würden. Dass Herr M. nur schnittbildradiologische Leistungen erbracht habe und damit die Möglichkeit einer Mischkalkulation entfalle, sei eine unternehmerische Entscheidung der BAG. Ein Härtefall liege ebenfalls nicht vor, da infolge der Konvergenzregelung in der 2. Ergänzungsvereinbarung zur HVV die Honorarverluste begrenzt worden seien. Dass ein spezifischer Sicherstellungsbedarf oder die Gefährdung der wirtschaftlichen Existenz der Praxis der Klägerin bestehe, habe die Klägerin nicht substantiiert dargelegt und sei auch sonst nicht ersichtlich.

12

Die Klägerin rügt mit ihrer Revision eine Verletzung von [§ 87b Abs 2](#) und 5, [§ 87 Abs 2 SGB V](#) aF sowie des Art 12 Abs 1 iVm Art 3 Abs 1 GG (Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit) und des [§ 72 Abs 2 SGB V](#) (Grundsatz der leistungsproportionalen Vergütung).

13

Die Bewertung der schnittbildradiologischen Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für die vertragsärztlichen Leistungen (EBM-Ä) 2009 stehe in Widerspruch zu den Vorgaben in [§ 87 Abs 2 SGB V](#). Der BewA hätte bei seiner Leistungsbewertung insbesondere den Aspekt der wirtschaftlichen Nutzung der medizinisch-technischen Geräte berücksichtigen und sachgerechte Stichproben durchführen müssen. Das EBM-Ä-Kalkulationssystem für die Quartale 1/2009 ff basiere nicht auf empirischen Erhebungen, sondern auf normativ festgelegten Vorgaben. Die EBM-Ä-Vergütung beruhe auf falschen Annahmen und Daten; die Berechnungsgrundlagen seien nicht mehr zeitgemäß. Die Festlegung eines vom ursprünglichen Kalkulationswert deutlich nach unten abweichenden Orientierungswertes ab 2009 hätte zwingend eine Höherbewertung für alle Leistungen mit einem überdurchschnittlichen Kostenanteil - wie den schnittbildradiologischen Leistungen - zur Folge haben müssen. Zwar komme dem Recht auf eine angemessene Vergütung gemäß [§ 72 Abs 2 SGB V](#) nur eine objektiv-rechtliche Bedeutung zu. Allerdings entstehe dann ein subjektiver Anspruch des Vertragsarztes auf ein höheres Honorar, wenn in einem Teilbereich kein finanzieller Anreiz mehr bestehe, vertragsärztlich tätig zu sein und dadurch die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet erscheine. Dies sei im Bereich der Beklagten für die Radiologen der Fall.

14

Die unterschiedliche Höhe des RLV innerhalb der gebildeten Untergruppen der Radiologen verstoße gegen Art 3 Abs 1 GG, die bundeseinheitlichen Vorgaben für den BewA und den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Eine Abgrenzung der Untergruppen der Fachärzte für Diagnostische Radiologie je nach Einsatz von Großgeräten sei im streitgegenständlichen Zeitraum schon deshalb nicht möglich gewesen, weil im Aufsatzzeitraum für die Bildung der Vergütungsvolumina für die RLV (2007) noch keine artbezogene Kennzeichnung der Leistungen möglich gewesen sei und die meisten Radiologen innerhalb einer BAG tätig gewesen seien. Die Beklagte habe die Abgrenzung auf der Basis pauschaler Annahmen vorgenommen und das tatsächliche Abrechnungsverhalten innerhalb der Untergruppen nicht hinreichend ermittelt. Da die Klägerin ein CT und ein MRT vorhalte, hätten zudem beide Ärzte der Klägerin der Arztgruppe "Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT" zugeordnet werden müssen. Die Differenzierung stelle auf die Vorhaltung von CT und MRT und nicht auf das Vorliegen einer Genehmigung auf der Grundlage des [§ 135 Abs 2 SGB V](#) ab. Zudem trete eine BAG im Rechtsverkehr und gegenüber der KÄV wie ein Einzelarzt als einheitliche Rechtspersönlichkeit auf. Der Hinweis des LSG, dass die Versorgung nicht allein durch das Vorhandensein entsprechender Geräte sichergestellt werde, gelte auch für solche Praxen, die den entsprechenden Fallwert allein aufgrund einer Genehmigung erhielten. Diese seien nicht verpflichtet, die Geräte zum Einsatz zu bringen. Zudem könne die Praxisausstattung nur als Leistungsangebot der gesamten Praxis verstanden werden. In Gemeinschaftspraxen werde eine Arbeitsteilung praktiziert, sodass, auch wenn alle Ärzte über eine CT- und MRT-Genehmigung verfügten, sich Leistungsschwerpunkte und unterschiedliche Fallwerte ergäben. Durch die Differenzierung nach den personengebundenen Genehmigungen werde an ein ungeeignetes Kriterium für die Bestimmung von typischen Unterschieden in der Leistungserbringung angeknüpft.

15

Das LSG habe zudem zu Unrecht einen Anspruch der Klägerin auf Anwendung einer allgemeinen Härteklauseel verneint. Die Besonderheit der Praxissituation liege in der massiven Reduzierung des Fallwertes von D. seit dem Quartal 2/2009, die dazu geführt habe, dass die Klägerin später ihre Praxis aus wirtschaftlichen Gründen habe aufgeben müssen. Bei dem Fallwert der Arztgruppe "Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT" handele es sich um einen Mischfallwert, der sowohl die schnittbildradiologischen Leistungen als auch die konventionell radiologischen Leistungen erfasse. In der Praxis der Klägerin seien die hoch bewerteten schnittbildradiologischen Leistungen aber ausschließlich von Herrn M. erbracht worden und von D. die gering bewerteten. Darum sei es zu einer extensiven Überschreitung des Fachgruppenfallwertes durch Herrn M. gekommen. Wenn bei Herrn D. eine massive Fallwertreduktion erfolge, hätte auf der anderen Seite für Herrn M. der Fallwert allein aufgrund der höher bewerteten schnittbildradiologischen Leistungen gebildet werden müssen.

16

Die Klägerin beantragt,  
das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 4.6.2019 und die Gerichtsbescheide des Sozialgerichts Kiel vom 6.6.2016 aufzuheben sowie die Mitteilung über das RLV für das Quartal 2/2009 vom 25.3.2009, den Honorarbescheid des Quartals 2/2009 vom 16.10.2009 und den Bescheid vom 2.3.2011 (Ablehnung der Anerkennung von Praxisbesonderheiten) jeweils in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.11.2011 zu ändern und die Beklagte zu verpflichten, sie unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu bescheiden.

17

Die Beklagte beantragt,  
die Revision zurückzuweisen.

18

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Es sei nicht ersichtlich, dass der BewA bei der Bewertung der schnittbildradiologischen Leistungen seinen Gestaltungsspielraum überschritten habe. Die differenzierte Zuordnung der Ärzte der Klägerin zu den Fachärzten für Radiologie mit/ohne Vorhaltung CT und/oder MRT und die sich daraus ergebenden unterschiedlichen Fallwerte widersprüchen weder den normativen Vorgaben auf Bundes- noch auf Landesebene. Auch wenn die Zuteilung des RLV praxisbezogen erfolge, bedeute dies nicht, dass - nur weil in der Praxis der Klägerin ein CT- und ein MRT-Gerät zur Verfügung stünden - allen dort tätigen Ärzten ein RLV für Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung CT und MRT zu gewähren sei, unabhängig davon, ob sie über eine entsprechende Genehmigung verfügen. Die Verluste im GKV-Umsatz der Klägerin seien zudem durch die Konvergenzzahlungen auf 7,5 % im ersten bzw 9 % im zweiten Halbjahr 2009 begrenzt worden, sodass die Klägerin sich über einen längeren Zeitraum auf die neuen Regelungen habe einstellen und mit Praxisumstrukturierungen habe reagieren können.

II

19

Die Revision der Klägerin hat keinen Erfolg. Zu Recht hat das LSG die Berufung der Klägerin zurückgewiesen (*zum Gegenstand des Verfahrens 1.*). Die punktzahlmäßige Bewertung der radiologischen Leistungen im EBM-Ä ist nicht zu beanstanden (*2.*); die Beklagte hat das RLV der Klägerin im streitbefangenen Quartal richtig ermittelt (*3.*) und weder im Hinblick auf Praxisbesonderheiten noch unter Härtegesichtspunkten hat die Klägerin Anspruch auf höheres Honorar (*4.*).

20

1. Gegenstand des Revisionsverfahrens sind - neben den vorinstanzlichen Entscheidungen - der Bescheid über die Zuweisung des RLV vom 25.3.2009 und der Honorarbescheid vom 16.10.2009, jeweils in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.11.2011. Ebenfalls Gegenstand des Verfahrens ist der Bescheid über die Ablehnung der Anerkennung von Praxisbesonderheiten im Rahmen des RLV vom 2.3.2011, soweit er das streitbefangene Quartal betrifft.

21

2. Die Klägerin wendet sich zunächst gegen die Bewertung der schnittbildradiologischen Leistungen im EBM-Ä und rügt deren mangelnde Anpassung im Zuge der Neuregelung der Vergütungssystematik mit Einführung des Orientierungswertes ab dem Quartal 1/2009. Die punktzahlmäßigen Bewertungen sind jedoch, soweit sie für den Honoraranspruch der Klägerin von Bedeutung sind, nicht zu beanstanden.

22

a) Ermächtigungsgrundlage für den EBM-Ä ist [§ 87 Abs 2 SGB V](#) in der Fassung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (*GKV-WSG vom 26.3.2007, BGBl I 378*). Danach bestimmt der EBM-Ä den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Bewertungsmaßstäbe sind in bestimmten Zeitabständen auch daraufhin zu überprüfen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung entsprechen; bei der Bewertung der Leistungen ist insbesondere der Aspekt der wirtschaftlichen Nutzung der bei der Erbringung von Leistungen eingesetzten

medizinisch-technischen Geräte zu berücksichtigen. Im Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen ist die Bewertung der Leistungen unter Berücksichtigung der Besonderheiten der jeweils betroffenen Arztgruppen auf der Grundlage von sachgerechten Stichproben bei vertragsärztlichen Leistungserbringern auf betriebswirtschaftlicher Basis zu ermitteln; die Bewertung der von einer Arztpraxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) in einem bestimmten Zeitraum erbrachten Leistungen kann dabei insgesamt so festgelegt werden, dass sie ab einem bestimmten Schwellenwert mit zunehmender Menge sinkt.

23

Nach ständiger Rechtsprechung des Senats sind die auf der Grundlage des [§ 87 SGB V](#) von den BewA vereinbarten EBM-Ä wegen ihrer spezifischen Struktur und der Art ihres Zustandekommens nur beschränkt der gerichtlichen Überprüfung zugänglich. Durch die personelle Zusammensetzung der - paritätisch mit Vertretern der Ärzte bzw Zahnärzte und Krankenkassen besetzten - BewA und durch den vertraglichen Charakter der Bewertungsmaßstäbe soll gewährleistet werden, dass die unterschiedlichen Interessen der an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung beteiligten Gruppen zum Ausgleich kommen und auf diese Weise eine sachgerechte inhaltliche Umschreibung und Bewertung der (zahn)ärztlichen Leistungen erreicht wird. Innerhalb der ihm erteilten Normsetzungsermächtigung ist dem BewA - wie auch dem EBewA - bei der Konkretisierung des Inhalts gesetzlicher Regelungen Gestaltungsfreiheit eingeräumt. Das vom BewA erarbeitete System autonomer Leistungsbewertung kann seinen Zweck nur erfüllen, wenn Eingriffe von außen grundsätzlich unterbleiben. Die gerichtliche Überprüfung ist daher im Wesentlichen darauf beschränkt, ob der BewA den ihm zustehenden Entscheidungsspielraum überschritten oder seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgenutzt hat (vgl nur *BSG Urteil vom 19.8.1992 - 6 RKA 18/91 - SozR 3-2500 § 87 Nr 5 S 23*; *BSG Urteil vom 28.10.2015 - B 6 KA 42/14 R - SozR 4-5531 Nr 06225 Nr 1 RdNr 27*; *BSG Urteil vom 17.2.2016 - B 6 KA 47/14 R - SozR 4-2500 § 87 Nr 32 RdNr 23*; *BSG Urteil vom 25.1.2017 - B 6 KA 2/16 R - SozR 4-5540 § 5 Nr 1 RdNr 31*).

24

Der dem BewA in [§ 87 Abs 2 SGB V](#) übertragene Gestaltungsauftrag erschöpft sich nicht in der Aufstellung eines reinen Leistungs- und Bewertungskataloges unter medizinischen, betriebswirtschaftlichen oder sonstigen Gesichtspunkten, sondern schließt die Befugnis ein, über die Beschreibung und Bewertung der (zahn)ärztlichen Verrichtungen das Leistungsverhalten der (Zahn-)Ärzte steuernd zu beeinflussen (*BSG Urteil vom 28.5.2008 - B 6 KA 9/07 R - BSGE 100, 254 = SozR 4-2500 § 85 Nr 42, RdNr 19*; *BSG Urteil vom 28.10.2015 - B 6 KA 42/14 R - SozR 4-5531 Nr 06225 Nr 1 RdNr 28 mwN*; *BSG Urteil vom 28.6.2017 - B 6 KA 29/17 R - SozR 4-2500 § 85 Nr 88 RdNr 14 - auch zum Folgenden*). Hierzu bedarf es komplexer Kalkulationen, Bewertungen, Einschätzungen und Prognosen, die nicht jeden Einzelfall abbilden können, sondern notwendigerweise auf generalisierende, typisierende und pauschalierende Regelungen angewiesen sind (*BSG Urteil vom 28.5.2008 - B 6 KA 9/07 R - BSGE 100, 254 = SozR 4-2500 § 85 Nr 42, RdNr 19 unter Verweis auf BVerfG Urteil vom 19.3.2003 - 2 BvL 9/98 ua - BVerfGE 108, 1, 19 und BSG Urteil vom 9.4.2008 - B 6 KA 40/07 R - BSGE 100, 154 = SozR 4-2500 § 87 Nr 16, RdNr 28*). Die gerichtliche Überprüfung eines komplexen und auch der Steuerung dienenden Regelungsgefüges darf sich deshalb nicht isoliert auf die Bewertung eines seiner Elemente beschränken, sondern muss stets auch das Gesamtergebnis der Regelung mit in den Blick nehmen (*BSG Urteil vom 28.5.2008 - B 6 KA 9/07 R - BSGE 100, 254 = SozR 4-2500 § 85 Nr 42, RdNr 19 unter Verweis auf BVerfG Urteil vom 6.3.2007 - 2 BvR 556/04 - BVerfGE 117, 330, 353*). Die Richtigkeit jedes einzelnen Elements in einem mathematischen, statistischen oder betriebswirtschaftlichen Sinne ist deshalb nicht Voraussetzung für die Rechtmäßigkeit der gesamten Regelung (*BSG Urteil vom 28.5.2008 - B 6 KA 9/07 R - BSGE 100, 254 = SozR 4-2500 § 85 Nr 42, RdNr 19*).

25

Daran hat sich durch die Ergänzung des [§ 87 Abs 2 SGB V](#) um Satz 3 durch das GKV-WSG im Grundsatz nichts geändert. Der Gesetzgeber hat durch den Hinweis auf die betriebswirtschaftliche Basis der Kalkulation der Bewertungen verdeutlicht, dass damit die leistungsgerechte Vergütung zwischen den Arztgruppen als eines der zentralen Ziele der Vergütungsreform sichergestellt werden soll (*Begründung zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum GKV-WSG, BT-Drucks 16/3100 S 127 zu Art 1 Nr 57*). Das kann sich - wie der Hinweis auf die Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Arztgruppen verdeutlicht - nur auf eine betriebswirtschaftlich fundierte Grundlage des EBM-Ä insgesamt und nicht auf jede einzelne Leistungsposition beziehen. Das Gesamtgefüge der Bewertung aller vertragsärztlichen Leistungen soll nicht schlicht "gegriffen" oder aus früheren Bewertungen ohne nähere Überprüfung fortgeschrieben werden, sondern durch betriebswirtschaftliche Systematik und sachgerechte Stichproben soweit möglich (auch) an den tatsächlichen Kosten für die Leistungserbringung ausgerichtet werden.

26

b) Für eine Überschreitung des dem BewA eingeräumten Entscheidungsspielraums bei der Bewertung schnittbildradiologischer Leistungen sind keine hinreichenden Anhaltspunkte ersichtlich. Es lässt sich nicht feststellen, dass die Entscheidungen des BewA von sachfremden Erwägungen getragen waren. Solche sachfremden Gründe bzw Motive sind weder dem EBM-Ä zu entnehmen noch werden diese letztlich von der Klägerin geltend gemacht. Sie wirft dem BewA vielmehr eine fehlerhafte Kalkulation des EBM-Ä insgesamt vor. Unter Hinweis auf die Expertise des IGES-Instituts im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes (*IGES, Plausibilität der Kalkulation des EBM, 2010, S 20*) bringt die Klägerin vor, dass das EBM-Ä-Kalkulationssystem nicht auf empirischen Erhebungen, sondern auf einer Vielzahl normativer Vorgaben beruhe. Für die Bewertungsrelationen ist die Validität der Kalkulationssystematik, die alle Leistungen des EBM-Ä gleichermaßen betrifft, aber nicht von entscheidender Bedeutung. Eine Kalkulation von realen Preisen für die EBM-Ä-Leistungen war von vornherein nicht beabsichtigt. Daher waren auch mögliche Ungenauigkeiten der Kalkulationssystematik insgesamt nicht problematisch, denn zur Ermittlung einer relationalen Bewertung der Leistungen zueinander waren die Niveaus der Bewertungen nicht entscheidend (vgl ebenfalls *IGES, Plausibilität der Kalkulation des EBM, 2010, S 73 f*). Im Übrigen wurde die Einführung des EBM-Ä 2000plus, dem erstmals die heutige

Kalkulationssystematik zugrunde lag (vgl. *Abschlussbericht im Auftrag der KBV und der Spitzenverbände der Krankenkassen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK*, 2007), ebenso wie die des EBM-Ä 2008 (vgl. *Institut des Bewertungsausschusses/Wissenschaftliches Institut der AOK/Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Wissenschaftliche Begleitung zur Einführung des EBM-Ä 2008*) wissenschaftlich begleitet. Die Kostenermittlung der technischen Leistungen beruhte auf Erhebungen des Statistischen Bundesamts, des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung aus den Jahren 1993 - 1995, einer von der KBV in Auftrag gegebene Erhebung durch KPMG aus dem Jahr 1994 und einer schweizerischen "Rollenden Kostenstudie" aus dem Jahr 1994 (vgl. *IGES, Plausibilität der Kalkulation des EBM, 2010, S 30 ff*). Aufgrund des Alters der Studien wurden die ursprünglichen Kostenwerte mittels verschiedener Preisindizes inflationiert, um allgemeine Preissteigerungen zu berücksichtigen. Darüber hinaus wurde eine Zusatzhebung für den Bereich der Radiologie (1993 - 1997) durchgeführt. Damit wurden die Kostensätze vom BewA auf der Grundlage verschiedener Erhebungen wertend ermittelt und in eine in sich konsistente komplexe Bewertungsstruktur eingepasst. Dass der BewA speziell für die Bewertung der schnittbildradiologischen Leistungen von fehlerhaften Kalkulationsgrundlagen ausgegangen ist, hat die Klägerin nicht dargelegt.

27

c) Soweit die Klägerin auf die Diskrepanz zwischen dem Kalkulationspunktwert von 5,1129 Cent und dem im streitbefangenen Zeitraum zugrunde gelegten vergütungsrelevanten Orientierungswert von 3,5001 Cent hinweist, wendet sie sich nicht gegen die Festsetzung des Orientierungswertes an sich (vgl. zur *Rechtmäßigkeit des Beschlusses des EBewA zur Ermittlung des Orientierungswertes für das Quartal 1/2009 BSG Urteil vom 11.12.2013 - B 6 KA 4/13 R - SozR 4-2500 § 87b Nr 5 RdNr 19*), sondern begehrt vielmehr die Anpassung der Bewertung von schnittbildradiologischen Leistungen im EBM-Ä aufgrund der Einführung des Orientierungswertes und der neuen Vergütungsregelungen. Eine solche Anpassung war mit Beschluss des EBewA vom 23.10.2008 (*DÄ 2008, A-2602*) für verschiedene Leistungsgruppen erfolgt, im Bereich der schnittbildradiologischen Leistungen jedoch nur für die MRT-Angiographie (*Beschluss des EBewA vom 23.10.2008, Ziffer 1.11*).

28

Aus der Diskrepanz zwischen Kalkulationspunktwert und Orientierungswert können indes keine Rückschlüsse auf die Notwendigkeit einer Höherbewertung von Leistungen gezogen werden, denn beiden Werten kommt eine unterschiedliche Funktion zu. Der Kalkulationspunktwert wurde erstmals mit Einführung des EBM-Ä 2000plus im Jahr 2005 als Umrechnungsfaktor angewandt. Der EBM-Ä 2000plus war die erste EBM-Ä-Version, die anhand eines Kalkulationsmodells ermittelt wurde, bei dem eine Trennung zwischen einem rein ärztlichen Leistungsanteil und einem technischen Leistungsanteil erfolgte. Da alle Kosten in Euro in das Kalkulationsmodell eingingen und innerhalb des Modells lediglich eine Umlage der Kosten durchgeführt wurde, wurde im EBM-Ä 2000plus anders als zuvor für jede Leistung zunächst ein Euro-Betrag kalkuliert. Dieser Euro-Betrag drückt aus, welche rechnerischen Kosten bei der Erstellung der Leistung für eine Durchschnittspraxis unter Verwendung des Kalkulationsmodells anfallen. Um die einzelnen Leistungen in eine relationale Bewertung zu überführen, mussten die in Euro ermittelten Bewertungen der einzelnen Leistungen wieder in Punkte umgerechnet werden (*IGES, Plausibilität der Kalkulation des EBM, 2010, S 12 ff, auch zum Folgenden*). Als Umrechnungsfaktor wurde der kalkulatorische Punktwert von ca 5,11 Cent angewandt. Er drückt zwar aus, welche ärztlichen und technischen Kosten je Punkt zu erwarten sind, steht jedoch in keinem Bezug zu der auf einer ganz anderen rechtlichen Ebene angesiedelten Ermittlung und Verteilung der Gesamtvergütung.

29

Der Orientierungswert hat hingegen seit 2009 die Funktion, die notwendige medizinische Versorgung, also den Behandlungsbedarf mit Preisen zu hinterlegen. Er entspricht dem Betrag, zu dem unter Berücksichtigung honorarbegrenzender Maßnahmen die prospektiv vereinbarte Leistungsmenge vergütet wird (*IGES, Plausibilität der Kalkulation des EBM, 2010, S 74*). Die KÄV und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich auf der Grundlage der Orientierungswerte gemäß [§ 87 Abs 2e Satz 1 Nr 1 bis 3 SGB V](#) jeweils bis zum 31.10. eines jeden Jahres Punktwerte, die zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Folgejahr anzuwenden sind ([§ 87a Abs 2 Satz 1 SGB V](#)). Aus den vereinbarten Punktwerten und dem EBM-Ä für ärztliche Leistungen gemäß [§ 87 Abs 1 SGB V](#) war eine regionale Gebührenordnung mit Europreisen (regionale Euro-Gebührenordnung) zu erstellen ([§ 87a Abs 2 Satz 6 SGB V](#)). Gemäß [§ 87 Abs 2e Satz 1 iVm § 87c Abs 1 SGB V](#) aF war der erstmalige Orientierungswert für das Jahr 2009 rechnerisch durch die Division des Finanzvolumens durch die Leistungsmenge zu ermitteln. Das Finanzvolumen ist die Summe der bundesweit insgesamt für das Jahr 2008 nach [§ 85 Abs 1 SGB V](#) aF zu entrichtenden Gesamtvergütungen in Euro, welche um die für das Jahr 2009 geltende Veränderungsrate nach [§ 71 Abs 3 SGB V](#) für das gesamte Bundesgebiet zu erhöhen war ([§ 87c Abs 1 Satz 3 SGB V](#) aF). Die Leistungsmenge war als Punktzahlvolumen auf der Grundlage des EBM-Ä abzubilden; sie ergab sich aus der Hochrechnung der dem BewA vorliegenden aktuellen Abrechnungsdaten, die mindestens vier Kalendervierteljahre umfassten ([§ 87c Abs 1 Satz 4 SGB V](#) aF). Berücksichtigt wurden allerdings nur Leistungen, auf die keine honorarbegrenzenden Maßnahmen angewandt wurden (*IGES, Plausibilität der Kalkulation des EBM, 2010, S 16 ff*). Der erstmalige bundesweite Orientierungswert wurde auf 3,5001 Cent festgelegt.

30

Damit sind kalkulatorischer Punktwert und Orientierungswert zunächst voneinander grundsätzlich unabhängige Größen. Dies wird auch durch die Ermittlung des kalkulatorischen Punktwertes deutlich, der basierend auf der Leistungsmenge vor Anwendung honorarbegrenzender Regelungen, also nicht ausschließlich für die notwendige medizinische Versorgung gemäß [§ 71 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) erfolgte; die Gesamtvergütung hingegen soll ausschließlich die notwendige medizinische Versorgung umfassen (*IGES, Plausibilität der Kalkulation des EBM, 2010, S 74*).

31

d) Der EBewA ist bei Einführung des EBM-Ä 2008 entgegen der Auffassung der Klägerin seiner Beobachtungspflicht nachgekommen. Dass in verschiedenen Leistungsbereichen mit Beschluss vom 23.10.2008 Anpassungen vorgenommen worden sind, deutet darauf hin, dass eine Überprüfung der Leistungen - gerade auch der radiologischen Leistungen, denn für die MRT-Angiographie wurde eine Anpassung der EBM-Ä-Bewertung vorgenommen - auf einen Anpassungsbedarf hin erfolgt ist. Auch aus der im Berufungsverfahren vorgelegten Stellungnahme der KBV vom 24.9.2015 als eine der Trägerorganisationen des BewA ergibt sich, dass eine Überprüfung der Leistungen erfolgt ist, sich für die radiologischen Leistungen - mit Ausnahme der MRT-Angiographie - aber kein Anpassungsbedarf gezeigt hat. Die KBV hat weiter nachvollziehbar dargelegt, dass Anpassungen der punktzahlenmäßigen Bewertung dann erfolgt sind, wenn der Auszahlungspunktwert in der Vergangenheit erheblich über oder unter dem Orientierungswert gelegen hat oder andere medizinische bzw versorgungspolitische Erwägungen dies erforderlich gemacht haben. Für die Mehrzahl der CT- und MRT-Leistungen hat der EBewA solche Umstände nicht gesehen. Die Klägerin hat im Übrigen auch nicht substantiiert vorgetragen, inwieweit in der Vergangenheit gravierende Abweichungen vom Auszahlungspunktwert bestanden haben, die eine Anpassung der EBM-Ä-Bewertung erforderlich gemacht hätten. Aus der von ihr angeführten Differenz von Kalkulationspunktwert und Orientierungswert lassen sich keinerlei Aussagen über die Erforderlichkeit einer Anpassung herleiten, denn der Kalkulationspunktwert ist lediglich eine Rechengröße, sagt über die Höhe der Vergütung einer Leistung hingegen nichts aus (vgl oben unter c).

32

e) Soweit die Klägerin unter Hinweis auf die wirtschaftlichen Schwierigkeiten ihrer Praxis eine insgesamt unzureichende Vergütung der radiologischen Leistungen geltend macht, kann ihr nicht gefolgt werden. Anders als die Klägerin nahelegen will, lagen und liegen nicht nur die Honorarumsätze, sondern auch die Erträge aus der vertragsärztlichen Tätigkeit bei den Radiologen im oberen Segment der Arztgruppen. Das hat der Senat zuletzt in einem Urteil vom 11.12.2019 ([B 6 KA 12/18 R](#) - SozR 4-2500 § 87b Nr 22 RdNr 29, 32) dargestellt. Auch die Daten des Statistischen Bundesamtes ergeben für die Jahre 2003 bis 2015 eine stetige Erhöhung des Reinertrages radiologischer Praxen (*Statistisches Bundesamt, Kostenstrukturen bei Arztpraxen, 2017, S 2*). Soweit die Klägerin geltend macht, das höhere Vergütungsniveau von radiologischen Leistungen in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Relation zum EBM-Ä indiziere eine unzureichende Bewertung der vertragsärztlichen Leistungen, rechtfertigt das keine andere Beurteilung. Richtig ist, dass in der Radiologie die Diskrepanz zwischen der Bewertung der vertragsärztlichen und der privatärztlichen Leistungen besonders eklatant ist. Die Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) ist in ihrem im Dezember 2019 vorgelegten Bericht davon ausgegangen, dass die Leistungen nach der GOÄ im Mittel beim 3,4-fachen der EBM-Ä-Bewertung liegen (*Bericht S 87*). Das rechtfertigt aber nicht den Schluss auf ein generell unzureichendes Vergütungsniveau, sondern belegt nur gravierende Differenzen im Bereich der Radiologie, die in dem Kommissionsbericht gerade problematisiert werden.

33

Die Entwicklung im Bereich der radiologischen Tätigkeit ist in den letzten Jahren durch einen deutlichen Anstieg der Zahl der niedergelassenen Radiologen und einen Rückgang der Zahl von Fachärzten im stationären Bereich geprägt (vgl *Darstellung im Internetportal "www.Radiologie.de" zur Radiologie in Zahlen*). Von den 2200 Krankenhäusern in Deutschland betreiben nur noch ca 800 eigene radiologische Abteilungen; im Übrigen wird die radiologische Versorgung über die Kooperation mit Praxen oder durch Praxen im Krankenhaus gewährleistet. Die Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor ist hier besonders weit fortgeschritten, was kaum hätte realisiert werden können, wenn das Vergütungsniveau für die Radiologie im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung evident unzureichend gewesen wäre. Wenn die Praxis der Klägerin in wirtschaftliche Schwierigkeiten geraten ist, dürften dafür weniger die Bewertung der radiologischen Leistungen im EBM-Ä als vielmehr zwei Entwicklungslinien in der Radiologie ursächlich gewesen sein, an denen die Klägerin offenbar nicht partizipieren konnte. Das betrifft zum einen die Bildung größerer Einheiten mit mehr als einem oder zwei Ärzten und zum anderen die Dominanz von CT und MRT im Spektrum der Radiologie. Inzwischen entfällt auf die Kernspintomographie ein Anteil von 30 % und auf die Computertomographie ein Anteil von 20 % aller radiologischen Untersuchungen. Die drei wichtigsten Leistungspositionen der Radiologie, mit denen zusammen 39 % des Umsatzes generiert werden, beschreiben kernspintomographische Leistungen (*GOP 34411 - Wirbelsäule, 34450 - Extremitäten, 34410 Neurocranium; Bericht der KOMV, S 100*). Dass sich daraus für eine kleine radiologische Praxis, in der ein 1944 geborener Arzt weder CT- noch MRT-Leistungen erbringen kann, wirtschaftliche Probleme ergeben können, liegt nahe.

34

3. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Zuweisung eines höheren RLV.

35

Der Senat hat sich bereits mehrfach mit den Grundsätzen der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen ab dem Jahr 2009 für Arztgruppen befasst, die den RLV unterlagen (*zuletzt ausführlich Senatsurteil vom 2.8.2017 - [B 6 KA 7/17 R](#) - SozR 4-2500 § 87b Nr 12*). Darauf wird hier Bezug genommen, zumal die Beteiligten darüber nicht mehr streiten. Der Erörterung bedarf nur, ob innerhalb der Arztgruppe der Radiologen hinsichtlich der Fallwerte differenziert werden durfte (*dazu a*) und - wenn das zulässig war - wie das RLV einer BAG zu ermitteln ist, der Ärzte aus verschiedenen Untergruppen angehören (*dazu b*).

36

a) Die Bildung der für das RLV relevanten Fach(arzt)gruppen durch den EBewA in Anlage 1 zum Beschluss vom 27./28.8.2008 (bzw durch die Vertragspartner in der 1. Ergänzungsvereinbarung zur HVV) ist nicht zu beanstanden.

37

Nach [§ 87b Abs 3 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V](#) aF waren die Werte für die RLV ua differenziert nach Arztgruppen festzulegen. Dies beinhaltete die Notwendigkeit, verschiedene Arztgruppen auszuweisen und diesen ein Vergütungsvolumen zuzuweisen, das bei der Festlegung der RLV zugrunde zu legen ist. Die Differenzierung nach Arztgruppen hielt der Gesetzgeber für erforderlich, um den Besonderheiten der einzelnen Arztgruppen gerecht werden zu können (vgl *Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum GKV-WSG, BT-Drucks 16/3100 S 124*). Der EBewA hat in der Anlage 2 zu Teil F Ziffer 1 seines Beschlusses vom 27./28.8.2008 den Rechenweg zur Bestimmung des arztgruppenspezifischen Anteils am RLV-Vergütungsvolumen vorgegeben. Dieser Anteil bestimmt sich - vereinfacht dargestellt - anhand des Anteils der Arztgruppe am Vergütungsvolumen 2007, welches einerseits an Veränderungen des EBM-Ä im Jahr 2008 angepasst und andererseits um zahlreiche Vorwegabzüge vermindert wurde. Dieses arztgruppenspezifische Vergütungsvolumen ist den früheren Honorarkontingenten oder -töpfen vergleichbar. Auch die nach Arztgruppen getrennte Zuweisung von RLV dient damit - wie Honorarkontingente - dem Zweck, die Folgen einer Leistungsmengenausweitung auf die jeweilige Teilgruppe zu beschränken und Honorarminderungen für solche Gruppen zu verhindern, die zu einer Leistungsausweitung nichts beitragen. Diesen Zweck hat der Senat in ständiger Rechtsprechung gebilligt (vgl *BSG Urteil vom 11.12.2013 - B 6 KA 6/13 R - SozR 4-2500 § 87 Nr 29 RdNr 31 unter Verweis auf BSG Urteil vom 3.12.1997 - 6 Rka 21/97 - BSGE 81, 213, 218 f = SozR 3-2500 § 85 Nr 23 S 153 f*).

38

Nach Teil F Ziffer 2.1 des Beschlusses des EBewA vom 27./28.8.2008 kommen für Ärzte der in Anlage 1 genannten Arztgruppen RLV zur Anwendung. Ziffer 4 der Anlage 1 differenziert bei den für RLV relevanten Arztgruppen ua zwischen Fachärzten für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT, Fachärzten für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT, Fachärzten für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT und Fachärzten für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT. In der 1. Ergänzungsvereinbarung zur HVV wird folgerichtig unter Ziffer 1 ebenfalls die dargestellte Differenzierung bei den Fachärzten für Diagnostische Radiologie vorgenommen. Das ist nicht zu beanstanden.

39

Dem EBewA kommt bei der Ausgestaltung untergesetzlicher Normen ein weiter Gestaltungsspielraum zu (vgl *oben unter 2. a*). Die richterliche Kontrolle untergesetzlicher Normen beschränkt sich darauf, ob sich die untergesetzliche Norm auf eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage stützen kann und ob die äußersten rechtlichen Grenzen der Rechtssetzungsbefugnis durch den Normgeber überschritten wurden. Letzteres ist dann der Fall, wenn die getroffene Regelung in einem "groben Missverhältnis" zu den mit ihr verfolgten legitimen Zwecken steht (*BVerfG Urteil vom 19.3.2003 - 2 BvL 9/98 ua - BVerfGE 108, 1, 19*), dh in Anbetracht des Zwecks der Ermächtigung schlechterdings unverträglich oder unverhältnismäßig ist. Der EBewA überschreitet den ihm eröffneten Gestaltungsspielraum, wenn sich zweifelsfrei feststellen lässt, dass seine Entscheidungen von sachfremden Erwägungen getragen sind (*BSG Urteil vom 28.6.2017 - B 6 KA 29/17 R - SozR 4-2500 § 85 Nr 88 RdNr 12*).

40

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Differenzierung innerhalb der Gruppe der Ärzte für Diagnostische Radiologie als rechtmäßig dar. Die vom EBewA vorgegebene und entsprechend von den Vertragspartnern der HVV übernommene Unterteilung der Fachärzte für Diagnostische Radiologie in Untergruppen erfolgte im Hinblick auf die erhöhten Kosten bei Vorhalten eines CT und/oder MRT. Die Differenzierung dient der Vermeidung eines Mischfallwertes für eine einzige Gruppe aller Radiologen, der einerseits zur Finanzierung schnittbildradiologische Leistungen nicht ausreichen, andererseits zu überhöhten Fallwerten bei Ärzten führen würde, die weder ein CT noch ein MRT vorhalten. Verwerfungen, die dadurch entstehen könnten, dass eine Praxis, die schwerpunktmäßig konventionelle Radiologie betreibt, jedoch auch CT und MRT vorhält, von den im Verhältnis zu den anderen radiologischen Untergruppen in der Regel deutlich höheren Fallwerten profitiert, sind hinzunehmen. Im Übrigen erscheint diese von der Klägerin eingeführte Beispielskonstellation wenig realitätsnah: Eine Praxis wird die hohen Kosten für Anschaffung und Unterhalt eines CT und eines MRT kaum auf sich nehmen, wenn sie schwerpunktmäßig die im EBM-Ä deutlich geringer bewerteten konventionellen radiologischen Leistungen erbringen will. Jedenfalls ist es den zur Normsetzung befugten Körperschaften nicht verwehrt, im Interesse der Überschaubarkeit und Praktikabilität zu verallgemeinern, zu typisieren und zu pauschalieren (*BSG Urteil vom 19.2.2014 - B 6 KA 16/13 R - juris RdNr 31 mwN*). Die Differenzen zwischen den Fallwerten der Radiologen ohne CT/MRT und den Radiologen mit CT und MRT sind so groß, dass der BewA darüber kaum hätte hinweggehen können, indem er für alle Radiologen einen einheitlichen Fallwert vorgegeben hätte. Der Fallwert der ersten Untergruppe bewegte sich im Referenzzeitraum bei 19 Euro, der Fallwert der zweiten, in der Praxis der Klägerin durch Herrn M. vertretenen Gruppe bei 76 Euro, also bei etwa dem Vierfachen. Soweit die Klägerin darauf verweist, dass im Aufsatzzeitraum für die Bildung der Vergütungsvolumina für die RLV (2007) noch keine arztbezogene Kennzeichnung der Leistungen nach der lebenslangen Arztnummer (LANR) vorgegeben gewesen sei, betrifft dies nicht die Frage, ob eine

Differenzierung zwischen Radiologen mit und ohne Vorhaltung von CT/MRT vorgenommen werden kann bzw muss, sondern vielmehr die Anwendung der Vorgaben des EBewA durch die Beklagte und die tatsächliche Berechnung der RLV (vgl dazu unter b), bb).

41

b) Die Beklagte hat bei der Bildung des RLV der Klägerin die Vorgaben des Beschlusses des EBewA vom 27./28.8.2008 bzw der HVV 2009 in rechtmäßiger Weise umgesetzt. Zu Recht hat die Beklagte bei der Berechnung der RLV der Klägerin im Quartal 2/2009 Herrn M. der Gruppe der "Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT" und D. der Gruppe der "Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT" entsprechend ihrem Versorgungsauftrag und dem Behandlungsangebot zugeordnet, weil Herr M. über eine Genehmigung zur Erbringung von CT- bzw MRT-Leistungen verfügte, D. hingegen nicht.

42

aa) Entgegen der Auffassung der Klägerin ergibt sich aus dem Vorhandensein eines CT und MRT in der BAG nicht, dass beiden Mitgliedern der Klägerin ein RLV auf der Grundlage des arztgruppenspezifischen Fallwertes für "Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT" zuzuweisen war. "Vorhalten" im Sinne der Regelung des Beschlusses des EBewA vom 27./28.8.2008 beschränkt sich nicht auf das bloße Vorhandensein eines entsprechenden Geräts. "Vorhalten" bedeutet so viel wie "bereithalten", "zur Verfügung halten" (*Duden, Deutsches Universalwörterbuch, 5. Aufl 2003, S 1754*). Erforderlich ist demnach nicht nur das Vorhandensein des Gerätes, sondern zugleich die Möglichkeit, über dieses zu verfügen, also Untersuchungen damit durchzuführen und gegenüber der KÄV abzurechnen. Ein CT/MRT wird nur von einem Arzt "vorgehalten", der Zugriff auf das Gerät und zugleich die Genehmigung zur Abrechnung der entsprechenden Leistungen hat. Nur der Arzt, der über eine Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen verfügt, kann das Gerät tatsächlich zur Versorgung der Versicherten nutzen, sodass die Zuerkennung eines höheren Fallwertes gerechtfertigt ist.

43

Eine solche Auslegung entspricht auch der Systematik der vergütungsrechtlichen Regelungen. Denn die Ermittlung der RLV erfolgt nach Teil F Ziffer 1.2.2. des Beschlusses des EBewA vom 27./28.8.2008 arztbezogen. Damit kann die Differenzierung zwischen dem Vorhalten bzw Nichtvorhalten von CT/MRT entgegen der Auffassung der Klägerin nicht patienten- oder BAG-bezogen vorgenommen werden. Erst die Zuweisung der RLV erfolgt nach Teil F Ziffer 1.2.4. des Beschlusses praxisbezogen. Dabei ergibt sich die Höhe des RLV einer Arztpraxis aus der Addition der RLV je Arzt, der in der Arztpraxis tätig ist (vgl zuletzt BSG Urteil vom 15.7.2020 - [B 6 KA 12/19 R](#) - juris RdNr 17 f, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen). Bei der Ermittlung des RLV eines Arztes ist der Umfang seiner Tätigkeit laut Zulassungs- bzw Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen (Teil F Ziffer 1.2.3. des Beschlusses des EBewA vom 27./28.8.2008).

44

Dass die BAG gegenüber der KÄV wie eine einheitliche Rechtspersönlichkeit auftritt (vgl BSG Urteil vom 14.12.2011 - [B 6 KA 31/10 R](#) - SozR 4-2500 § 106a Nr 8 RdNr 20), hat auf die Berechnung und Zuweisung der RLV keine Auswirkungen. Es bleibt dabei, dass das RLV zunächst arztindividuell ermittelt wird und dann in einem zweiten Schritt nach Addition der jeweiligen RLV der in der Arztpraxis tätigen Ärzte der Praxis insgesamt zugewiesen wird. Anderenfalls würden BAGen gegenüber Einzelpraxen bevorzugt. Die arztbezogene Ermittlung des RLV ist bei fachgebietsübergreifenden BAGen - und im Übrigen auch bei entsprechenden MVZ - unverzichtbar. Die Höhe des RLV schwankt zwischen den einzelnen Fachgruppen deutlich, und bei einer BAG oder einem MVZ aus Ärzten, die nur teilweise Arztgruppen angehören, die den RLV unterfallen, könnte von vornherein nicht auf den Arztbezug bei der RLV-Ermittlung verzichtet werden.

45

Würden die Mitglieder der Klägerin Einzelpraxen betreiben, so wäre D. der Fachgruppe der "Diagnostischen Radiologen ohne Vorhaltung von CT und MRT" zuzuordnen, selbst wenn seine Praxis über ein CT/MRT verfügt, Herr M. wäre, wenn seine Praxis über ein CT/MRT verfügt, der Fachgruppe der "Diagnostischen Radiologen mit Vorhaltung von CT und MRT" zuzuordnen. Würde man dies für den Fall, dass beide Ärzte eine BAG bilden, anders sehen, so würde D. mittelbar von Herrn M. erteilten Genehmigung zur Abrechnung von CT- und MRT-Leistungen profitieren. Der Senat hat wiederholt dargelegt, dass dann, wenn sich Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen zu einer Gemeinschaftspraxis zusammenschließen, jeder der beteiligten Ärzte auf die Grenzen seines Fachgebiets beschränkt bleibt (BSG Urteil vom 14.12.2011 - [B 6 KA 31/10 R](#) - SozR 4-2500 § 106a Nr 8 RdNr 22). Das gilt sinngemäß auch für die Erbringung von Leistungen, die auf der Grundlage des [§ 135 Abs 2 SGB V](#) des Nachweises einer besonderen Fachkunde bedürfen. Diese wird arztbezogen geprüft und bescheinigt; auch in einer BAG darf nur der Arzt die Leistungen erbringen, der über den Nachweis der Fachkunde verfügt. Sinn des Zusammenschlusses zu einer BAG sind vor allem wirtschaftliche Vorteile, wie Synergieeffekte, nicht aber eine honorarmäßige Besserstellung. Dieses Ergebnis steht auch nicht im Widerspruch zum Urteil des Senats vom 19.2.2014 - [B 6 KA 16/13 R](#) - ([NZS 2014, 515](#) = juris RdNr 33), wonach die Höhe des Fallwertes einen Hinweis auf die Struktur einer Praxis geben kann. Davon abgesehen, dass die Entscheidung eine Einzelpraxis betraf, ergibt sich hieraus nicht, dass bei einer aus mehreren Ärzten bestehenden Praxis jedem Arzt der gleiche arztgruppenspezifische Fallwert zuzuordnen wäre, unabhängig davon, welche für sein Fachgebiet prägenden Leistungen er erbringen kann bzw darf.

46

bb) Die Ermittlung der RLV-relevanten Fallwerte für die vier Untergruppen der Ärzte für Diagnostische Radiologie ist rechtmäßig erfolgt. Dabei stand die Beklagte vor der Schwierigkeit, dass im Referenzjahr 2007 die LANR noch nicht durchgängig eingesetzt wurde. Das hatte zur Folge, dass nicht einfach errechnet werden konnte, in welchem Umfang Radiologen der vier Untergruppen vertragsärztliche Leistungen erbracht hatten. Da die Beklagte ungeachtet dieses Umstands die Untergruppen bilden und ihnen Fallwerte zuordnen musste, war sie gehalten, der nicht exakt ermittelbaren Realität durch Vergleichsberechnungen und Schätzungen so nahe wie möglich zu kommen. Das ist ihr ohne Verletzung von Bundesrecht gelungen.

47

Zur Ermittlung des Leistungsbedarfs der einzelnen Arztgruppen in 2007 hat die Beklagte bezüglich der Ärzte, die 2007 in BAGen tätig waren, die Leistungen zunächst soweit wie möglich (als gekennzeichnete Leistungen, belegärztliche Leistungen, Leistungen mit persönlicher Genehmigung, Leistungen, die ein Arzt aufgrund seiner Fachgruppe oder seines Schwerpunktes erbringen darf) einzelnen Ärzten zugeordnet. Soweit mehrere Ärzte in einer BAG die betreffende Leistung erbringen durften, wurde diese anhand der Tätigkeitsumfänge auf die entsprechenden Ärzte verteilt. Alle danach noch nicht zuordenbaren Leistungen wurden gleichmäßig auf die Ärzte der BAG verteilt. Damit hat die Beklagte die ihr aufgrund der vorhandenen Daten genauest mögliche Zuordnung der Leistungen und Bestimmung der Leistungsbedarfe pro Arztgruppe vorgenommen. Insoweit ist auch zu berücksichtigen, dass gerade in den ersten Quartalen nach Einführung der RLV wegen der Unsicherheiten bzgl der Zuordnung der Leistungen zu den Arztgruppen mit den entsprechenden Auswirkungen auf die Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes der Beklagten eine Einschätzungsprärogative und auch die Möglichkeit einer Schätzung zugebilligt werden muss. Die gleichmäßige Aufteilung der Leistungen, soweit diese nicht konkret zugeordnet werden konnten, beruht jedenfalls nicht auf sachfremden Erwägungen. Die Beklagte hat angesichts der Vorgaben des EBewA, dem die Schwierigkeiten aufgrund der fehlenden arztbezogenen Kennzeichnung bewusst gewesen sein müssen (*vgl die Übergangsregelung in Ziffer 7 der Anlage 2 zu Teil F des Beschlusses vom 27./28.8.2008*), einen schlüssigen und nachvollziehbaren Weg zur Bestimmung des Leistungsbedarfs der einzelnen Arztgruppen gewählt. Gegen die konkrete Höhe der arztgruppenspezifischen RLV-Fallwerte hat sich die Klägerin im Übrigen auch nicht gewandt.

48

4. Die Klägerin kann auch nicht aufgrund von Praxisbesonderheiten (*dazu a*) oder aufgrund einer Härteklausel (*dazu b*) ein höheres RLV bzw ein höheres Honorar beanspruchen.

49

a) [§ 87b Abs 3 Satz 3 SGB V](#) aF sah vor, dass, soweit Veranlassung besteht, bei der Bildung der RLV auch Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen waren. In Umsetzung dessen hat der EBewA in Teil F Ziffer 3.6 des Beschlusses vom 27./28.8.2008 bestimmt, 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*) 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.

50

Von der Möglichkeit zu einer solchen abweichenden Feststellung haben die Gesamtvertragspartner in Schleswig-Holstein keinen Gebrauch gemacht, sodass es bei der durch den EBewA festgelegten Grenze der Überschreitung des Fallwertes der Arztgruppe um mindestens 30 % bleibt. Nach Ziffer 5.4.2 der 1. Ergänzungsvereinbarung der für den Bezirk der beklagten KÄV geltenden HVV kann ein Arzt für Praxisbesonderheiten Zuschläge auf den durchschnittlichen Fallwert der Arztgruppe beantragen. 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.

51

Diese Voraussetzungen sind hier nicht erfüllt. Zwar hat Herr M. nach den für den Senat bindenden Feststellungen des LSG den durchschnittlichen Fallwert seiner Arztgruppe um mehr als 30 % überschritten, erfüllt aber keinen "besonderen Versorgungsauftrag" und weist keine "für die Versorgung bedeutsame fachliche Spezialisierung" auf.

52

Der Senat hat in ständiger Rechtsprechung geklärt, dass ein besonderer Versorgungsbedarf als Voraussetzung für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten eine im Leistungsangebot der Praxis zum Ausdruck kommende Spezialisierung und eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung voraussetzt, die messbaren Einfluss auf den Anteil der im Spezialisierungsbereich abgerechneten Punkte im Verhältnis zur Gesamtpunktzahl hat (vgl. zur Auslegung des Begriffes "besonderer Versorgungsbedarf" BSG Urteil vom 22.3.2006 - [B 6 KA 80/04 R](#) - SozR 4-2500 § 87 Nr 12 RdNr 15 f; BSG Urteil vom 28.1.2009 - [B 6 KA 50/07 R](#) - SozR 4-2500 § 87 Nr 17 RdNr 36). Auch unter Geltung der RLV hat der Senat diese Kriterien als geeignet angesehen, das Merkmal der Sicherstellung der Versorgung zu konkretisieren (BSG Urteil vom 29.6.2011 - [B 6 KA 17/10 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr 66 RdNr 21; BSG Urteil vom 29.6.2011 - [B 6 KA 20/10 R](#) - MedR 2012, 413 = juris RdNr 16; BSG Urteil vom 26.6.2019 - [B 6 KA 1/18 R](#) - SozR 4-2500 § 87b Nr 20 RdNr 19 mwN; BSG Urteil vom 13.5.2020 - [B 6 KA 10/19 R](#) - juris RdNr 18, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen). Eine vom Durchschnitt abweichende Praxisausrichtung, die Rückschlüsse auf einen Versorgungsbedarf erlaubt, kann sich danach in einem besonders hohen Anteil der in einem speziellen Leistungsbereich abgerechneten Punkte im Verhältnis zur Gesamtpunktzahl zeigen. Zur Begründung einer versorgungsrelevanten Besonderheit genügt es allerdings nicht, lediglich ein "Mehr" an fachgruppentypischen Leistungen abzurechnen (BSG Urteile vom 29.6.2011 - [B 6 KA 17/10 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr 66 RdNr 22; [B 6 KA 19/10 R](#) - juris RdNr 22 und [B 6 KA 20/10 R](#) - MedR 2012, 413 = juris RdNr 17; BSG Urteil vom 26.6.2019 - [B 6 KA 1/18 R](#) - SozR 4-2500 § 87b Nr 20 RdNr 19). Die Überschreitung des praxisindividuellen RLV muss vielmehr darauf beruhen, dass in besonderem Maße spezielle Leistungen erbracht werden. Dabei wird es sich typischerweise um arztgruppenübergreifend erbrachte spezielle Leistungen handeln, die eine besondere (Zusatz-)Qualifikation und eine besondere Praxisausstattung erfordern (BSG Urteil vom 29.6.2011 - [B 6 KA 17/10 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr 66 RdNr 22; BSG Beschluss vom 21.3.2018 - [B 6 KA 70/17 B](#) - juris RdNr 12; BSG Urteil vom 26.6.2019 - [B 6 KA 1/18 R](#) - SozR 4-2500 § 87b Nr 20 RdNr 19).

53

Die Klägerin begehrt die Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten für Herrn M., da dieser in der Praxis der Klägerin ausschließlich schnittbildradiologische Leistungen erbringe. Hierbei handelt es sich jedoch um fachgruppentypische Leistungen der Fachgruppe der "Diagnostischen Radiologen mit Vorhaltung von CT und MRT". Es ist bereits nicht erkennbar, dass für die Erbringung dieser Leistungen - im Vergleich zu anderen Ärzten, die CT- und MRT-Leistungen erbringen können - eine besondere Zusatzqualifikation und eine besondere Praxisausstattung erforderlich sind. Durch das Vorhalten von CT/MRT unterscheidet sich diese Untergruppe der Ärzte für Diagnostische Radiologie gerade von anderen RLV-relevanten Untergruppen, was bereits zur Zuerkennung eines höheren arztgruppenspezifischen Fallwertes führt. Die schnittbildradiologischen Leistungen gehören zu den typischen Aufgaben von Radiologen mit einer Genehmigung zur Erbringung von CT- und MRT-Leistungen.

54

Soweit die Klägerin geltend macht, dass Herr M. nur schnittbildradiologische Leistungen erbringe, obwohl es sich bei dem Fallwert der Arztgruppe "Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT" um einen Mischfallwert handele, der sowohl die schnittbildradiologischen Leistungen als auch die konventionell radiologischen Leistungen umfasse, folgt hieraus nichts anderes. Die konkrete Tätigkeit von Herrn M. beruht nicht auf einer vom Durchschnitt abweichenden Praxisausrichtung der Klägerin, sondern ist vielmehr Ausdruck der unternehmerischen Freiheit einer BAG, die Zusammensetzung und das Leistungsspektrum der Praxispartner frei zu wählen. Daran ändert der Umstand nichts, dass eine gleiche Aufteilung der CT- bzw. MRT-Leistungen auf beide Partner der BAG für die Klägerin nicht möglich war, weil D. keine CT- und MRT-Leistungen erbringen durfte. Der Betrieb einer Praxis mit CT und MRT durch zwei Ärzte, von denen nur einer Leistungen mit diesen Geräten erbringen darf, stellt in diesem Sinne die maßgebliche unternehmerische Entscheidung dar, die zu Konsequenzen bei der Honorarverteilung führen kann. Hätte Herr M. eine Einzelpraxis mit CT und MRT ohne konventionelles Röntgen betrieben, hätte er grundsätzlich keinen Anspruch auf Anerkennung einer Praxisbesonderheit gehabt. Die Kooperation mit D. in einer BAG rechtfertigt insoweit keine andere Beurteilung.

55

b) Die Klägerin kann schließlich auch nicht unter Härtegesichtspunkten ein höheres Honorar beanspruchen.

56

An einer Entscheidung hierüber ist der Senat nicht gehindert. Es kann dahinstehen, ob die Beklagte im Bescheid vom 2.3.2011 neben der Entscheidung über Praxisbesonderheiten auch eine Härtefallentscheidung getroffen hat. Zwar ist dort von einer "Härtefallentscheidung" die Rede, inhaltlich werden jedoch nur die Voraussetzungen der Praxisbesonderheiten geprüft. Die Beklagte hat aber jedenfalls im angefochtenen Widerspruchsbescheid auch zu der Frage Stellung genommen, ob ein Härtefall vorliegt. Die Beklagte durfte die Frage, ob das Honorar aufgrund eines Härtefalles zu erhöhen war, zum Gegenstand des anhängigen Widerspruchsverfahrens machen, auch wenn im Ausgangsbescheid zu dieser Frage nicht ausdrücklich Stellung genommen wurde (vgl. BSG Urteil vom 2.8.2017 - [B 6 KA 7/17 R](#) - SozR 4-2500 § 87b Nr 12 RdNr 57).

57

Die hier maßgebliche HVV bestimmte in der Fassung der 1. Ergänzungsvereinbarung vom 12.2.2009 unter Teil D Ziffer 4.1, dass eine Praxis insbesondere dann als Härtefall gilt, wenn eine unangemessene Auswirkung der Abstufungsregelung bei Bildung der RLV je Arzt vorliegt, oder wenn das Gesamthonorar je Arzt mindestens 15 % gegenüber dem Vorjahreswert gefallen ist und die Einbuße auf einer Inhomogenität gegenüber der RLV-Gruppenbildung beruht. Eine Reduzierung des Gesamthonorars um mindestens 15 % konnte bei der Klägerin bereits aufgrund der Konvergenzregelungen in der 4. Ergänzungsvereinbarung zur HVV nicht eintreten, da die Verluste der Praxen im ersten Halbjahr 2009 auf maximal 7,5 % Verlust im GKV-Umsatz begrenzt wurden. So erhielt die Klägerin im streitbefangenen Quartal eine Konvergenzzahlung in Höhe von 21 624,97 Euro. Mit der Begrenzung der Verluste auf 7,5 % werden existenzbedrohende Honorarminderungen ausgeschlossen (vgl. BSG Urteil vom 2.8.2017 - [B 6 KA 18/17 R](#) - juris RdNr 63). Dass es erforderlich gewesen sein könnte, das RLV der Klägerin aus Gründen der Sicherstellung zu erhöhen, ist ebenfalls nicht erkennbar. Die Annahme eines Härtefalles kommt, soweit besondere Versorgungsstrukturen bereits grundsätzlich berücksichtigt werden, außerdem nur noch im seltenen Ausnahmefall in Betracht, wenn trotz entsprechender Mechanismen in der HVV durch Umstände, die der Vertragsarzt nicht zu vertreten hat, ein unabweisbarer Stützungsbedarf entsteht. Es müssten sowohl die wirtschaftliche Existenz der Praxis gefährdet sein als auch ein spezifischer Sicherstellungsbedarf bestehen (vgl. BSG Urteil vom 8.2.2006 - [B 6 KA 25/05 R](#) - [BSGE 96, 53](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 23](#), RdNr 40; BSG Urteil vom 29.6.2011 - [B 6 KA 17/10 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr 66 RdNr 29 mwN](#); BSG Urteil vom 15.7.2015 - [B 6 KA 28/14 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr 84 RdNr 26](#)). Dass ein spezifischer Sicherstellungsbedarf sowie eine Gefährdung der wirtschaftlichen Existenz der Praxis der Klägerin bestanden, ist von dieser nicht substantiiert dargelegt worden und dazu liegen auch keine ausreichenden Anhaltspunkte vor. Der Vortrag der Klägerin, die Praxis habe aus wirtschaftlichen Gründen zum 30.6.2011 aufgegeben werden müssen, reicht insoweit - gerade vor dem Hintergrund der genannten Konvergenzregelungen und Begrenzung der Honorarverluste im streitbefangenen Quartal auf 7,5 % - nicht aus.

58

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG](#) iVm [§ 154 Abs 2 VwGO](#).

Rechtskraft  
Aus  
Saved  
2022-01-27