

## B 6 KA 9/17 R

Land

Bundesrepublik Deutschland

Sozialgericht

Bundessozialgericht

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

6

1. Instanz

SG Kiel (SHS)

Aktenzeichen

S 16 KA 377/10, S 16 KA 1148/13, S 16 KA 1140/1

Datum

12.02.2014

2. Instanz

Schleswig-Holsteinisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 46/14, L 4 KA 47/14, L 4 KA 48/14, L 4 KA

Datum

08.11.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 6 KA 9/17 R

Datum

02.08.2017

Kategorie

Urteil

Die Revision der Klägerin gegen die Urteile des Schleswig-Holsteinischen LSG vom 8. November 2016 ([L 4 KA 46/14](#), [L 4 KA 47/14](#), [L 4 KA 48/14](#), [L 4 KA 49/14](#)) wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten über die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen für die Quartale I/2009 bis IV/2009.

2

Die Klägerin ist eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), die in den streitbefangenen Quartalen aus den beiden Fachärzten für Urologie Dr. H. und Dr. W. bestand. Sie sind in F. zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

3

Nachdem der Klägerin zunächst mit Schreiben vom 28.11.2008 ein vorläufiges Regelleistungsvolumen (RLV) in Höhe von 44 842,58 Euro für das Quartal I/2009 mitgeteilt worden war, setzte die beklagte KÄV mit Schreiben vom 19.12.2008 ein endgültiges RLV für das Quartal I/2009 in Höhe von 41 089,74 Euro fest. Mit RLV-Mitteilung vom 25.3.2009 wurde der Klägerin für das Quartal II/2009 ein RLV in Höhe von 37 857,44 Euro zugewiesen. Dieses RLV wurde mit Bescheid vom 7.5.2009 auf 38 211,56 Euro korrigiert. Das RLV für das Quartal III/2009 wurde der Klägerin mit Bescheid vom 4.6.2009 in Höhe von 34 467,28 Euro zugewiesen. Für das Quartal IV/2009 erfolgte die Festsetzung mit Bescheid vom 28.9.2009 in Höhe von 40 072,44 Euro, mit Korrekturbedscheid vom 12.11.2009 auf 40 090,94 Euro.

4

Den Honoraranspruch der Klägerin für das Quartal I/2009 setzte die Beklagte mit Honorarbescheid vom 17.8.2009 in Höhe von 91 373,38 Euro fest. Die Klägerin hatte RLV-relevante Leistungen in einem Umfang von insgesamt 57 583,96 Euro erbracht, die in Höhe von 44 190,39 Euro vergütet wurden. Die RLV-relevante Fallzahl der Klägerin betrug 1544. Der Klägerin wurde zur Verlustbegrenzung auf 7,5 % ein Konvergenzzuschlag in Höhe von 4314,75 Euro gewährt. Das Honorar für das Quartal II/2009 setzte die Beklagte mit Bescheid vom 16.10.2009 auf 88 831,31 Euro fest. Die Klägerin rechnete RLV-relevante Leistungen im Umfang von 55 362,78 Euro ab, die in Höhe von 40 837,33 Euro vergütet wurden. Die RLV-relevante Fallzahl betrug 1477. Der Konvergenzzuschlag betrug 7596,62 Euro. Mit Bescheid vom 4.2.2010 setzte die Beklagte das Honorar für das Quartal III/2009 auf 74 578,15 Euro fest. Die Klägerin hatte RLV-relevante Leistungen in einem Umfang von insgesamt 51 530,49 Euro erbracht, die in Höhe von 36 562,59 Euro vergütet wurden. Die RLV-relevante Fallzahl der Klägerin betrug 1388. Der Klägerin wurde kein Konvergenzzuschlag gezahlt, weil ihr Verlust weniger als 9 % ausmachte. Für das Quartal IV/2009 setzte die Beklagte das Honorar mit Bescheid vom 15.4.2010 auf 78 396,60 Euro fest. Die Klägerin erbrachte RLV-relevante Leistungen in einem Umfang von insgesamt 52 955,34 Euro, die in Höhe von 41 831,17 Euro vergütet wurden. Die RLV-relevante Fallzahl der Klägerin betrug 1560. Zur Verlustbegrenzung auf 9 % wurde ein Konvergenzzuschlag in Höhe von 705,15 Euro gewährt.

5

Mit Bescheid vom 18.6.2009 lehnte die Beklagte für das Quartal I/2009 die Anerkennung eines Härtefalles ab. Mit weiterem Bescheid vom 31.8.2009 erfolgte dies auch für das Quartal II/2009.

6

Die Widersprüche der Klägerin gegen die RLV-Festsetzungen für die Quartale I/2009 bis II/2010 und gegen die Honorarabrechnungen für die Quartale I/2009 bis I/2010 wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 17.11.2010 zurück. Sie erläuterte ausführlich die Honorarverteilungssystematik ab dem Quartal I/2009 unter Berücksichtigung der Regelungen im SGB V, der Beschlüsse des Bewertungsausschusses und der Honorarvereinbarungen mit den Krankenkassen. Die Regelungen über Praxen in der Wachstumsphase bzw. Sonderregelungen für Veränderungen der Praxisstruktur seien erkennbar nicht einschlägig. Fallwertzuschläge wegen Überschreitung des durchschnittlichen RLV-Fallwertes der Arztgruppe in Punkten um 30 % seien nicht zu gewähren. In keinem der Quartale I/2009 bis IV/2009 werde diese Grenze erreicht oder überschritten. Dr. H. habe sie im Quartal I/2009 um 6 %, im Quartal II/2009 um 8,48 %, im Quartal III/2009 um 9,66 % und im Quartal IV/2009 um 16,38 % überschritten. Dr. W. habe die Grenze im Quartal I/2009 um 5,81 %, im Quartal II/2009 um 8,36 %, im Quartal III/2009 um 6,88 % überschritten und im Quartal IV/2009 um 4,69 % unterschritten.

7

Mit Urteilen vom 12.2.2014 hat das SG den Klagen stattgegeben und die Beklagte zur Neubescheidung verpflichtet. Unterdurchschnittlich abrechnende Praxen, deren Patientenzahl nicht mehr unproblematisch steigerbar sei, seien besonders schutzwürdig, sodass hier eine Steigerung des Fallwertes bis zum Fachgruppendurchschnitt ermöglicht werden müsse. In diesem Sinne müsse die Honorierung in den streitigen Quartalen erneut beschieden werden. Der Erweiterte Bewertungsausschuss (EBewA) habe das Morbiditätskriterium "Geschlecht" entgegen dem Wortlaut von [§ 87b Abs 3 Satz 6 SGB V](#) nicht berücksichtigt. Auch das sei bei einer Neubescheidung zu beachten. Darüber hinaus hätte die Beklagte die besondere Situation der Praxis der Klägerin im Sinne eines Härtefalles im Rahmen der Ermessensentscheidung individuell würdigen und dieses in den jeweiligen Honorarabrechnungen berücksichtigen müssen.

8

Das LSG hat die Urteile des SG aufgehoben und die Klagen abgewiesen. Die Beklagte habe das RLV und den Honoraranspruch der Klägerin für die Quartale I/2009 bis IV/2009 rechtmäßig festgesetzt und einen höheren Honoraranspruch zu Recht abgelehnt. Die Entscheidungen des HVM-Teams der Beklagten über Praxisbesonderheiten und Härtefallgesichtspunkte seien nach [§ 86 SGG](#) Gegenstand des Widerspruchsverfahrens gegen die RLV-Mitteilung und den Honorarbescheid geworden. Hinsichtlich der Quartale III/2009 und IV/2009 stehe einer gerichtlichen Prüfung nicht entgegen, dass das HVM-Team nicht gesondert über die im Widerspruchsverfahren vorgebrachten Praxisbesonderheiten und Härtefallgesichtspunkte entschieden habe. Wenn ein Vertragsarzt die Anerkennung von Praxisbesonderheiten nicht im Widerspruchsverfahren gegen die RLV-Mitteilung und die dort vorgenommene Berechnung, sondern in einem parallel geführten Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren zur Prüfung der Anerkennung von Praxisbesonderheiten geltend machen müsste, müsste er neben einer Klage gegen die RLV-Mitteilung eine Klage gegen die ablehnende Entscheidung über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten erheben. Das müsste der Vertragsarzt für einen Lebenssachverhalt - Bestimmung seines RLV - zwei Verwaltungs-, Widerspruchs- und Klageverfahren führen müsste, deren prozessuales Schicksal unterschiedlich verlaufen könne. Die Anzahl der von einem Vertragsarzt für die Honorierung seiner in einem Quartal erbrachten Leistungen zu führenden Verfahren summiere sich auf vier, wenn er mit der Widerspruchsbegründung gegen die RLV-Mitteilung oder gegen den Honorarbescheid Härtefallgesichtspunkte geltend mache, deren Anerkennung die KÄV mit einem gesonderten Bescheid ablehne. Die Mehrzahl der Entscheidungen der KÄV führe für den Vertragsarzt zu einer erheblichen Erschwerung der Rechtsverfolgung.

9

Diese Bewertung stehe nicht im Widerspruch zur Entscheidung des BSG vom 15.8.2012 ([B 6 KA 38/11 R](#)). Dort habe das BSG klargestellt, dass für die gerichtliche Klärung von gesonderten Feststellungen (Bemessungsgrundlagen, Budgets, RLV), Teilelementen und Vorfragen der Bestimmung des Quartalshonorars nur dann und solange Raum sei, wie die jeweiligen Quartalshonorarbescheide noch nicht bestandskräftig seien. Das gelte auch dann, wenn entsprechende Feststellungen durch gesonderten Verwaltungsakt erfolgt seien. Der Gesetzgeber habe in [§ 87b Abs 3 Satz 3 SGB V](#) vorgesehen, dass Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen seien, soweit dazu Veranlassung bestehe. Sie seien danach bereits bei der Zuweisung des RLV zu berücksichtigen. Das RLV lasse sich nicht aufteilen in die standardisierte Berechnung aus RLV-relevanter Fallzahl des Arztes, RLV-Fallwert der Arztgruppe und arztindividuellem Morbiditätsfaktor einerseits und einem ausschöpfbaren Mehrbetrag für anerkannte Praxisbesonderheiten andererseits. Die Anerkennung von Praxisbesonderheiten habe der Gesetzgeber in [§ 87b Abs 3 Satz 3 SGB V](#) antragsunabhängig formuliert. Auch das spreche gegen die Notwendigkeit von zwei gesonderten Verwaltungs-, Widerspruchs- und Klageverfahren für die Bestimmung aller Berechnungselemente des in die Honorarabrechnung einzustellenden RLV. Gleiches gelte für die Anerkennung von Härtefallgesichtspunkten. Das SGB V enthalte keine Regelungen für die Anerkennung von Härtefallgesichtspunkten im Rahmen der vertragsärztlichen Honorarabrechnung. Jedoch eröffne der EBewA den Partnern der Gesamtverträge in seinem Beschluss vom 22.9.2009 unter Teil F Ziffer I.3.7 die Möglichkeit, unter bestimmten Voraussetzungen befristete Ausgleichszahlungen für Honorarverluste vorzusehen und sich über das Verfahren zu einigen.

10

Der RLV-Mitteilungsbescheid vom 19.12.2008 für das Quartal I/2009 sei rechtmäßig. Er sei zwar verspätet ergangen. Bei [§ 87b Abs 5 Satz 1, 2. Halbsatz SGB V](#), wonach das RLV dem Vertragsarzt jeweils spätestens vier Wochen vor Beginn seiner Geltungsdauer zugewiesen sein müsse, handele es sich jedoch um eine reine Ordnungsfrist, sodass die Fristversäumnis nicht zur Unwirksamkeit der Zuweisung führe. Das gelte auch für die RLV-Zuweisung vom 7.5.2009 für das Quartal II/2009. Die Beklagte habe in dieser Mitteilung von dem Vorbehalt in einer Mitteilung vom 25.3.2009 Gebrauch gemacht. Außerdem sei die Klägerin nicht beschwert, weil ihr in der Mitteilung vom 7.5.2009 ein höheres RLV zugewiesen worden sei. Die Zuweisung vom 4.6.2009 für das Quartal III/2009 sei ebenfalls nicht zu beanstanden. Auch die Zuweisung des RLV für das Quartal IV/2009 sei rechtmäßig. In der RLV-Mitteilung vom 12.11.2009 habe die Beklagte in zulässiger Weise von dem am 28.9.2009 mitgeteilten Vorbehalt der sachlich-rechnerischen Berichtigung Gebrauch gemacht.

11

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

12

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

13

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

14

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

15

Praxisbesonderheiten seien bei dem für die Klägerin zu ermittelnden RLV nicht anzuerkennen. Nach Teil F Ziffer 3.6 des Beschlusses des EBewA vom 27./28.8.2008 ergäben sich Praxisbesonderheiten aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe um mindestens 30 % vorliege. Dementsprechend könnten sich nach den in den streitbefangenen Quartalen geltenden Vereinbarungen Praxisbesonderheiten aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen fachlichen Spezialisierung ergeben, wenn dadurch der durchschnittliche Gruppenfallwert um 30 % überschritten werde. Eine solche Fallwertüberschreitung liege in den Quartalen I/2009 bis IV/2009 weder bei Dr. H. noch bei Dr. W. vor. Dr. H. habe den Gruppenfallwert im Quartal I/2009 um 6 %, im Quartal II/2009 um 8,48 %, im Quartal III/2009 um 9,66 % und im Quartal IV/2009 um 16,38 % überschritten. Dr. Wegener habe die Grenze im Quartal I/2009 um 5,81 %, im Quartal II/2009 um 8,36 %, im Quartal III/2009 um 6,88 % überschritten und im Quartal IV/2009 um 4,69 % unterschritten. Die Grenze von 30 % sei nicht fehlerhaft gezogen worden. Der EBewA habe den Partnern der Gesamtverträge die Möglichkeit eingeräumt ("können"), aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung abweichend von der Vorgabe eines Überschreitungswertes in Höhe von mindestens 30 % im Einzelfall eine Praxisbesonderheit feststellen, obwohl die so vorgegebene Überschreitung nicht vorliege. Dass sich die Partner der Gesamtverträge dafür entschieden hätten, von dieser Öffnungsklausel keinen Gebrauch zu machen, sondern die 30 %-Grenze beizubehalten, sei nicht zu beanstanden.

16

Die von der Klägerin gegenüber der Beklagten als Besonderheit geltend gemachte Leistung der urodynamischen Untersuchung nach Ziffer 26313 Einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM-Ä) begründe keine Praxisbesonderheit unter Sicherstellungsgesichtspunkten. Die Ziffer 26313 habe sie 33-mal (Quartal I/2009, Anteil an den RLV-relevanten Leistungen: 3,69 %), 18-mal (Quartal II/2009, Anteil an den RLV-relevanten Leistungen: 2,09 %), 14-mal (Quartal III/2009, Anteil an den RLV-relevanten Leistungen: 1,75 %) und 10-mal (Quartal IV/2009, Anteil an den RLV-relevanten Leistungen: 1,22 %) abgerechnet. Der prozentuale Anteil an den budgetierten RLV-relevanten Leistungen begründe keinen sicherstellungsrelevanten Anteil am Leistungsgeschehen der Praxis der Klägerin.

17

Soweit die Beklagte der Klägerin Konvergenzzuschläge in Höhe von 4314,75 Euro im Quartal I/2009, 7596,62 Euro im Quartal II/2009 und 705,15 Euro für das Quartal IV/2009 gewährt habe, begrenze dies den Verlust der Klägerin gegenüber dem Quartal I/2008 auf 7,5 % bzw 9 %. Für das Begehren der Klägerin, keinen Verlust gegenüber 2008 zu erleiden, gebe es keine entsprechende Regelung in den Vorgaben des EBewA für die Honorarverteilungssystematik ab 1.1.2009. Die geltend gemachte Existenzgefährdung sei nicht erkennbar und begründe auch keinen Ausgleichsanspruch aufgrund einer allgemeinen Härteklausele.

18

Die Klägerin sei ferner nicht in dem Wachstum ihrer Praxis unzulässig eingeschränkt. Die hier anzuwendende Honorarverteilungssystematik

sehe für die Quartale I/2009 bis II/2010 durchgehend vor, dass für die Berechnung des RLV jeweils die arztindividuelle RLV-relevante Fallzahl des Vorjahresquartals herangezogen werde. Fallzahlsteigerungen im Abrechnungsquartal kämen dem Vertragsarzt somit im Folgejahresquartal für die Bestimmung des RLV zugute. Dieses sogenannte "einjährige Moratorium" der ab 1.1.2009 geltenden RLV-Systematik habe das BSG in mehreren Entscheidungen gebilligt. Ihre wirtschaftlichen Einbußen führe die Klägerin maßgeblich darauf zurück, dass es in F. eine Überversorgung mit Fachärzten für Urologie gebe. Dieser Umstand sei bei der Honorarverteilung nicht zu berücksichtigen. Das unternehmerische Risiko, im Vergleich zu seinen Kollegen derselben Fachgruppe einen geringeren Zulauf von Versicherten zu haben, habe die Honorarverteilungssystematik einem Vertragsarzt nicht abzunehmen.

19

Dagegen richtet sich die Revision der Klägerin. Sie trägt vor, der kontinuierliche Anstieg der Zahl der in Schleswig-Holstein niedergelassenen Urologen führe zu einem kontinuierlichen Absinken des arztgruppenspezifischen Fallwertes. Parallel dazu sei ein Anstieg der unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen im Verhältnis zu den überdurchschnittlich abrechnenden Praxen zu beobachten. Trotz eines moderaten Fallzahlanstiegs von 1438 im Quartal I/2009 auf 1472 im Quartal II/2010 entferne sich ihr Honorar immer weiter vom Durchschnittshonorar der Gruppe. Bei einer Verringerung der durchschnittlichen Fallzahl der Gruppe um 68,6 Patienten und einer Erhöhung ihrer eigenen Fallzahl um 34 Patienten habe sie im Quartal I/2009 ein um 12,78 % niedrigeres und im Quartal II/2010 ein um 18,69 % niedrigeres Honorar als der Durchschnitt erzielt. Systembedingt ermögliche weder ein eigener Fallzahlanstieg noch eine Erhöhung der Leistungsmenge im RLV-relevanten Bereich ein Aufschließen zum Durchschnitt. Unterdurchschnittlichen Altpraxen fehlten bei steigenden Betriebskosten infolge der RLV-bedingten Honorarrückgänge die Mittel, um sich im Wettbewerb zu behaupten. Die Konvergenzregelung zur Begrenzung von Gesamthonorarverlusten gegenüber dem Basisquartal 2008 begünstige überdurchschnittlich abrechnende Großpraxen. Die Beklagte sei bei der Gestaltung der RLV-Systematik gehalten gewesen, die regionalen Besonderheiten insbesondere im Hinblick auf die unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen zu berücksichtigen. Der Anteil der unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen am Gesamthonorar sei von 51,69 % im Quartal III/2009 auf 58,38 % im Quartal III/2013 gestiegen. Die Durchschnittsfallzahl der Gruppe sei von 956,6 im Quartal I/2009 auf 906,9 im Quartal II/2010 gesunken. Die Quote für die abgestaffelte Vergütung habe im Quartal I/2009 noch 18,8 % betragen, im Quartal II/2010 11,92 % und im Quartal III/2013 9,09 %. Das durchschnittliche Gesamthonorar habe sich von 52 378,48 Euro im Quartal I/2009 auf 46 911,38 Euro im Quartal II/2010 verringert bei gleichzeitiger Erhöhung der Arztzahl von 85 auf 89.

20

Sie begehre eine Anhebung ihres RLV sowie die Anerkennung von Praxisbesonderheiten. Als einzige Praxis in F. habe sie die Gebührenordnungsposition (GOP) 26313 EBM-Ä erbracht. Außerdem rechtfertigten die zahlreichen Zusatzbezeichnungen und Genehmigungen der Ärzte der BAG in den Bereichen Psychosomatik, Onkologie, ambulante Operationen, Andrologie und Labor mit Mikrobiologie die Zubilligung von Fallwerterhöhungen. Mangels Bekanntgabe der entsprechenden Zahlen sei nicht nachvollziehbar, ob eine Fallwertüberschreitung von 30 % als Voraussetzung für die Anerkennung einer Praxisbesonderheit vorgelegen habe. Aspekte einer regional herrschenden Überversorgung müssten bei der Ausgestaltung der Honorarverteilung berücksichtigt werden. Die individuellen Fallwerte der Klägerin seien im Verhältnis zum Fallwert der Gruppe durchaus angestiegen. Eine effiziente Wachstumsregelung müsse hier weitere Steigerungsmöglichkeiten zulassen. Den unterdurchschnittlichen Altpraxen müsse ein RLV zugewiesen werden, dass sich aus der Multiplikation des Fallwertes der Arztgruppe mit der Durchschnittsfallzahl der Arztgruppe ergebe. Ein Grundsatzbeschluss des Vorstandes sei keine taugliche Grundlage für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten und Härtefallgesichtspunkten. Es habe in den streitbefangenen Quartalen vielmehr entsprechend dem Beschluss des EBewA eine Praxisbesonderheit auch dann festgestellt werden können, wenn der durchschnittliche Fallwert um weniger als 30 % überschritten worden sei. Die Honorarvereinbarung habe lediglich wörtlich den Beschluss wiederholt und die weitere Ausgestaltung dem Vorstand der Beklagten überlassen. Soweit keine Praxisbesonderheiten anzuerkennen seien, sei die Härtefallregelung zu bemühen. Es liege hier keine korrekte Entscheidung über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten und eines Härtefalles vor. Der Vorstand habe erst im Widerspruchsbescheid vom 17.11.2010 in Personalunion und zeitgleich sowohl als Ausgangsbehörde als auch als Widerspruchsbehörde entschieden.

21

Die Klägerin beantragt, die Urteile des Schleswig-Holsteinischen LSG vom 8.11.2016 ([L 4 KA 46/14](#), [L 4 KA 47/14](#), [L 4 KA 48/14](#), [L 4 KA 49/14](#)) aufzuheben und die Berufung der Beklagten gegen die Urteile des SG Kiel vom 12.2.2014 ([S 16 KA 377/10](#), [S 16 KA 1140/13](#), [S 16 KA 1142/13](#), [S 6 KA 1143/13](#) und [S 16 KA 1148/13](#)) zurückzuweisen.

22

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

23

Gesonderte Regelungen für das Wachstum unterdurchschnittlich abrechnender Altpraxen seien im Hinblick auf die Honorarverteilungssystematik entbehrlich, da jeder Arzt die Möglichkeit habe, durch Fallzahlerhöhungen innerhalb eines Zeitraumes von fünf Jahren den Durchschnitt der Fachgruppe zu erreichen. Für das von der Klägerin darüber hinausgehend geltend gemachte Wachstum zum Durchschnittsüberschuss gebe es keine Grundlage. Das wirtschaftliche Risiko bleibe beim Vertragsarzt und es obliege auch nicht der KÄV, durch Honorarverteilungsregelungen regulierend in den Markt einzugreifen.

24

Entgegen der Auffassung des LSG seien Praxisbesonderheiten nicht bereits bei der Zuweisung von RLV zu berücksichtigen. Die Gesamtvertragspartner hätten sich auf ein Antragsverfahren zur Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten in einem gesonderten Verwaltungsverfahren verständigt. Auch seien Zahlungsansprüche bei einer nachträglichen Erhöhung des RLV gemäß [§ 87b Abs 5 Satz 5 SGB V](#) aF rückwirkend zu erfüllen. Es handele sich bei der isolierten Bescheidung von Anträgen auf Anerkennung von Praxisbesonderheiten bzw Härtefällen um die isoliert anfechtbare Festlegung von Bemessungsgrundlagen, die bei der Ermittlung des Honoraranspruchs

heranzuziehen seien.

25

Der Senat hat die Verfahren [B 6 KA 9/17 R](#), [B 6 KA 10/17 R](#), [B 6 KA 11/17 R](#) und [B 6 KA 12/17 R](#) zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung unter dem Aktenzeichen [B 6 KA 9/17 R](#) verbunden.

II

26

Die Revision der Klägerin hat keinen Erfolg.

27

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

28

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

29

Der durch das Landesschiedsamt am 25.11.2008 für den Bezirk der beklagten KÄV festgesetzte HVV für die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen im Jahr 2009 nimmt in Teil D Ziffer 1.2 für die Berechnung der RLV Bezug auf die Vorgaben der Beschlüsse des EBewA Teil F nebst Anlagen 1 und 2, soweit nichts Abweichendes bestimmt ist.

30

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

31

a) Entgegen der Auffassung der Klägerin ist ihr Honorar nicht deshalb fehlerhaft zu niedrig festgesetzt worden, weil die Vorgabe aus [§ 87b](#)

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

32

b) Auch die Konvergenzregelungen, die mit der Neugestaltung des Vergütungssystems zum 1.1.2009 eingeführt worden sind, verletzen die Klägerin nicht in ihren Rechten. Dabei kann offenbleiben, ob die vom BewA und von den Gesamtvertragspartnern getroffenen Regelungen zur Begrenzung überproportionaler Honorarverluste insgesamt rechtmäßig sind. Nach [§ 87b Abs 3 Satz 5 SGB V](#) (idF des GKV-WSG vom 26.3.2007, [BGBl I 378](#)) können Anteile der Gesamtvergütung für die Bildung von Rückstellungen zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, für Sicherstellungsaufgaben und zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten verwendet werden. Der EBewA hat in seiner 7. Sitzung am 27./28.8.2008 unter Teil F einen Beschluss zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen RLV nach [§ 87b Abs 2](#) und 3 SGB V gefasst (DÄ 2008, A-1988). In Teil F Ziffer 3.7 ermächtigte er die Partner der Gesamtverträge zu Ausgleichszahlungen im Fall von Honorarverlusten um mehr als 15 % gegenüber dem Vorjahresquartal, die durch die Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik oder dadurch begründet waren, dass extrabudgetäre Leistungen nicht fortgeführt worden waren. Mit Beschlüssen vom 15.1.2009 (DÄ 2009, A-308) und vom 27.2.2009 (DÄ 2009, A-574) machte der EBewA weitere Vorgaben zum Ausgleich überproportionaler Honorarverluste und übertrug den Gesamtvertragspartnern die nähere Ausgestaltung. Für Schleswig-Holstein vereinbarten die Vertragspartner des HVV eine Begrenzung der Verluste und Gewinne, wobei die Klägerin von der Verlustbegrenzung auf maximal 7,5 % in den Quartalen I/2009 und II/2009 sowie auf maximal 9 % in dem Quartal IV/2009 profitierte. Allein im Quartal III/2009 blieb ihr Honorarverlust unterhalb des Grenzwertes von 9 %, sodass sie keinen Konvergenzzuschlag erhielt. Ob die von den Gesamtvertragspartnern getroffene Regelung zur Begrenzung von Gewinnen mit höherrangigem Recht vereinbar ist (vgl zu dieser Problematik, allerdings bezogen auf eine abweichende Fallgestaltung: BSG SozR 4-2500 § 87b Nr 3 RdNr 16 ff), kann unter diesen Umständen dahingestellt bleiben, weil sie auf die Klägerin wegen der in allen streitgegenständlichen Quartalen eingetretenen Honorarverluste keine Anwendung gefunden hat.

33

3. Der Umstand, dass die Klägerin im Vergleich zu anderen im Bezirk der Beklagten niedergelassenen Urologen in erheblich unterdurchschnittlichem Umfang vertragsärztliche Leistungen abrechnet, begründet keinen Anspruch auf Erhöhung des RLV oder auf ein höheres Honorar. Der Vergütungsanspruch des Vertragsarztes ist grundsätzlich auf die angemessene und leistungsgerechte Teilhabe an der von den Krankenkassen an seine KÄV entrichteten MGV entsprechend Art und Umfang der von ihm erbrachten und abrechnungsfähigen Leistungen nach Maßgabe der geltenden Verteilungsregelungen begrenzt (vgl BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 63 RdNr 13, 25 mwN). Für eine Verpflichtung der Vertragspartner auf Bundesebene, die Kostenstrukturen kleinerer Praxen unabhängig von Fragen der Sicherstellung der Versorgung besonders zu berücksichtigen, gibt es keine Grundlage (zu Laborpraxen vgl [BSGE 97, 170](#) = [SozR 4-2500 § 87 Nr 13](#), RdNr 37). Auch soweit die Klägerin im Berufungsverfahren einen Mindestpunktwert begehrt hat, der zumindest die Ordinationsgebühr und die Leistung Sonographie abdecken müsse, besteht hierauf kein Anspruch. Wie der Senat bereits mit Urteil vom 11.12.2013 ([B 6 KA 6/13 R](#) - SozR 4-2500 § 87 Nr 29) entschieden hat, ist eine KÄV nicht verpflichtet, das RLV eines Vertragsarztes so zu bemessen, dass die wesentlichen Leistungen seines Fachgebiets rechnerisch in jedem Behandlungsfall mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden.

34

4. Die Klägerin wird durch die im Bezirk der beklagten KÄV geltenden Regelungen auch nicht rechtswidrig in ihren Wachstumsmöglichkeiten eingeschränkt. Nach ständiger Rechtsprechung müssen umsatzmäßig unterdurchschnittliche Praxen allerdings die Möglichkeit haben, durch Erhöhung der Zahl der von ihnen behandelten Patienten den durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe zu erreichen (vgl zB BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 45](#) RdNr 24 ff; [BSGE 83, 52](#), 59 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 28](#) S 204, 208 f; [BSGE 92, 10](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 5](#), RdNr 19 mwN). Der Vertragsarzt muss die Chance haben, durch Qualität und Attraktivität seiner Behandlung oder auch durch eine bessere Organisation seiner Praxis neue Patienten für sich zu gewinnen und so legitimerweise seine Position im Wettbewerb mit den Berufskollegen zu verbessern (stRspr, vgl [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 45](#) RdNr 24; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 50 RdNr 14; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 85 RdNr 34). Die Wachstumsmöglichkeiten dürfen sich nicht auf Praxen in der Aufbauphase beschränken, sondern sind auch auf bereits etablierte Praxen mit unterdurchschnittlichem Umsatz zu beziehen (vgl BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 85 RdNr 34; BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 45](#) RdNr 25 mwN). Während Praxen in der Aufbauphase ein sofortiges Wachstum auf den Fachgruppendurchschnitt möglich sein muss, ist es bezogen auf andere unterdurchschnittlich abrechnende Praxen ausreichend, wenn der Fachgruppendurchschnitt binnen fünf Jahren erreicht werden kann (BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 45](#) RdNr 29 mwN). Die Anforderungen an die Wachstumsmöglichkeiten kleiner Praxen gelten unabhängig von der Ausgestaltung der Honorarverteilung und der Art der Begrenzungsregelung (BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 50 RdNr 16) und damit auch für die Festlegung von RLV ([BSGE 113, 298](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 76, RdNr 50).

35

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

a) Nach Teil F Ziffer 3.5 des og Beschlusses des EBewA beschließen die Partner der Gesamtverträge für Neuzulassungen von Vertragsärzten und Umwandlung der Kooperationsform Anfangs- und Übergangsregelungen. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Gesamtvertragspartner. Der für den Bezirk der beklagten KÄV durch das Landesschiedsamt am 25.11.2008 festgesetzte, durch Ziffer 3 der 1. Ergänzungsvereinbarung vom 12.2.2009 neu gefasste, Teil D Ziffer 2.1 HVV enthält eine entsprechende Sonderregelung in der Wachstumsphase, die innerhalb des abzurechnenden Quartals weniger als fünf Jahre niedergelassen sind und deren RLV-relevante Fallzahl

unterdurchschnittlich ist. Diesen Ärzten werden die Leistungen bis zu einer individuellen Obergrenze aus individueller Fallzahl und RLV-Fallwert der Gruppe nach der Euro-Gebührenordnung vergütet.

36

Auf die Klägerin findet diese für Praxen in der Aufbauphase geschaffene Regelung keine Anwendung, da ihre vertragsärztliche Praxis in den streitbefangenen Quartalen bereits seit mehr als fünf Jahren bestand. Die Praxis der Klägerin ist somit keine Aufbaupraxis, sondern eine sonstige unterdurchschnittlich abrechnende Praxis. Damit ist es grundsätzlich ausreichend, dass sie die Möglichkeit hat, den Fachgruppenschnitt innerhalb von fünf Jahren zu erreichen. Das ist hier der Fall, ohne dass es einer Sonderregelung bedarf. Anders als etwa bei Individualbudgets, die an das Honorar einer Praxis in einem vorangegangenen Abrechnungsquartal anknüpfen, kann der Arzt sein Budget unter Geltung der RLV durch eine Erhöhung seiner Fallzahl bis zum Durchschnitt der Fachgruppe und auch darüber hinaus steigern. Da das RLV des einzelnen Arztes nach Anlage 2 Nr 5 des Beschlusses vom 27/28.8.2008 im Grundsatz durch die Multiplikation des arztgruppenspezifischen Fallwertes mit der Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal berechnet wird, führt eine Erhöhung der Fallzahl zu einer entsprechenden Erhöhung des RLV im entsprechenden Quartal des Folgejahres. Der Umstand, dass sich eine Erhöhung der Fallzahlen nicht im aktuellen Quartal, sondern jeweils erst im entsprechenden Quartal des Folgejahres in Form einer Erhöhung des RLV auswirkt, ist nicht zu beanstanden. Ausschlaggebend ist, dass der Fachgruppenschnitt auch unter Berücksichtigung eines solchen "Moratoriums" innerhalb von fünf Jahren realistisch und in effektiver Weise erreicht werden kann (BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 45](#) RdNr 32 f; vgl BSG SozR 4-2500 § 87b Nr 2 RdNr 39, 41). Die Klägerin hat hier eine Erhöhung des RLV nur deshalb nicht erreicht, weil sie ihre Patientenzahlen - nach ihren Darlegungen aufgrund der Konkurrenzsituation (vgl dazu nachfolgend c), RdNr 39 ff) - tatsächlich nicht wesentlich steigern konnte.

37

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

38

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass einer mit höheren Fallwerten verbundenen besonderen Praxisausrichtung nach dem Beschluss des EBewA vom 27./28.8.2008 sowie dem für den Bezirk der Beklagten vereinbarten HVV, ua durch die Möglichkeit zur Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten Rechnung zu tragen war. Dass die Klägerin von diesen Regelungen nicht profitiert, ist darauf zurückzuführen, dass keine im vorliegenden Zusammenhang maßgebenden Praxisbesonderheiten vorliegen (vgl dazu nachfolgend 5., RdNr 43 ff).

39

c) Im Übrigen macht die Klägerin nicht in erster Linie geltend, dass sie an einem Wachstum gerade durch die Regelungen zur Honorarverteilung gehindert würde, sondern dass sie den Umfang ihrer Tätigkeit aufgrund einer zunehmenden Überversorgung mit Urologen in dem Planungsbereich, in dem sie ihre Praxis hat, nicht wesentlich habe steigern können.

40

Zutreffend ist, dass die Klägerin weder ihre Fallzahlen noch ihren Fallwert nennenswert gesteigert hat. Soweit die Klägerin dabei einen Zusammenhang mit - aus ihrer Sicht ungerechtfertigten - Sonderbedarfszulassungen herstellt, ist schon nicht deutlich geworden, ob solche in den letzten Jahren in ihrem Planungsbereich erteilt worden sind. 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 der Klägerin 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 ([BSGE 98, 98 = SozR 4-1500 § 54 Nr 10](#), RdNr 23).

41

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 ([BSGE 98, 98 = SozR 4-1500 § 54 Nr 10](#), RdNr 16, 21; vgl auch BVerfG Beschluss vom 27.4.2001 - [1 BvR 1282/99 - MedR 2001, 639](#) RdNr 9). Auch das GG garantiert umfassenden Rechtsschutz nur unter der Voraussetzung, dass die Verletzung einer Rechtsposition geltend gemacht wird, die die Rechtsordnung im Interesse des Einzelnen gewährt. Welche Rechte der Einzelne danach geltend machen kann, bestimmt sich - abgesehen von Grundrechten und sonstigen verfassungsmäßigen Rechten - nach den Regelungen des einfachen Rechts ([BVerfGE 116, 1](#), 11; [BVerfGE 83, 182](#) f, jeweils mwN).

42

Wenn die wirtschaftlichen Interessen der Klägerin dagegen nicht durch die Erteilung regulärer Zulassungen, sondern durch Sonderbedarfszulassungen oder Ermächtigungen wesentlich beeinträchtigt worden sein sollten, hätte sie wegen des Vorrangs der Zulassungen ihrer Mitglieder grundsätzlich die Möglichkeit gehabt, mit Widerspruch und Klage gegen die Entscheidung der Zulassungsgremien vorzugehen, um rechtswidrige Entscheidungen zu verhindern (vgl BVerfG [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 der Klägerin durch Zulassungsentscheidungen nicht verletzt werden, sie von der Möglichkeit, gegen rechtswidrige Zulassungsentscheidungen vorzugehen keinen Gebrauch macht oder sich die Entscheidung der Zulassungsgremien als rechtmäßig erweist, hat sie keine rechtliche Möglichkeiten, gegen die dadurch möglicherweise bedingten Einkommenseinbußen vorzugehen. Vielmehr muss sie sich darum bemühen, die Auslastung ihrer Praxis etwa durch ein besonders attraktives Angebot (bezogen auf Praxisausstattung, Praxisorganisation, Öffnungszeiten, ua) zu steigern und dadurch ihre Position im Wettbewerb mit anderen zugelassenen Vertragsärzten zu verbessern. Zwar findet die Berufsausübung des Vertragsarztes in einem staatlich regulierten Markt statt (BVerfG [SozR 4-1500 § 54 Nr 4](#) RdNr 24; [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 [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 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, 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 ([BSGE 106, 222](#) = [SozR 4-5520 § 32 Nr 4](#), RdNr 37 f). Dies verkennt die Klägerin, wenn sie geltend macht, dass es ihr gerade wegen der unbefriedigenden Erlössituation nicht möglich sei, die Attraktivität ihrer 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 der Klägerin ohne eigenes Verschulden nicht gelingt, die Attraktivität ihrer 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 vereinbar ist (für den hier maßgebenden Zeitraum des Jahres 2009 vgl BSG [SozR 4-2500 § 87b Nr 3](#); zu der für Abrechnungszeiträume bis zum 31.12.2008 maßgebenden Rechtslage vgl bereits BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 58 RdNr 38 ff](#); BSG [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.

43

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

44

a) Das LSG ist zutreffend davon ausgegangen, dass die Klage bezogen auf die geltend gemachten Praxisbesonderheiten und die Härtefallentscheidung nicht bereits deshalb als unzulässig abzuweisen ist, weil es an entsprechenden Verwaltungsentscheidungen fehlen würde. Die Beklagte hat in dem angefochtenen Widerspruchsbescheid im Zusammenhang mit der Frage der Rechtmäßigkeit der RLV-Zuweisung und der Honorarhöhe auch zu der Frage Stellung genommen, ob Praxisbesonderheiten oder ein Härtefall vorliegen. Entgegen der Auffassung der Klägerin ist der Widerspruchsbescheid auch nicht mit der Begründung als teilweise fehlerhaft anzusehen, dass es - für die Quartale III/2009 und IV/2009 - an einem Ausgangsbescheid fehlen würde (zu einer solchen Konstellation vgl BSG Urteil vom 18.1.2011 - [B 2 U 15/10 R](#) - [SGB 2012, 178](#) RdNr 13; BSG Urteil vom 30.3.2004 - [B 4 RA 48/01 R](#) - [Juris RdNr 14 f](#)). Die Beklagte durfte die Frage, ob das RLV bzw das Honorar aufgrund von Praxisbesonderheiten oder eines Härtefalles zu erhöhen war, zum Gegenstand des anhängigen Widerspruchsverfahrens machen, obwohl im Ausgangsbescheid zu dieser Frage nicht ausdrücklich Stellung genommen wird und obwohl gesonderte Entscheidungen dazu im laufenden Widerspruchsverfahren allein bezogen auf die Quartale I/2009 und II/2009 ergangen sind.

45

Dem steht nicht die Rechtsprechung des Senats entgegen, nach der die Zuweisung des RLV ebenso wie andere Bemessungsgrundlagen für die Honorarfestsetzung gesondert durch Bescheid festgestellt werden können (vgl BSG [SozR 4-2500 § 87b Nr 1 RdNr 10 mwN](#)). Aus dem Umstand, dass die Möglichkeit zur Klärung von Bemessungsgrundlagen in einem gesonderten Verwaltungsverfahren besteht, kann nicht geschlossen werden, dass die Verwaltungs- oder Gerichtsverfahren in jedem Fall getrennt geführt werden müssten. Das gilt auch für die Entscheidung über das Vorliegen eines Härtefalles (aA Engelhard in Hauck/Noftz, [SGB V](#), Stand 10/2016, K § 85 RdNr 257), § 87b RdNr 114). Zwar ist der Senat in einem Urteil vom 9.12.2004 ([B 6 KA 44/03 R](#) - [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr 2](#), RdNr 16; vgl auch [BSGE 96, 53](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 23](#), RdNr 39) davon ausgegangen, dass ein gesonderter Bescheid, der das Vorliegen eines Härtefalles zum Gegenstand hat, nicht nach [§ 86 SGG](#) Gegenstand des Verwaltungsverfahrens oder nach [§ 96 SGG](#) Gegenstand des Gerichtsverfahrens wird, das die Rechtmäßigkeit eines Honorarbescheides zum Gegenstand hat. Die Besonderheit dieses Falles bestand jedoch darin, dass der Honorarverteilungsmaßstab eine Entscheidung über den Härtefall auf gesonderten Antrag vorsah und dass bei Vorliegen eines Härtefalles "Sonderzahlungen" geleistet wurden, über die nach dem dort maßgebenden HVM erst nach der Entscheidung über den Honoraranspruch entschieden werden konnte. Hier hat die Beklagte dagegen nach Ziffer 5.4.1 der 1. Ergänzungsvereinbarung vom 12.2.2009 zu dem für Schleswig-Holstein vereinbarten HVV antragsunabhängig über das Vorliegen von Praxisbesonderheiten zu entscheiden. Die Anerkennung von Praxisbesonderheiten erfolgt nach Ziffer 5.4.2 der 1. Ergänzungsvereinbarung zwar antragsabhängig. Ausschlaggebend ist indes, dass die Anerkennung eines Härtefalles - ebenso wie die Anerkennung von Praxisbesonderheiten - keinen Anspruch auf eine Sonderzahlung auslöst, sondern dass es sich dabei um einen von mehreren Faktoren handelt, die Bedeutung für die Höhe des RLV bzw des Honoraranspruchs haben. Da die Höhe des RLV bzw des Honoraranspruchs Gegenstand der Ausgangsbescheide ist, hat die Beklagte die Möglichkeit, auch die Fragen zum Vorliegen von Praxisbesonderheiten und eines Härtefalles zum Gegenstand des Widerspruchsbescheides zu machen. Für eine solche Entscheidung ist nach der Verfassung der KÄV deren Vorstand zuständig.

46

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

47

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

48

Von der Möglichkeit zu einer solchen abweichenden Feststellung haben die Gesamtvertragspartner in Schleswig-Holstein keinen Gebrauch gemacht, sodass es bei der durch den BewA festgelegten Grenze der Überschreitung des Fallwertes der Arztgruppe um mindestens 30 % bleibt. Zur weiteren Umsetzung haben sie in der 1. Ergänzungsvereinbarung vom 12.2.2009 zu dem vom Landesschiedsamt am 25.11.2008 festgesetzten HVV mWv 1.1.2009 unter Ziffer 5.4.2 vereinbart, dass der Arzt für Praxisbesonderheiten Zuschläge auf den durchschnittlichen Fallwert der Arztgruppe beantragen kann. Der Antrag soll die Leistungen unter Angabe der EBM-Ä Ziffern benennen, in denen sich die Praxisbesonderheit ausdrückt. Praxisbesonderheiten können sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung ergeben, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30 % vorliegt. Unter Ziffer 6 der 1. Ergänzungsvereinbarung ist für das Jahr 2009 zudem geregelt, dass der Vorstand der Beklagten die Grundsatzentscheidungen über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten, über Ausgleichszahlungen bei überproportionalen Honorarverlusten sowie über Ausnahmen von der Abstaffelungsregelung trifft. Dazu hat der Vorstand der Beklagten einen Beschluss vom 4.2.2009 getroffen, in dem bestimmt wird, dass als Eingangskriterium zur Prüfung von Praxisbesonderheiten eine Mindestüberschreitung des durchschnittlichen RLV-Fallwertes in Punkten um mindestens 30 % gilt. Sofern zusätzlich ein Gesamthonorarverlust der Praxis bei gleicher Leistungserbringung um mindestens 5 % gegenüber dem Vorjahresquartal prognostiziert ist, können Fallwertzuschläge beschlossen werden. Sobald diese Voraussetzungen vorliegen, werden die geltend gemachten Praxisbesonderheiten überprüft. Diese berechnen sich aus der Bewertung der Praxisbesonderheit in EBM-Ä-Punkten multipliziert mit dem Orientierungswert.

49

Es bedarf hier keiner Auseinandersetzung mit der von der Klägerin aufgeworfenen Frage, ob die Grenzziehung bei einer Überschreitung des Gruppenfallwertes um mindestens 30 % rechtmäßig ist, und ob die Anerkennung von Praxisbesonderheiten entsprechend dem og Vorstandsbeschluss davon abhängig gemacht werden darf, dass zusätzlich ein Gesamthonorarverlust der Praxis bei gleicher Leistungserbringung um mindestens 5 % gegenüber dem Vorjahresquartal zu prognostizieren ist. Der Anerkennung von Praxisbesonderheiten steht jedenfalls bereits entgegen, dass der Fallwert der Klägerin den Durchschnitt der Fachgruppe nach den Feststellungen des LSG, an die der Senat gemäß [§ 163 SGG](#) gebunden ist, in den hier maßgebenden Quartalen nicht deutlich überschreitet. Es liegt auf der Hand, dass eine Anhebung des RLV aufgrund von Praxisbesonderheiten jedenfalls ausgeschlossen ist, wenn der Arzt den durchschnittlichen Fallwert der Fachgruppe - wie hier - nicht zumindest erheblich überschreitet (vgl zu einer 20 %-Grenze bei Praxisbesonderheiten BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 66](#) RdNr 23 mwN). Eine Überschreitung von Werten zwischen 5,81 % und 16,38 % (bei gleichzeitiger Unterschreitung des Praxispartners um 4,69 %) bezogen auf den einzelnen Arzt in der BAG reicht insoweit nicht aus.

50

Das LSG hat im Übrigen zu Recht ausgeführt, dass die Abrechnung der GOP 26313 EBM-Ä (Zusatzpauschale apparative Untersuchung bei Harninkontinenz oder neurogener Blasenentleerungsstörung) bereits nach der Häufigkeit ihrer Abrechnung keine Praxisbesonderheit darstellen kann. In den streitbefangenen Quartalen hat die Klägerin diese Leistung 33-mal (Quartal I/2009), 18-mal (Quartal II/2009), 14-mal (Quartal III/2009) und 10-mal (Quartal IV/2009) erbracht und abgerechnet. Dementsprechend gering war ihr Anteil an den insgesamt abgerechneten RLV-relevanten Leistungen. Darüber hinaus ist nicht ersichtlich, dass es sich bei der Leistung um eine spezielle Leistung handelt, die eine besondere Qualifikation und Praxisausstattung erfordert und damit überhaupt geeignet ist, eine vom Durchschnitt abweichende Praxisausrichtung zu belegen (vgl dazu BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 66](#) RdNr 22). Dass die Ärzte der BAG über spezielle Qualifikationen verfügen, vermag noch keine vergütungsrelevante Besonderheit zu begründen.

51

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

52

Der für den Bezirk der Beklagten durch das Landesschiedsamt am 25.11.2008 festgesetzte 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.

53

Eine Reduzierung des Gesamthonorars um mindestens 15 % ist bei der Klägerin bereits aufgrund der Konvergenzregelungen nicht eingetreten, die die Verluste in den Quartalen I/2009 und II/2009 auf maximal 7,5 % und in den Quartalen III/2009 und IV/2009 auf maximal 9 % begrenzen. Damit werden existenzbedrohende Honorarminderungen ausgeschlossen. Dass es erforderlich sein könnte, das RLV der Klägerin aus Gründen der Sicherstellung zu erhöhen, steht ebenfalls nicht in Frage. Soweit sie eine spezielle Ausrichtung ihrer Praxis im Hinblick auf die GOP 26313 EBM-Ä geltend macht, handelt es sich um eine Leistung, die im EBM-Ä allgemein dem fachärztlichen urologischen Bereich zugeordnet ist. Die Klägerin verweist selbst auf eine erhebliche Überversorgung mit Urologen im Planungsbereich ihrer Niederlassung. Es gibt auch unter Berücksichtigung ihres Vorbringens keine Anhaltspunkte dafür, dass sie Leistungen erbringen würde, die von anderen Vertragsärzten nicht in ausreichendem Umfang erbracht würden. Eine Gefährdung der wirtschaftlichen Existenz der Praxis oder gravierende Verwerfungen der regionalen Versorgungsstruktur sind nicht ersichtlich. Unter diesen Umständen liegt der nach ständiger Rechtsprechung (vgl. BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 84 RdNr 26 mwN; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 69 RdNr 25; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 66 RdNr 29) als Voraussetzung für einen Härtefall zu fordernde unabweisbare Stützungsbedarf eindeutig nicht vor.

54

6. Der Umstand, dass die Beklagte der Klägerin das RLV für die streitbefangenen Quartale nicht spätestens vier Wochen vor Beginn des Geltungszeitraums des RLV zugewiesen hat, hat nicht die Rechtswidrigkeit der Bescheide zur Folge und führt auch nicht nach [§ 87b Abs 5 Satz 4 SGB V](#) aF zur Fortgeltung des RLV aus dem Vorquartal.

55

a) [§ 87b Abs 5 Satz 1 SGB V](#) aF bestimmt, dass die KÄV dem Arzt das RLV spätestens vier Wochen vor Beginn der Geltungsdauer des RLV zuzuweisen hat. Diese Frist ist weder in den Quartalen I/2009 (Zuweisungsbescheid vom 28.11.2008) und II/2009 (Zuweisungsbescheid vom 25.3.2009) noch in den Quartalen III/2009 (Zuweisungsbescheid vom 4.6.2009) und IV/2009 (Zuweisungsbescheid vom 28.9.2009) gewahrt. Wie der Senat bereits in einer Entscheidung vom 15.8.2012 ([B 6 KA 38/11 R](#) - SozR 4-2500 § 87b Nr 1 RdNr 18 ff, 26) im Einzelnen dargelegt hat, handelt es sich bei der genannten Vier-Wochen-Frist jedoch um eine bloße Ordnungsfrist. [§ 87b Abs 5 Satz 4 SGB V](#) aF regelt die Folgen einer nicht rechtzeitigen Zuweisung von RLV (in Gestalt einer vorläufigen Fortgeltung des RLV aus dem Vorquartal), ohne dabei an die Vier-Wochen-Frist des Satzes 1 anzuknüpfen. "Rechtzeitig" wird in [§ 87b Abs 5 Satz 4 SGB V](#) aF vielmehr mit "vor Beginn des Geltungszeitraums" gleichgesetzt. Da die RLV für die Quartale I/2009 und IV/2009 hier jeweils vor Beginn des Geltungszeitraums zugewiesen wurden, ist die Zuweisung "rechtzeitig" im Sinne dieser Vorschrift erfolgt.

56

b) Es lagen auch die Voraussetzungen für eine Änderung der vorläufigen RLV-Zuweisung für die Quartale I/2009, II/2009 und VI/2009 hier vor. Mit Bescheid vom 28.11.2008 hat die Beklagte der Klägerin das RLV für das Quartal I/2009 in Höhe von 44 842,58 Euro ausdrücklich unter Hinweis auf die Vorläufigkeit zugewiesen und in der Begründung des Bescheides erläutert, dass eine endgültige Zuweisung noch nicht möglich sei, weil die Inhalte des Schiedsspruchs vom 26.11.2008 noch nicht hätten berücksichtigt werden können und über eine abschließende Arztgruppengliederung sowie über Regelungen für Wachstumspraxen noch verhandelt werden müsse (vgl. hierzu Urteile des Senats vom heutigen Tag - [B 6 KA 7/17 R](#) und [B 6 KA 13/17 R](#)). Erkennbar sollte der Ordnungsvorschrift des [§ 87b Abs 5 Satz 1 SGB V](#) aF und dem Interesse der Vertragsärzte an baldiger Kenntnis der Kalkulationsgrundlagen Rechnung getragen werden. Angesichts der nur vorläufigen Festsetzung aus dem Bescheid vom 28.11.2008 und den dem Bescheid beigegebenen Hinweisen wird schutzwürdiges Vertrauen der Klägerin durch die Absenkung des RLV für das Quartal I/2009 auf 41 089,74 Euro nicht verletzt. In den Quartalen II/2009 und IV/2009 ist die Klägerin durch die im Quartal erfolgte Korrektur durch Bescheide vom 7.5.2009 und 12.11.2009 begünstigt.

57

7. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG](#) iVm einer entsprechenden Anwendung der [§§ 154 ff VwGO](#). Danach hat die Klägerin die Kosten des von ihr erfolglos geführten Revisionsverfahrens zu tragen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2018-01-18