

B 6 KA 16/16 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
6
1. Instanz
SG Kiel (SHS)
Aktenzeichen
S 2 KA 223/14
Datum
26.04.2016
2. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 16/16 R
Datum
02.08.2017
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Auch nach dem Ende der bundesgesetzlich vorgeschriebenen Verteilung des vertragsärztlichen Honorars auf der Grundlage von Regelleistungsvolumen mit Ablauf des Jahres 2011 muss die Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) durch ihre Regelungen zur Honorarverteilung unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen in angemessener Zeit ermöglichen, den Durchschnittsumsatz der Arztgruppe zu erreichen.

2. Die faktischen Schwierigkeiten kleiner Praxen, im Hinblick auf eine große Zahl niedergelassener Ärzte in der jeweiligen Arztgruppe und eine insgesamt eher rückläufige Fallzahl diesen Umsatz zu erreichen, zwingen die KÄV nicht zu einer Änderung der Regeln über die Honorarverteilung.

3. Auch ohne ausdrückliche gesetzliche Ermächtigung darf eine KÄV vor Erlass des endgültigen Honorarbescheids über zentrale Grundlagen des Honorars des Vertragsarztes, wie etwa ein praxisindividuelles Punktzahlvolumen, vorab durch gesonderten Verwaltungsakt entscheiden. Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 26. April 2016 ([S 2 KA 223/14](#)) wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten um die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen im Quartal IV/2013.

2

Der Kläger ist Facharzt für Urologie und betreibt eine Praxis in K ... Der Planungsbereich ist wegen Überversorgung für Neuzulassungen gesperrt. Im Quartal IV/2013 verteilte die beklagte KÄV das Honorar erstmals nach einer neu beschlossenen Systematik, die sich deutlich von den zuvor praktizierten Verteilungsregelungen unterschied. Jedem Arzt wurde auf der Basis der Abrechnungswerte des Quartals IV/2012 ein "Punktzahlvolumen (PZV)" zugewiesen, das mit 10 Cent je Punkt vergütet wird. Die darüber hinaus abgerechneten Leistungen wurden lediglich mit einem Restpunktwert honoriert, der im streitbefangenen Quartal bei 3,2147 Cent lag.

3

Die Fallzahl in der Praxis des Klägers liegt seit Jahren unter dem Durchschnitt der Arztgruppe. Unter Geltung der Vergütung nach Regelleistungsvolumina (RLV) betrug die RLV-relevante Fallzahl des Klägers im Quartal IV/2012 599, der Durchschnitt der Fachgruppe bewegte sich um 900 Fälle. Der Kläger sieht sich durch die Verteilung des Honorars unter Anwendung der PZV - wie auch schon in den Jahren 2009 und 2010 durch die RLV (dazu Senatsurteile vom 2.8.2017 - [B 6 KA 3/17 R](#) und 7/17 R) - gleichheitswidrig benachteiligt, weil kleinere Praxen keine Chance hätten, den durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe zu erreichen.

4

Mit Schreiben vom 27.9.2013, korrigiert mit Schreiben vom 2.10.2013, wies die Beklagte dem Kläger das PZV für das Quartal IV/2013 zu. Aufgrund einer PZV-relevanten Punktzahlmenge des Quartals IV/2012 in Höhe von 215 864 wurde ihm unter Anwendung der

arztgruppenspezifischen Quote zur Dämpfung der Auswirkungen zwischen den Arztgruppen und eines arztindividuellen Anpassungsfaktors ein PZV in Höhe von 151 366,8 Punkten zugewiesen. Die Schreiben enthielten keine Rechtsbehelfsbelehrung. Das durchschnittliche PZV der Fachgruppe der Urologen betrug für das Quartal IV/2013 240 746,4 Punkte. Der Kläger erhob gegen die Mitteilung Widerspruch, der mit Widerspruchsbescheid vom 7.5.2014 zurückgewiesen wurde.

5

Mit Honorarbescheid vom 14.4.2014 bewilligte die Beklagte dem Kläger für das Quartal IV/2013 ein Honorar in Höhe 16 819,42 Euro für erbrachte PZV-relevante Leistungen in einem Umfang von 203 712 Punkten bei 560 Fällen. Dabei vergütete sie die das PZV übersteigende restliche Forderung in Höhe von 52 345,2 Punkten zu einem Restpunktwert in Höhe von 3,2147 Cent in Höhe von insgesamt 1682,74 Euro. Auch gegen den Honorarbescheid erhob der Kläger Widerspruch. Die Regelungen für die Bildung der PZV würden ein Mindestmaß an Transparenz und Nachvollziehbarkeit vermissen lassen. Auch genüge die Regelung den Vorgaben des BSG zu den Wachstumsmöglichkeiten kleiner Praxen nicht.

6

Das HVM-Team der Beklagten erläuterte die Honorarverteilungssystematik mit Schreiben vom 23.6.2014. Darin ist unter anderem ausgeführt, es sei vorsorglich eine Prüfung durchgeführt worden, ob der Kläger das Aufgreifkriterium von 15 % Honorarverlust im Bereich des PZV erfülle. Der Kläger habe gegenüber dem Quartal IV/2012 im Bereich des PZV jedoch nur einen Honorarverlust von 0,3 % zu verzeichnen, sodass das Aufgreifkriterium nicht erfüllt werde.

7

Mit Widerspruchsbescheid vom 13.8.2014 wies die Beklagte den Widerspruch gegen die Honorarabrechnung zurück. Sie erläuterte die Honorarverteilungssystematik unter Verweis auf das Schreiben des HVM-Teams vom 23.6.2014. Wenn das PZV eines Arztes unter 50 % des Durchschnitts-PZV der Arztgruppe liege, werde diesem von Amts wegen ein Mindest-PZV in Höhe von 50 % des Durchschnitts-PZV zugewiesen. Diese Grenze (50 % von 240 746) habe der Kläger überschritten.

8

Das SG hat die gegen die PZV-Mitteilung und gegen den Honorarbescheid - jeweils in Gestalt der Widerspruchsbescheide - erhobenen Klagen verbunden und abgewiesen. Die PZV-Mitteilung und der Honorarbescheid seien formell rechtmäßig und wiesen gemessen an den durch die höchstrichterliche Rechtsprechung entwickelten Anforderungen eine hinreichende Begründung auf. Es sei ausreichend, wenn die Beklagte in der PZV-Mitteilung und im Honorarbescheid jeweils die Daten und Zahlen darstelle, die konkret den jeweiligen Arzt betreffen. Die Honorarverteilungsregelungen selbst seien veröffentlicht und in einer Broschüre verständlich aufbereitet worden. Die Mitteilung des Durchschnitts-PZV der Arztgruppe sei nicht erforderlich, da diese Information für die Berechnung des PZV des Arztes nicht relevant sei.

9

Das anzuwendende System der Honorarverteilung beruhe auf [§ 87b SGB V](#) in der im Quartal IV/2013 gültigen Fassung. Bei der Ausgestaltung habe die Beklagte Gestaltungsfreiheit, die seitens der Gerichte zu respektieren sei. Es sei unter keinem Gesichtspunkt ersichtlich, dass die Beweggründe der Beklagten, unerwünschte Effekte der Honorarverteilungssystematik auf der Grundlage eines PZV zu beseitigen, sachfremd seien. Das fallzahlabhängige System der Budgetzuweisung und -berechnung im RLV/QZV-Bereich habe in der Vergangenheit zu Fallzahlsteigerungen geführt, von denen die Ärzte im Folgejahresquartal nur dann hätten profitieren können, wenn in der Fachgruppe nicht zugleich andere Mitglieder die Leistungsfälle steigerten; dieser Mechanismus habe zu einem niedrigeren RLV/QZV-Fallwert geführt.

10

Von diesem System habe sich die Beklagte nach dem Auslaufen der gesetzlichen Vorgaben für die Vergütung nach RLV lösen und tendenziell zu der bis Ende 2003 praktizierten Verteilungssystematik nach praxisindividuellen PZV zurückkehren dürfen. Die dazu im HVM enthaltenen Vorgaben zur Überleitung der Vergütungen aus der Zeit des RLV seien nicht zu beanstanden. Die Regelungen ermöglichten unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen, innerhalb von fünf Jahren den Umsatzdurchschnitt der Arztgruppe im PZV-relevanten Bereich zu erreichen. Weitergehende Zuwachsmöglichkeiten unabhängig von Fallzahl- und Punktzahlzuwächsen seien nicht geboten. Besonderen Konstellationen könne durch Honorarausgleichsmaßnahmen Rechnung getragen werden; dahingehende Anträge habe der Kläger nicht gestellt und wären auch erfolglos geblieben (Urteil vom 26.4.2016).

11

Mit seiner Sprungrevision macht der Kläger geltend, bereits in formeller Hinsicht sei die PZV-Mitteilung IV/2013 insoweit rechtswidrig, als das Durchschnitts-PZV der Gruppe nicht mitgeteilt werde, obwohl es sich um eine für die Berechnung des PZV des Arztes erforderliche Größe handle. Ob der einzelne Arzt der Gruppe der unterdurchschnittlich abrechnenden Ärzte zuzuordnen sei, ob ihm ein Mindest-PZV zuzuweisen sei und in welcher Weise und in welchem Umfang er bei Überschreitung seines eigenen unterdurchschnittlichen PZVs an der Zugewinnregelung für unterdurchschnittlich abrechnende Ärzte partizipiere, ergebe sich allein aus einem Vergleich mit dem Durchschnitts-PZV der Gruppe. Aus den Angaben der Beklagten im Widerspruchsbescheid, der PZV-Mitteilung IV/2014 und den im Klageverfahren übermittelten Übersichten über das Durchschnittshonorar der Arztgruppe ergäben sich im Übrigen nicht erklärbare Diskrepanzen.

12

Im PZV-relevanten Leistungsbereich werde ein Mehr an Leistungen am Patienten nicht vergütet, sondern führe nur zu einer arztindividuellen höheren Auslastung im PZV, die die Zugewinnregelung nach HVM Teil C Ziffer 3 bei der Fortentwicklung der PZV ab dem Quartal IV/2014

auslöse. Hierbei handle es sich indessen nicht um eine Regelung, die speziell die Belange unterdurchschnittlicher Praxen berücksichtige. Da Zugewinnanteile in die Durchschnitts-PZV mit einfließen, entferne sich das Durchschnitts-PZV der Gruppe bei unverändert gebliebenem PZV weiter von diesem und das Maß der Unterdurchschnittlichkeit werde erhöht; ein Aufschluss könne nicht gelingen. Eine Steigerung der Fälle mit PZV-relevanten Leistungen erweise sich im überversorgten Planungsbereich der Stadt K. als nahezu unmöglich. Die Steigerungsrate von 10 % des Durchschnitts-PZV sei zu eng, zumal die Wachstumsregelung erst ab dem Quartal IV/2014 einsetze und bei maximalen jährlichen Zuwachsraten von 10 % des Durchschnitts-PZVs der Gruppe in den sich an das Moratorium im ersten Jahr anschließenden vier Jahren ein Wachstum auf maximal 90 % des Durchschnitts-PZVs ermögliche. Derartige Steigerungsraten seien durchgängig pro Quartal gar nicht erreichbar. Zudem sei das Durchschnitts-PZV keine konstante Größe und das Ausmaß der Weiterentwicklung hänge nicht primär vom eigenen Leistungsverhalten des Arztes, sondern von den übrigen Ärzten der Fachgruppe ab. Da die für Zuwächse der PZV zur Verfügung stehende Punktzahlmenge gedeckelt und begrenzt sei, führe eine Ausschöpfung der für Zuwächse der PZV insgesamt zur Verfügung stehenden Punktzahlmengen zudem zu einer Absenkung des Orientierungspunktwertes bzw zu einer Reduzierung des Restpunktwertes für abgestaffelte Vergütung. Die Regelung knüpfe auch an das bisherige Abrechnungsvolumen und die bisherige Honorarentwicklung des Arztes an, die durch die RLV/QZV in rechtswidriger Weise beschränkt gewesen sei.

13

Durch die zum 1.10.2013 vor Ablauf eines Fünf-Jahreszeitraumes eingeführte PZV-Vergütungsregelung werde erneut ein wachstumsbegrenzendes Moratorium von einem Jahr verordnet, nachdem ein solches bereits zu Beginn der RLV-Reform bestanden habe. Bereits bei Bildung der PZV würden die Belange unterdurchschnittlicher Praxen nicht berücksichtigt. Die Berechnung der PZV-relevanten Leistungsmenge erschließe sich bereits nicht, zudem führe die Multiplikation mit der arztgruppenspezifischen Quote und dem arztindividuellen Anpassungsfaktor zu einer Kürzung der Honorarforderung in einem überproportionalen Verhältnis von 25,70 %. Der für den Kläger nachteilige arztindividuelle Anpassungsfaktor unter 1,0 verstoße gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, da er überdurchschnittlich abrechnenden Praxen, die den arztgruppenspezifischen Durchschnittspunkt看wert deutlich überschritten, ungleich bessere Startchancen und Honorarsteigerungsmöglichkeiten verschaffe. Auch die Multiplikation mit dem arztgruppenspezifischen Korrekturfaktor dürfe der Arztgruppe der Urologen, die zu den Verlierern gehöre, nicht aufgebürdet werden.

14

Die Beklagte sei gehalten, in einem erheblich überversorgten Gebiet für die Belange der überwiegend unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen Sonderregelungen zu schaffen. In K. liege der Versorgungsgrad bei 187,1 % mit sechs Ärzten oberhalb der Sperrgrenze und erhöhe sich im Laufe des Jahres 2016 weiter auf dann sieben Ärzte oberhalb der Sperrgrenze. Nach den vorgelegten Abrechnungsstatistiken habe sich gleichwohl rein rechnerisch die Arztlzahl der Fachgruppe der Urologen geringfügig verringert, da Job-Sharern kein eigenes arztindividuelles PZV mehr zugewiesen werde. Dies erhöhe - ebenfalls rechnerisch - das Durchschnitts-PZV der Arztgruppe und suggeriere Leistungssteigerungen innerhalb der Gruppe und eine rückläufige Leistungsentwicklung bei unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen.

15

Geboten sei eine Regelung, die es unterdurchschnittlich abrechnenden Ärzten gestatte, die von ihnen im PZV-relevanten Leistungsbereich erbrachten unterhalb des Durchschnitts-PZV liegenden Leistungsmengen zum Orientierungspunkt看wert zu erbringen. Mit einer PZV-Regelung, die Wachstumsmöglichkeiten im budgetierten Bereich nicht mehr an Fallzahlsteigerungen, sondern an Leistungsmengenerhöhungen ankoppele, werde den Belangen unterdurchschnittlich abrechnender Praxen in einem überversorgten Gebiet nicht entsprochen.

16

Die von der Beklagten vorgelegte prospektive Simulation der Honorarentwicklung gehe von einem statischen Durchschnitts-PZV der Arztgruppe aus, das für das Startquartal mit einem falschen Ausgangswert von 240 746,4 Punkten (statt 235 455 Punkten) fingiert werde. Die Simulation unterstelle durchschnittliche jährliche Zuwachsraten von 10 % ab IV/2013; die Sonderzugewinnregelung setze indes erst ab IV/2014 ein. In den Quartalen IV/2013 bis III/2014 sei ein Wachstum jedoch ausgeschlossen und die Leistungsmenge aus den Vorjahresquartalen werde zudem gekürzt. Es werde durch Darstellung jeweils des Quartals IV eines jeden Jahres verfälschend suggeriert, dass der Kläger erst im Quartal IV/2015 singularär einen Sonderzugewinn von 7471,8 Punkten erreicht habe. Wenn auf jährliche Steigerungsraten von 10 % des Durchschnitts-PZV abgestellt werde, so sei in einer Simulation nach Abrechnungsjahren auch der jährliche Durchschnitts-Zuwachs auszuweisen. Im Jahresdurchschnitt könne sich eine 10 %-ige Wachstumsrate nicht ergeben, da eine quartalsweise Überschreitung nicht verrechenbar sei mit quartalsweisen Unterschreitungen der Wachstumsgrenze. Auch die retrospektive Betrachtung leide an den aufgezeigten Mängeln. Eine kontinuierliche Verringerung des Grades der Unterdurchschnittlichkeit ergebe sich nur, wenn in jedem Quartal ab Beginn der Weiterentwicklungsphase gleichbleibend und unverändert Steigerungsraten in maximaler Höhe von jeweils 10 % vom jeweiligen schwankenden Durchschnitts-PZV der Gruppe erreicht würden. Die kontinuierliche Erhöhung des Anteils unterdurchschnittlicher Praxen an der Gesamtzahl der niedergelassenen Urologen beweise, dass dieses Problem der Systematik innewohne. Aufgrund des zunehmenden Aufwärtstrends des die Wachstumsgrenze fixierenden Durchschnitts-PZV erfordere der jährlich 10 %-ige Zugewinn immer höhere absolute Sonderzugewinnraten, die vor dem Hintergrund der bestehenden Überversorgung nicht realistisch seien. Die Darstellung der Entwicklung der Leistungsmengen und Honorare des Klägers seitens der Beklagten sei nicht aussagekräftig. Soweit die Beklagte Simulationsberechnungen vorgelegt habe, nach denen das Durchschnitts-PZV erreichbar sei, habe sie die Kürzung der Basisforderung im Quartal IV/2013 - in Relation zum Vorjahresquartal - und den Wachstumsausschluss bis zum Quartal III/2014 nicht berücksichtigt. Die Berechnung des Mindest-PZV im Basisquartal und der Basisforderung in IV/2013 sowie die Berechnung der Basisforderungen der Folgequartale seien nicht nachvollziehbar. Das PZV des Klägers habe in IV/2013 bei 61,17 %, in IV/2014 bei 61,69 %, in IV/2015 bei 65,28 % und in IV/2016 bei 66,33 % des Durchschnitts-PZV gelegen. Da mittlerweile konkrete Vergleichszahlen hinsichtlich der tatsächlichen Entwicklung des PZV-Gruppendurchschnitts im Vergleich zur PZV-Entwicklung des Klägers über 15 Quartale vorgelegt werden könnten, führten die Simulationen in die Irre. Eine Gegenüberstellung würde belegen, dass eine kontinuierliche Entwicklung Steigerungsraten von 10 % im Jahresdurchschnitt voraussetze, die jedoch bei der bestehenden Überversorgung und dem allgemeinen Fallzahlrückgang nicht gewährleistet seien.

17

Da ein nicht unerheblicher Anteil der unterdurchschnittlich abrechnenden Urologen in den nächsten drei Jahren die Altersgrenze erreichen werde, sei die neue PZV-Regelung extrem problematisch. Honorarverluste könnten nicht mehr ausgeglichen werden. Nachbesetzungen seien in einem übertversorgten Gebiet nur noch unter engen Ausnahmen möglich. Bei einem Aufkauf der Praxis durch die Beklagte werde der drastisch heruntergefahrenen Wert der Praxis nicht abgegolten. Die Praxis stelle einen wesentlichen Teil der Altersversorgung des Klägers dar.

18

Der Kläger habe zugunsten der Hinzugewinnung und Erhöhung des Behandlungsaufwandes seine OP-Tätigkeit eingeschränkt und seine Schwerpunkttätigkeit im Bereich der Haus- und Heimbefuche von Patienten in- und außerhalb der Regelsprechstundenzeiten deutlich ausgeweitet, auch um seinen Fallwert zu steigern. Er trage in entscheidender Weise zur Sicherstellung der urologischen Versorgung bei. Dies zeige sich in der höheren Ansatzhäufigkeit der Ziffer 01410 Einheitlicher Bewertungsmaßstab - EBM - (Ansatzhäufigkeit 11,6 % Kläger, 3,2 % Erbringerpraxen der Fachgruppe), Ziffer 01413 EBM (7,3 % Kläger, 4,4 % Erbringerpraxen der Fachgruppe) und Ziffer 01415 EBM (2,7 % Kläger, 1,1 % Erbringerpraxen der Fachgruppe). Er habe zudem einen überdurchschnittlichen Anteil der Versorgung von Patienten mit Kathetern nach Ziffer 02322 EBM (5,9 % Kläger, 5,1 % Erbringerpraxen der Fachgruppe), Ziffer 02323 EBM (24,3 % Kläger, 6,2 % Erbringerpraxen der Fachgruppe). Zudem bestehe ein Schwerpunkt bei der Abklärung von Fertilitätsstörungen. Sein Anteil an sonographischen Untersuchungen bezogen auf die Uro-Genital-Organen nach Ziffer 33043 EBM sei infolge einer gründlichen und zeitaufwändigen Untersuchung in diesem budgetierten Leistungsbereich gegenüber der Gruppe deutlich erhöht (96,4 % Kläger, 50 % Erbringerpraxen der Fachgruppe). Die Zahl junger Versicherter ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr, erkennbar an der Ansatzhäufigkeit der Ziffer 26211 EBM im budgetierten Bereich, überwiege beim Kläger deutlich (42,3 % Kläger, 28,1 % Erbringerpraxen der Fachgruppe). Richtigerweise könne es nur auf die Sicherstellung im Planungsbereich K. ankommen; bei entsprechender Verfeinerung der Vergleichsgruppe falle der Vergleich der Ansatzfrequenz noch deutlich höher zugunsten des Klägers aus. Der überproportionale Anstieg der Betriebskosten bei gleichzeitiger degressiver Entwicklung der Erlössituation sorge dafür, dass dem Kläger keine Mittel zum Ausbau seiner Praxis zur Verfügung stünden.

19

Der Kläger sei überdies durch den Widerruf von qualitätsgebundenen Genehmigungen wie der Onkologie-Genehmigung zur Teilnahme an einer qualifizierten ambulanten Versorgung durch die Festsetzung von Mindestpatientenzahlen erheblich belastet. Folge sei, dass eine Neuaufnahme von Patienten im Rahmen der Onkologie-Vereinbarung nicht mehr möglich sei und die Abrechnung im budgetierten Bereich erfolgen müsse. Der Widerruf der Genehmigung schlage sich als eine ungerechtfertigte Honorarbegrenzung der Praxis nieder.

20

Der Kläger beantragt, das Urteil des SG Kiel vom 26.4.2016 und die PZV-Mitteilung vom 27.9.2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7.5.2014 sowie die Honorarabrechnung vom 14.4.2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13.8.2014 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, über das PZV und das Honorar des Klägers für das Quartal IV/2013 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

21

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

22

Sie verweist darauf, die Regelungen zur Honorarverteilung im HVM entsprächen der Vorgabe des BSG, wonach umsatzmäßig unterdurchschnittlich abrechnende Praxen die reale Chance haben müssten, zumindest den durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe zu erreichen. Dies sei auf der Grundlage der im HVM vorgesehenen Regelungen möglich. Entgegen der Auffassung des Klägers seien bei Anwendung der Wachstumsregelung nicht lediglich 90 % des Durchschnittsvolumens erreichbar. Auch greife die Regelung nicht erst ab dem Folgejahresquartal IV/2014. Das BSG habe im Hinblick auf die mit der Einführung individueller Leistungsbudgets verfolgten Ziele der Punktwertstabilisierung und der Gewährleistung von Kalkulationssicherheit klargelegt, dass es auch unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen zumutbar sei, dass ihr pro Jahr mögliches Honorarwachstum beschränkt werde, solange ein Erreichen des Durchschnittsumsatzes innerhalb eines Zeitraums von fünf Jahren ermöglicht werde. Bereits mit Einführung der PZV erhielten unterdurchschnittliche Praxen zumindest ein PZV in Höhe von 50 % des Durchschnitts-PZV. Praxen mit einem faktisch unter dem halben Durchschnitt liegenden PZV hätten deshalb bereits ab dem Startquartal IV/2013 die Möglichkeit, ihr PZV bis zu dieser Grenze zu steigern. Insofern seien nur Ärzte mit einem PZV oberhalb 50 % des Durchschnitts für ein Jahr am Wachstum gehindert. In der Folgezeit könnten diese bis zu einer Höhe von 10 % des Durchschnitts-PZV der Arztgruppe hinzugewinnen, sodass diese innerhalb des vom BSG statuierten Fünf-Jahreszeitraumes den Durchschnitt der Arztgruppe erreichen könnten.

23

Retrospektive und prospektive Simulationen hätten ergeben, dass sämtliche unterdurchschnittlichen Praxen und auch der Kläger bei entsprechender Leistungssteigerung die Möglichkeit gehabt hätten, innerhalb von fünf Jahren zum Fachgruppendurchschnitt aufzuschließen. Bei der prospektiven Simulation sei von einem konstanten Fachgruppendurchschnitt ausgegangen worden, weil nicht bekannt sei, wie dieser sich tatsächlich entwickle. Die unterschiedlichen Wachstumsgrenzen von 240 746 Punkten und 235 455 Punkten beruhten darauf, dass nachträglich ermächtigte Ärzte ungeachtet ihres tatsächlichen Abrechnungsumfanges pauschal mit dem Faktor 0,5 berücksichtigt worden seien. Die Aussage des Klägers, dass bereits in IV/2013 von einem Zugewinn ausgegangen worden sei, sei nicht richtig; ein Zugewinn sei erstmals für IV/2014 ermöglicht worden. Das 4. Quartal eines jeden Jahres sei als Basisquartal ausgewählt worden.

24

Die vom Kläger geforderte Berücksichtigung bedarfsplanerischer Überlegungen im Rahmen der Honorarverteilung ergebe sich weder aus den gesetzlichen Vorgaben noch aus der Rechtsprechung des BSG. Das BSG habe betont, dass dem Vertragsarzt die Chance bleiben müsse, durch Qualität und Attraktivität seiner Behandlung oder auch durch bessere Praxisorganisation neue Patienten für sich zu gewinnen und so legitimer Weise seine Position im Wettbewerb zu verbessern; auf die Versorgungslage komme es insoweit nicht an. Die Überversorgung sei durch die bis 1993 bestehende Niederlassungsfreiheit und die zum Schutz des Eigentums bestehende Nachbesetzungsmöglichkeit für Vertragsarztsitze bedingt und sei für die Beklagte nicht beeinflussbar. Auch gebe es keine Honorargarantie; der Vertragsarzt trage das unternehmerische Risiko. Der Kläger habe seine Leistungsmenge gegenüber dem Quartal IV/2012 nicht gesteigert, sondern reduziert.

II

25

Die Revision des Klägers hat keinen Erfolg. Die angefochtenen Bescheide über die Mitteilung des PZV und die Honorarabrechnung des Klägers im Quartal IV/2013 sind rechtmäßig.

26

1. Gesetzliche Grundlage der vom Kläger beanstandeten Verteilungsregelungen ist [§ 87b Abs 1 SGB V](#) in der Fassung des GKV-VStG vom 22.12.2011 ([BGBl I 2983](#)). Nach dieser Vorschrift verteilt die KÄV die vereinbarten Gesamtvergütungen an die Ärzte, Psychotherapeuten, medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung. Sie wendet bei der Verteilung den Verteilungsmaßstab an, der im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen festgesetzt worden ist. Bisherige Bestimmungen, insbesondere zur Zuweisung von arzt- und praxisbezogenen RLV, gelten nach [§ 87b Abs 1 Satz 3 SGB V](#) bis zur Entscheidung über einen Verteilungsmaßstab vorläufig fort. Nach [§ 87b Abs 2 Satz 1 SGB V](#) hat der Verteilungsmaßstab Regelungen vorzusehen, die verhindern, dass die Tätigkeit des Leistungserbringers über seinen Versorgungsauftrag nach § 95 Abs 3 SGB V oder seinen Ermächtigungsumfang hinaus übermäßig ausgedehnt wird; dabei soll dem Leistungserbringer eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe seines zu erwartenden Honorars ermöglicht werden.

27

Mit der Neufassung des [§ 87b SGB V](#) durch das GKV-VStG ist der Gesetzgeber zur Verteilungssystematik aus der Zeit vor Inkrafttreten des GMG (1.1.2004) zurückgekehrt und hat die bundesgesetzlichen Vorgaben, insbesondere die Implementation von RLV weitgehend zurückgenommen (Wasem in Halbe/Orlowski/Preusker/Schiller/Wasem, Versorgungsstrukturgesetz, 2012, S 111). Die KÄVen dürfen - in Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen - seit 2012 die Honorarverteilung wieder nach eigenen Präferenzen gestalten. Bis sie von dieser Befugnis Gebrauch gemacht hatten, galten die Vorschriften über arzt- und praxisbezogene RLV fort ([§ 87b Abs 1 Satz 3 SGB V](#)), im Bereich der Beklagten bis zum Ende des Quartals III/2013.

28

Der Zeitpunkt des Inkrafttretens der neuen Verteilungsregelungen der Beklagten (1.10.2013) beruht darauf, dass auch nach der Neufassung des [§ 87b SGB V](#) durch das GKV-VStG nach Abs 4 dieser Vorschrift gewisse Vorgaben der KÄBV zu beachten waren, die erst im Herbst 2013 getroffen worden waren. Die Vorgaben nach [§ 87b Abs 4 Satz 1 SGB V](#) bezogen sich auf die Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung nach Abs 1 Satz 1 sowie auf Kriterien und Qualitätsanforderungen für die Anerkennung besonders förderungswürdiger Praxisnetze nach Abs 2 Satz 2 als Rahmenvorgabe für Richtlinien der KÄVen insbesondere zu Versorgungszielen; sie waren im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu bestimmen. Darüber hinaus hat die KÄBV Vorgaben insbesondere zu den Regelungen des Abs 2 Satz 1 bis 3 zu bestimmen; dabei ist das Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen herzustellen. Die KÄBV hat am 2.9.2013 mit Wirkung zum 1.10.2013 Vorgaben nach [§ 87b Abs 4 SGB V](#) erlassen und dabei die Beschlüsse zur Ausführung des [§ 87b Abs 2 SGB V](#) in der bis Ende 2011 geltenden Fassung des GKV-WSG teilweise fortgeschrieben.

29

2. Die Beklagte hat im HVM vom 28.8.2013 mit Wirkung vom 1.10.2013 in Teil A die grundsätzliche Untergliederung und Trennung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) geregelt. Die MGV untergliedert sich nach Teil B in die Vergütungsvolumina unter anderem für den hausärztlichen Versorgungsbereich und den fachärztlichen Versorgungsbereich. Teil B regelt die Durchführung der Verteilung, insbesondere die Leistungsvergütung vor der Trennung der Versorgungsbereiche und jeweils für den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich nach der Trennung. Die übrigen Leistungen werden nach Teil B Ziffer 3 Abs 6 im Rahmen arztindividuell ermittelter PZV vergütet. Innerhalb dieser PZV werden Leistungen mit dem Orientierungspunktwert vergütet, oberhalb mit dem Restpunktwert, der sich im Moment der Abrechnung rechnerisch aus der Gegenüberstellung der nicht vergüteten Leistungsmenge und den nicht verbrauchten Mitteln des Vergütungsvolumens des fachärztlichen Grundbetrages ergibt. Die Berechnung der PZV ist in Teil C des HVM geregelt.

30

a. Für die ersten vier Quartale der PZV-Systematik, also für die Quartale IV/2013 bis III/2014, wird nach Teil C Ziffer 2 Abs 1 für die Berechnung des arztindividuellen PZV auf die anerkannte Leistungsmenge aus dem jeweiligen Vorjahresquartal zurückgegriffen. Diese Leistungsmenge wird unter Berücksichtigung der ab dem Quartal IV/2013 geltenden Punktzahlen im EBM umgerechnet und ergibt so die PZV-relevante Leistungsmenge.

31

Auf die anerkannte PZV-relevante Leistungsmenge werden zwei Faktoren angewendet, eine arztgruppenspezifische Quote und ein arztindividueller Anpassungsfaktor. Die arztgruppenspezifische Quote dient der Dämpfung der Auswirkungen zwischen den Arztgruppen. Es handelt sich - vereinfacht ausgedrückt - um den Anteil der Leistungsmenge einer Arztgruppe, der zum Orientierungspunktwert vergütet werden kann. Damit sollte erreicht werden, dass die Umverteilung zwischen den Arztgruppen in einem Versorgungsbereich so gering wie möglich ist. Zunächst wird eine versorgungsbereichsspezifische Quote gebildet, bei der rechnerisch die entsprechend quotierte Leistungsmenge mit dem Orientierungspunktwert und die darüber hinaus gehende Leistungsmenge mit dem Punktwert 4 Cent vergütet werden könnte. Sodann wird ein arztgruppenspezifischer Korrekturfaktor gebildet, der die "verlierenden" Gruppen auf einen einheitlichen maximalen Verlust justiert. Vor Bildung der versorgungsbereichsspezifischen Quote wird ein Vorwegabzug von 2 % zur Dämpfung der Auswirkungen zwischen den Arztgruppen gebildet. Dieser Anteil steht zur Finanzierung eines einheitlichen maximalen Verlustes von 0,25 % zur Verfügung. Die arztgruppenspezifische Quote ist das Produkt der versorgungsbereichsspezifischen Quote nach Teil C Ziffer 2 Abs 2 des HVM mit dem arztgruppenspezifischen Korrekturwert nach Teil C Ziffer 2 Abs 3 des HVM.

32

Zur Ermittlung des arztindividuellen Anpassungsfaktors wird gemäß Teil C Ziffer 2 Abs 4 der Durchschnittsvergütungspunktwert des Arztes durch den Durchschnittsvergütungspunktwert der Arztgruppe dividiert. Dieser Wert soll das individuelle Mehrleistungsverhältnis des Arztes im Basisquartal abbilden. Mit "Mehrlleistungen" ist dabei gemeint, dass der Arzt im Basisquartal sein RLV übersteigende Leistungen erbracht hat, die außerhalb des RLV (mit reduziertem Punktwert) vergütet worden sind. Der Durchschnittsvergütungspunktwert ergibt sich aus der gesamten Vergütung des Arztes im PZV-Bereich im Vorjahresquartal, dividiert durch die in diesem Bereich anerkannte Punktzahlanforderung nach Umstellung auf die neue EBM-Bewertung. Der Durchschnittsvergütungspunktwert der Arztgruppe ergibt sich aus der gesamten Vergütung der Arztgruppe im PZV-Bereich des Vorjahresquartals, dividiert durch die im PZV-Bereich anerkannte Punktzahlanforderung der Arztgruppe nach Umstellung auf die neue EBM-Systematik. Dabei wird verglichen, wie sich der Durchschnittspunktwert der Arztgruppe im Sinne einer Zusammenrechnung der innerhalb und außerhalb der RLV abgerechneten Leistungen zum Durchschnittspunktwert der einzelnen Praxis verhält. Hat eine Praxis genau denselben Durchschnittswert wie die Gruppe, beträgt der Anpassungsfaktor 1. Hat der Arzt einen geringen individuellen Punktwert, weil er im Basisquartal überdurchschnittlich mehr Leistungen außerhalb der RLV erbracht hat, sinkt der Anpassungsfaktor und damit das PZV.

33

Die arztindividuellen PZV in der Folgezeit beginnend mit dem Quartal IV/2014 ergeben sich gemäß Teil C Ziffer 3 des HVM bei PZV-Überschreitungen aus dem bisherigen PZV zuzüglich eines etwaigen Zugewinnvolumens. Bei Unterschreitung des bisherigen PZV wird dieses ggf reduziert. Nach Ziffer 3 Abs 3 steht für das Wachstum von PZV die Veränderungsrate der MGV zur Verfügung. Diese Rate wird auf die Summe aller PZV des Versorgungsbereichs angewendet und ergibt das zu verteilende PZV (Zugewinnmenge). Die Zugewinnmenge wird nach Teil C Ziffer 3 Abs 4 nach dem proportionalen Anteil der Überschreitungsmengen arztindividuell verteilt und ergibt das arztindividuelle Zugewinnvolumen. Dieses ist durch die doppelte Veränderungsrate der MGV nach oben begrenzt.

34

b. Für Ärzte mit unterdurchschnittlichem PZV (ohne Neupraxen, Wachstumspraxen, deren Vorjahresquartal innerhalb der ersten 16 Quartale nach Niederlassung liegt, Ermächtigte und Institutionen oder Einrichtungen) gilt gemäß Teil C Ziffer 4 Abs 1 des HVM ein Mindest-PZV je Arzt in Höhe von 50 % des Durchschnitts-PZV der Arztgruppe. Überschreitungen eines unterdurchschnittlichen PZVs werden bis zu einer Höhe von 10 % des Durchschnitts-PZV der Arztgruppe unmittelbar als Zugewinn des PZV für das Folgejahresquartal wirksam (Teil C Ziffer 4 Abs 1 Satz 2 HVM).

35

c. Die anerkannte PZV-relevante Leistungsmenge des Klägers aus dem Vorjahresquartal IV/2012, auf den zum 1.10.2013 gültigen EBM angepasst, betrug 215 864 Punkte. Diese wurde mit der arztgruppenspezifischen Quote zur Dämpfung der Auswirkungen zwischen den Arztgruppen von 0,765685 sowie seinem arztindividuellen Anpassungsfaktor von 0,915799 multipliziert. Der für die Berechnung des arztindividuellen Anpassungsfaktors heranzuziehende Durchschnittsvergütungspunktwert des Klägers betrug auf Basis des Quartals IV/2012 7,815032 Cent, der Durchschnittsvergütungspunktwert der Arztgruppe betrug auf Basis des Quartals IV/2012 8,533567 Cent. Es ergab sich das zugewiesene PZV von 151 366,8 Punkten. Innerhalb des PZV wurden die Leistungen nach der Euro-Gebührenordnung vergütet. Darüber hinausgehende Leistungen wurden im Quartal IV/2013 mit einem sich zum Zeitpunkt der Honorarabrechnung rechnerisch ergebenden Restpunktwert in Höhe von 3,2147 Cent vergütet.

36

Das Durchschnitts-PZV der Arztgruppe "Fachärzte für Urologie" belief sich für das Quartal IV/2013 auf 240 746,4 Punkte, das Mindest-PZV in Höhe von 50 % des Durchschnitts-PZV betrug 120 373,2 Punkte. Der Kläger lag mit 151 366,8 Punkten zwar unterhalb des Fachgruppendurchschnitts, aber nicht unterhalb von 50 % des Durchschnitts-PZV der Fachgruppe. Ein Mindest-PZV wurde dem Kläger daher nicht zugewiesen.

37

3. Diese Verteilungsregelungen hat die KÄV mit den angeforderten Bescheiden gegenüber dem Kläger im Ergebnis so umgesetzt, dass dieser nicht iS des [§ 54 Abs 2 Satz 1 SGG](#) beschwert ist (a). Sie stehen - soweit sie in diesem Verfahren zu prüfen sind - mit Bundesrecht im Einklang (b).

38

a. Die Beklagte hat über die Zuweisung des PZV im streitbefangenen Quartal durch einen gegenüber dem endgültigen Honorarbescheid

eigenständigen Verwaltungsakt entschieden, ohne dies allerdings hinreichend transparent zu machen. Die PZV-Zuweisung wird als "Mitteilung" bezeichnet; eine Rechtsmittelbelehrung war ihr nicht beigelegt. Im letzten Abschnitt der Zuweisung wird diese dann als "Bescheid" gekennzeichnet, was auch der Rechtslage ([§ 31 Abs 1 Satz 1 SGB X](#)) entspricht. Ersichtlich hat sich die Beklagte insoweit an der Rechtsprechung des Senats zum Verwaltungsaktcharakter der Zuweisung von RLV nach der bis Ende 2011 geltenden Rechtslage orientiert (BSG SozR 4-2500 § 87b Nr 1 RdNr 10). Die Rechtsprechung beruhte vor allem auf [§ 87b Abs 5 Satz 2 SGB V](#) aF iVm [§ 85 Abs 4 Satz 9 SGB V](#), wonach Widerspruch und Klage keine aufschiebende Wirkung haben. Mit der Aufhebung der Regelungen über das RLV in [§ 87b SGB V](#) aF durch das GKV-VStG ab dem 1.1.2012 ist auch die Verpflichtung der KÄV obsolet geworden, darüber durch Verwaltungsakt zu entscheiden. Wenn eine KÄV im Rahmen ihrer Gestaltungsfreiheit nach [§ 87b Abs 1 SGB V](#) RLV fortführt oder zu einer anderen Systematik der Verteilung greift, gebietet Bundesrecht nicht, dass die KÄV über bestimmte Rechengrößen der Verteilung - wie etwa das PZV im HVM der Beklagten - vorab durch Verwaltungsakt entscheidet. Bundesrecht verlangt nur, dass für die Vertragsärzte zu jedem Zeitpunkt klar ist, ob eine "Mitteilung" über honorarrelevante Umstände eine Regelung iS des [§ 31 Abs 1 SGB X](#) ist, deren Hinnahme dann zu den im Urteil vom 15.8.2012 (BSG SozR aaO, RdNr 11) beschriebenen Konsequenzen für die richterliche Kontrolle in nachfolgenden Honorarstreitverfahren führt. Die KÄV ist jedoch auch nach Außerkräfttreten des [§ 87b Abs 5 SGB V](#) idF des GKV-WSG nicht gehindert, vor Erlass des endgültigen Honorarbescheides über zentrale Grundlagen der Honorarverteilung durch gesonderten Verwaltungsakt zu entscheiden. Das hat die Beklagte hier getan und konsequent über den Widerspruch des Klägers, den sie zutreffend als fristgerecht erhoben beurteilt hat, durch Widerspruchsbescheid entschieden. Diesen hat der Kläger mit der zulässigen Klage angegriffen, sodass seine Verfahrensrechte gewahrt sind.

39

Soweit der Kläger unter Verfahrensgesichtspunkten die Transparenz und Verständlichkeit der angefochtenen Bescheide rügt, führt das nicht zu deren Rechtswidrigkeit. Die Bescheide der Beklagten und deren Erläuterungen (auch) im gerichtlichen Verfahren richten sich an einen fachkundigen Personenkreis, der über die grundlegenden Fragestellungen der Honorarverteilung informiert ist. Dieser Kenntnisstand des Adressatenkreises prägt die Anforderungen an die Begründung von Bescheiden gemäß [§ 35 Abs 1 SGB X](#), wie der Senat mehrfach zur Wirtschaftlichkeitsprüfung entschieden hat (zuletzt BSG Urteil vom 30.11.2016 - [B 6 KA 29/15 R](#) - RdNr 29 mwN). Für Honorarbescheide oder solche die Honorarverteilung umsetzenden Bescheide gilt dasselbe. Unter Berücksichtigung dieses Maßstabs lässt sich kein Begründungsdefizit feststellen. Die von dem Kläger immer wieder aufgegriffenen (vermeintlich oder tatsächlich) widersprüchlichen Angaben der Beklagten etwa zu Fallzahlen, Punktwerten, Durchschnittsgrößen und ähnliches hat die Beklagte jedenfalls soweit klären können, dass dem SG und dem Senat die Position der Beklagten deutlich geworden ist.

40

b. Die Regelungen im HVM der Beklagten über die Ermittlung des PZV und die Honorarverteilung im Übrigen stehen mit höherrangigem Recht in Einklang. Sie beachten die Grundsätze der Rechtsprechung des Senats zu den Wachstumsmöglichkeiten kleiner Praxen (aa) und bedürfen keiner Modifikation im Hinblick auf die tatsächlich in K. bestehende Überversorgung (bb).

41

aa. Der Kläger beanstandet die Regelung des HVM vor allem deshalb, weil sie ihm unter den tatsächlichen Gegebenheiten seiner Praxis und ihres Standortes keine Chance geben, zumindest den durchschnittlichen Honorarumsatz seiner Arztgruppe zu erreichen. Damit dringt er nicht durch, weil die maßgeblichen Bestimmungen des HVM den Grundsätzen der Rechtsprechung des Senats zu den Wachstumschancen unterdurchschnittlich abrechnender Praxen genügen und der Kläger die tatsächlichen Voraussetzungen für ein Wachstum seines Umsatzes - nämlich eine Erhöhung von Fallzahlen und Leistungsmenge - nicht geschaffen hat.

42

(1) Nach der Rechtsprechung des Senats müssen umsatzmäßig unterdurchschnittlich abrechnende Praxen die Möglichkeit haben, zumindest den durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe zu erreichen (stRspr, zusammenfassend BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 45](#) RdNr 23 bis 33 und Nr 50 RdNr 14 bis 16, jeweils mwN; vgl auch [BSGE 113, 298](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 76, RdNr 49; BSG SozR 4-2500 § 87b Nr 2 RdNr 17). Dem Vertragsarzt muss die Chance bleiben, durch Qualität und Attraktivität seiner Behandlung oder auch durch eine bessere Organisation seiner Praxis neue Patienten für sich zu gewinnen und so legitimer Weise seine Position im Wettbewerb mit den Berufskollegen zu verbessern (stRspr, zB BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 50 RdNr 14; [BSGE 113, 298](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 76, RdNr 49; BSG SozR 4-2500 § 87b Nr 2 RdNr 17; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 85 RdNr 34). Dieser Anspruch besteht grundsätzlich unabhängig von den Regelungen und Konzeptionen, denen die Honorarverteilung folgt. Das ergibt sich schon daraus, dass die Rechtsprechung ursprünglich zu praxisbezogenen Bemessungsgrenzen im vertragszahnärztlichen Vergütungssystem entwickelt worden war (BSGE 83, 58 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 28](#) S 206 ff) und später auf Individualbudgets im vertragsärztlichen Bereich übertragen worden ist ([BSGE 92, 10](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 5](#), RdNr 19). An dem Grundsatz hat der Senat auch für die Zeit der gesetzlich vorgeschriebenen Anwendung von RLV festgehalten (BSG SozR 4-2500 § 87b Nr 2), und er muss auch dann beachtet werden, wenn eine KÄV nach Auslaufen der RLV-Phase wieder zu einem System praxisindividueller Budgets zurückkehrt.

43

Ausdrücklich hat der Senat klargestellt, dass die einzuräumende Chance auf Wachstum sich nicht auf Praxen in der Aufbauphase beschränken darf, sondern auch auf "alte" Praxen mit unterdurchschnittlichem Umsatz zu beziehen ist (vgl BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 45](#) RdNr 25 mwN). Während Praxen in der Aufbauphase ein sofortiges Wachstum auf den Fachgruppendurchschnitt möglich sein muss, unterliegt der Anspruch sonstiger unterdurchschnittlich abrechnender Praxen auf Honorarsteigerung bis zum Fachgruppendurchschnitt dem Vorbehalt, dass sie binnen fünf Jahren möglich sein muss; dabei darf ein Moratorium von einem Jahr für Fallzahlerhöhungen festgelegt werden, wie dies nach den RLV-Regelungen der Fall war (vgl BSG SozR 4-2500 § 87b Nr 2 RdNr 39).

44

Nach der Rechtsprechung des Senats bezieht sich die Wachstumsmöglichkeit grundsätzlich allein auf eine Erhöhung der Zahl der von den Vertragsärzten behandelten Fälle bzw Patienten ([BSGE 83, 52](#), 58 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 28](#), S 200, 207 f; BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 27](#) S 189, 195; BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 48](#), S 405, 411; [BSGE 92, 10](#), 16 = [SozR 4-2500 § 85 Nr 5](#), S 35, 42 f; [BSGE 92, 233](#), 238 f = [SozR 4-2500 § 85 Nr 9](#), S 77, 83 f; [BSGE 94, 50](#), 69 = [SozR 4-2500 § 72 Nr 2](#), S 2, 21; BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 32](#), S 238, 242; BSG Beschluss vom 28.11.2007 - [B 6 KA 45/07 B](#) - RdNr 8; BSG SozR 4-2500 § 87b Nr 2, RdNr 19; siehe auch BSG Beschluss vom 19.7.2006 - [B 6 KA 1/06 B](#) - Juris; Engelhard in Hauck/Noftz, SGB, 10/16, § 85 SGB V, RdNr 256 f).

45

In einer Entscheidung vom 28.1.2009 hat der Senat offengelassen, ob eine Steigerungsmöglichkeit auch in der Form gewährt werden kann oder muss, dass anstelle eines Fallzahlzuwachses auch Fallwertsteigerungen zu berücksichtigen sind, die etwa auf einer Veränderung in der Morbidität des behandelten Patientenstammes oder einer Veränderung der Behandlungsausrichtung beruhen (vgl BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 45](#) RdNr 27; vgl auch Clemens in Wenzel, Handbuch des Fachanwalts Medizinrecht, 3. Aufl 2013, Kap 13 RdNr 268; gegen eine solche Öffnung Engelhard in Hauck/Noftz, SGB V, Stand Januar 2016, K § 85 RdNr 256g). In seiner Entscheidung vom 17.2.2016 hat der Senat klargestellt, dass eine solche Verpflichtung nur in besonderen Fallkonstellationen in Betracht kommt, etwa bei einer wesentlichen Änderung der Praxisausrichtung (vgl BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 85 RdNr 35). Im Beschluss vom 28.6.2017 hat der Senat das dahin präzisiert, dass eine solche Konstellation nicht in Frage steht, wenn diesen Umständen, die typischerweise mit höheren Fallwerten verbunden sind, bereits durch die Möglichkeit zur Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten und/oder durch qualifikationsgebundene Zusatzvolumina Rechnung getragen wird (vgl BSG Beschluss vom 28.6.2017 - [B 6 KA 89/16 B](#)).

46

(2) Diesen Anforderungen werden die HVM-Regelungen gerecht. Eine Steigerung der Behandlungsfälle und des Leistungsumfangs wirkt sich - zeitversetzt - auch in einer Erhöhung des PZV aus. Dass der Kläger eine solche in dem von ihm für erforderlich gehaltenen Umfang nicht erreicht hat, beruht darauf, dass er seine Fallzahlen oder Fallwerte nicht nachhaltig steigern konnte. Die Zahl der Behandlungsfälle in seiner Praxis schwankt seit Jahren zwischen ca 500 und maximal 626 (Quartal I/2015). Der Wechsel im Vergütungssystem von RLV zu PZV hat daran nichts geändert: die Fallzahl im Quartal II/2010 stimmt nahezu exakt mit derjenigen im Quartal II/2014 überein, und die Grenze von 600 Fällen überschreitet der Kläger sowohl unter Geltung von RLV (IV/2009, IV/2012) wie unter Geltung von PZV (I/2014, I/2015). Die um 900 schwankenden Durchschnittsfallzahlen der Arztgruppe unterschreitet der Kläger konstant um ca 1/3.

47

Der HVM der Beklagten enthält eine Regelung für besonders kleine Praxen, denen immer ein Mindest-PZV in Höhe von 50 % des Durchschnitts-PZV zugewiesen wird. Davon konnte der Kläger nicht profitieren, weil sein PZV regelmäßig in der Nähe oder oberhalb von 60 % des Durchschnitts-PZV lag.

48

Betroffen war der Kläger vor allem durch die Heranziehung des Quartals IV/2012 als Referenzquartal für die Bildung des PZV. Die von ihm vom Quartal IV/2011 zum Quartal IV/2012 erreichte Steigerung der RLV-relevanten Fallzahl von 533 auf 589 hat sich nach der Umstellung des Vergütungssystems zum Quartal IV/2013 nicht zugunsten des Klägers auswirken können; wäre auch im Quartal IV/2013 ein RLV nach dem bis Ende 2012 praktizierten System ermittelt worden, hätte der Kläger davon profitiert. Zusätzlich ist der Kläger dadurch beschwert, dass der zwischen dem Quartal IV/2012 und dem Quartal IV/2013 erreichte Patientenzugewinn dazu geführt hat, dass der Kläger im Basisquartal IV/2012 deutlich mehr Leistungen außerhalb der RLV abgerechnet hat als die Arztgruppe und folglich einen niedrigeren Durchschnittspunktwert als diese hatte. Nach dem oben (2.a. am Ende, RdNr 32) erläuterten Berechnungsmodell hat das zur Anwendung eines reduzierten Anpassungsfaktors bei der Ermittlung des PZV des Klägers geführt; auch insoweit kam dem Kläger die bei (hypothetischer) Fortsetzung des alten Vergütungssystems zwangsläufige Erhöhung der RLV im Quartal IV/2013 nicht mehr zu Gute. Insoweit kann die Regelung des HVM für die Quartale IV/2013 bis IV/2014 als "Moratorium" im Sinne der Rechtsprechung des Senats angesehen werden, in dem ausnahmsweise kleine Praxen, die keine Neupraxen sind, an dem erreichten Umsatzniveau festgehalten werden. Diese Regelung ist indessen zulässig, weil den kleinen Praxen insgesamt nach Teil C Ziff 3 Abs 4 des HVM hinreichende Zuwachsmöglichkeiten eingeräumt wurden. Nach Abschluss der ein Jahr umfassenden Umstellungsphase kann eine Praxis ihr PZV um maximal 10 % des Durchschnitts-PZV der Arztgruppe pro Jahr steigern. Die Einbeziehung normativ vorgegebener Wachstumsmöglichkeiten in die Prüfung von zeitlich befristeten Moratorien hält der Senat für geboten, weil andernfalls nicht sicher beurteilt werden kann, ob der Durchschnittsumsatz effektiv binnen fünf Jahren erreichbar ist (BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 45](#) RdNr 32 ff). Ob die Regelung über die Wachstumsmöglichkeiten allen unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen innerhalb von fünf Jahren das Erreichen des Durchschnittswertes ermöglicht hat, kann der Senat offenlassen. Der Kläger ist jedenfalls nicht beschwert, weil für ihn normativ diese Möglichkeit bestand. Sein PZV lag im streitbefangenen Quartal bei 61,17 % des Durchschnitts; bei einem Anstieg um jeweils 10 % des Durchschnitts, der bei ca 240 000 im Quartal lag, pro Jahr hätte der Kläger den Durchschnitt innerhalb von fünf Jahren nach der Systemumstellung im streitbefangenen Quartal erreichen können. Tatsächlich ist das PZV des Klägers bis zum Quartal IV/2016 nur auf ca 66 % des Durchschnitts gestiegen. Es verhält sich im Übrigen fast exakt genauso zum Durchschnitts-PZV wie sich die Fallzahlen des Klägers zum Durchschnitt der Arztgruppen verhalten. Der Umstand, dass infolge der Entscheidung der Beklagten für das Quartal IV/2012 als Referenzquartal das PZV des Klägers im Quartal IV/2013 niedriger ausgefallen ist, als wenn ein anderes Quartal mit geringerem Fallzahlzuwachs herangezogen worden wäre, rechtfertigt keine andere Beurteilung. Die Entscheidung der KÄV für ein Referenzquartal entfaltet wie jede Stichtagsregelung im Einzelfall Härten, die die Betroffenen grundsätzlich hinnehmen müssen.

49

(3) Von vornherein kein normativer Ansatzpunkt besteht für die Forderung des Klägers, kleineren Praxen müssten alle Leistungen mit dem Orientierungswert von 10 Cent vergütet werden, solange sie nicht das Durchschnitts-PZV der Arztgruppen erreichen. Das läuft auf die Forderung hinaus, kleinen Praxen alle abgerechneten Punkte ungeachtet der Zahl der in der Praxis versorgten Patienten mit dem Orientierungswert zu vergüten, und hätte eine gravierende Ungleichbehandlung von durchschnittlich oder überdurchschnittlich

abrechnenden Praxen zur Folge. Die Vorstellung des Klägers, auf diese Weise würden kleine Praxen den großen Praxen hinsichtlich des PZV immer dann gleichgestellt, wenn und soweit sie bestrebt seien, Fallzahl und Behandlungstiefe auszuweiten, das aber aus Gründen nicht realisieren könnten, die außerhalb ihres Einflusses liegen, ist verfehlt. Grundlage für die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen können nur tatsächlich abgerechnete Fälle und erbrachte Leistungen sein, nicht Bereitschaft und Absicht des Arztes, diese auszuweiten.

50

bb. Im Übrigen macht der Kläger unter dem Aspekt einer Kompensationspflicht der Beklagten im Rahmen der Honorarverteilung 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.

51

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. /R. -E. 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.

52

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).

53

Wie das BSG bereits im Zusammenhang mit der Anfechtungsbefugnis bei Konkurrentenklagen entschieden hat, dienen die Vorschriften zur Bedarfsplanung nicht dem Schutz der wirtschaftlichen Interessen des bereits niedergelassenen Vertragsarztes, 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 Grundgesetz 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).

54

Wenn die wirtschaftlichen Interessen des Klägers 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 staatlichen regulierten Markt statt (BVerfG Beschluss vom 17.8.2004 - [1 BvR 378/00](#) - [SozR 4-1500 § 54 Nr 4](#) RdNr 24; BVerfG Beschluss 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 des Jahres 2009 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.

55

4. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG](#) iVm einer entsprechenden Anwendung der [§§ 154 ff VwGO](#). Der Kläger trägt die Kosten des von ihm ohne Erfolg geführten Rechtsmittels.

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2018-03-02