

L 5 KA 773/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
5
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 20 KA 1382/11
Datum
22.11.2012
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KA 773/13
Datum
05.10.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

In der Anfangsphase vertragsärztlicher Tätigkeit (als „Wenigabrechner“) unterdurchschnittlich abrechnende Praxen (Aufbau- bzw. Jungpraxen) müssen in effektiver und realistischer Weise zum Durchschnittsumsatz der Fachgruppe aufschließen können (vgl. BSG, Urteil vom 17.07.2013, - [B 6 KA 32/12 R](#) -; Urteil vom 10.03.2004, - [B 6 KA 3/03 R](#) -, jeweils juris). Das gilt auch für Medizinische Versorgungszentren (MVZ); für deren Einstufung als Aufbau- bzw. Jungpraxis kommt es auf ihren Gründungszeitpunkt und nicht auf den Zeitpunkt der erstmaligen Zulassung der unter Zulassungsverzicht in das MVZ eintretenden Ärzte an. Regelungen des Honorarverteilungsvertrags über die Privilegierung von Aufbau- bzw. Jungpraxen (wie: Berechnung des Regelleistungsvolumens nach Fachgruppendurchschnittswerten) sind auf das Aufbau- bzw. Jung-MVZ ggf. entsprechend anzuwenden oder wegen des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit verfassungskonform auszulegen.

Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 22.11.2012 abgeändert. Die Beklagte wird unter Abänderung des (undatierten) RLV-Zuweisungsbescheids für das Quartal 1/2009 sowie der RLV-Zuweisung im Honorarbescheid für das Quartal 1/2009 vom 07.10.2009 (in der Gestalt des Honorarkorrekturbescheids vom 24.06.2010 und des Widerspruchsbescheids vom 02.02.2011) und unter Aufhebung des Bescheids vom 07.09.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 02.02.2011 verurteilt, über den Antrag der Klägerin auf Zuweisung eines höheren RLV für das Quartal 1/2009 vom 30.04.2009 hinsichtlich der Berechnung des auf Dr. K.-H. L. entfallenden Teil-RLV unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt 3/4, die Beklagte 1/4 der Kosten des Verfahrens im Klageverfahren. Die Klägerin und die Beklagte tragen jeweils die Hälfte der Kosten des Verfahrens im Berufungsverfahren.

Der Streitwert des Berufungsverfahrens wird auf 5.000,00 EUR endgültig festgesetzt.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Zuweisung eines höheren Regelleistungsvolumens (RLV) für das Quartal 1/2009.

Die Klägerin ist als Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) Trägerin des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) O. mit Sitz in Of., G.straße ... Das MVZ ist seit dem 01.10.2007 zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. In dem MVZ waren im Quartal 1/2009 die Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. U. L. und der Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie Dr. K.-H. L. jeweils mit dem Anrechnungsfaktor 1,0 als angestellte Ärzte tätig. Beide Ärzte hatten am 30.07.2007 zugunsten des MVZ auf die ihnen zum 01.10.1993 bzw. zum 01.04.1990 erteilten Zulassungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung verzichtet. Sie waren als niedergelassene Vertragsärzte in Gemeinschaftspraxis mit Sitz in Of., H.straße ... (etwa 1,5 km entfernt vom Sitz des MVZ), tätig gewesen.

Der Erweiterte Bewertungsausschuss (EBewA) fasste in seiner 7. Sitzung am 27. und 28.08.2008 einen Beschluss zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung ab 01.01.2009 (DÄBl. 38/2008, A - 1988; im Folgenden EBewA-Beschluss 2009). Teil F dieses Beschlusses hat (mit Wirkung zum 01.09.2008) die Berechnung und Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen (RLV) nach [§ 87b Abs. 2](#) und 3 SGB V (in der Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26.03.2007, [BGBl I S. 378](#), im Folgenden nur SGB V) zum Gegenstand ([§ 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V](#)). Der für den Zuständigkeitsbereich der Beklagten ab 01.01.2009 geltende Honorarverteilungsvertrag (im Folgenden HVV 2009) hatte die Beschlussregelungen des EBewA weitgehend wortgleich (in Teil B § 14) übernommen. Der EBewA-Beschluss 2009 regelt in Teil F Nr. 1 bis 3 die Grundsätze der Vergütung der Ärzte, den Umfang des von den RLV umfassten Teils der vertragsärztlichen Vergütung und die Ermittlung und Festsetzung der RLV; unter Nr. 1.1 sind zur Vergütung

vertragsärztlicher Leistungen auch Regelungen über die abgestaffelte (geminderte) Vergütung der das RLV übersteigenden Leistungen getroffen.

Mit undatiertem Bescheid wies die Beklagte dem MVZ für das Quartal 1/2009 ein auf der Grundlage der Fallzahl des Vorjahresquartals (1/2008) ermitteltes RLV in Höhe von 51.751,34 EUR zu.

Mit Schreiben vom 30.12.2008 (nicht bei den Verwaltungsakten) erhob die Klägerin Widerspruch gegen den RLV-Zuweisungsbescheid und beantragte mit - zur Begründung des Widerspruchs vorgelegtem - Schriftsatz vom 30.04.2009 die Zuweisung eines höheren RLV. Der RLV-Zuweisungsbescheid für das Quartal 1/2009 weise (unter Nr. 3) einen Gewichtungsfaktor für die Versichertenstruktur bei Dr. U. L. von 1,0218 und bei Dr. K.-H. L. von 0,9917 aus. Die Berechnungsgrundlagen ließen sich weder dem EBewA-Beschluss 2009 noch dem HVV 2009 entnehmen. In dessen Anlage 4 Nr. 6 werde lediglich darauf hingewiesen, dass sich der Gewichtungsfaktor anhand der Altersklassen der Versicherten berechne. Das Alter der Versicherten für sich allein sei aber keine ausreichende Bewertungsgrundlage für die Morbidität und könne daher auch nicht Berechnungsgrundlage des Gewichtungsfaktors sein. In den Anpassungsfaktor für die Versichertenstruktur müssten auch die in Teil A Nr. 2.4 EBewA-Beschluss 2009 für die Ermittlung des Faktors für den Orientierungspunktwert festgelegten weiteren morbiditätsrelevanten Kriterien (wie die Anzahl der zu versorgenden chronisch schmerzkranken Versicherten) einfließen. Auch bleibe die genaue Berechnungsmethode bezogen auf ihr MVZ unklar. Da Dr. K.-H. L. auf seine Zulassung verzichtet und die Zulassung auf das MVZ übertragen habe, sei insoweit von der Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit im Rahmen einer anderen Kooperationsform auszugehen. Gemäß Teil B § 7 Nr. 1 und 2 HVV 2009 müsse der RLV-Zuweisung im Quartal 1/2009 für ihn daher - wie bei einer Neupraxis - das durchschnittliche RLV seiner Arztgruppe - Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie - zugrunde gelegt werden. Auch der arztindividuelle Anpassungsfaktor müsse korrigiert und auf 1,0 (Neupraxis) festgesetzt werden. Da die Fallzahl des Dr. K.-H. L. (631) unter dem Fallzahldurchschnitt seiner Fachgruppe (864) gelegen habe, sei dem MVZ für seine Arztstelle ein Teil-RLV nach Maßgabe einer Fallzahl von 864 i.H.v. 22.775,04 EUR zuzuweisen. Das RLV des MVZ für das Quartal 1/2009 sei damit auf mindestens 60.001,28 EUR festzusetzen. Außerdem lägen Praxisbesonderheiten vor. Im Quartal 1/2009 habe Dr. U. L. verglichen mit den Ärzten ihrer Fachgruppe 69,6 % mehr chronisch kranke und 227,4 % mehr psychosomatisch erkrankte Versicherte behandelt; sie rechne insoweit 69,6 % bzw. 227,1 % mehr Punkte als der Fachgruppendurchschnitt ab. Ihr RLV-Fallwert müsse auf 49,79 EUR angehoben werden. Dr. K.-H. L. habe verglichen mit den Ärzten seiner Fachgruppe 513,10 % mehr Leistungen aus dem fachinternistischen Basiskomplex erbracht. Sein RLV-Fallwert müsse auf 37,56 EUR angehoben werden. Schließlich sei das RLV ihres MVZ für das streitige Quartal in entsprechender Anwendung der Regelungen in Teil B § 5 Nr. 5 HVV 2009 um den für fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaften vorgesehenen Aufschlag von 10 % zu erhöhen. Es verstoße gegen den Gleichheitssatz ([Art 3 Abs. 1 Grundgesetz](#), GG), dem MVZ, das eine fachübergreifende kooperative Versorgungsform darstelle, diesen Aufschlag zu versagen. Für die einseitige Bevorzugung fachgleicher Berufsausübungsgemeinschaften gebe es keinen sachlichen Grund. Deshalb habe der Bewertungsausschuss (BewA) mit Wirkung ab 01.07.2009 einen Aufschlag für fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften und MVZs vorgesehen.

Mit Bescheid vom 07.09.2009 lehnte die Beklagte den Antrag der Klägerin auf Berechnung des (Teil-)RLV hinsichtlich des Dr. K.-H. L. nach Maßgabe der durchschnittlichen Fallzahl seiner Arztgruppe ab. Zur Begründung führte sie aus, gemäß Teil B § 7 Nr. 1 HVV 2009 werde der RLV-Zuweisung bei Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit das im jeweiligen Abrechnungsquartal maßgebliche RLV der Arztgruppe zugrunde gelegt. In Teil B § 10 HVV 2009 seien außerdem Voraussetzungen für Ausnahmen von der fallzahlabhängigen Abstufung festgelegt. Dies sei durch einen Ausnahmenkatalog in der Weise konkretisiert worden, dass für einen Entwicklungszeitraum von 12 Quartalen nach Zulassungsbeginn eine Sonderregelung für die der RLV-Festsetzung zugrunde zu legende Fallzahl in Betracht kommen könne. Ein Ausnahmetatbestand dieser Art liege hier aber nicht vor, da der berücksichtigungsfähige Entwicklungszeitraum für Neu- und Jungpraxen bereits verstrichen sei; Dr. U. L. sei schon am 01.10.1993 und Dr. K.-H. L. sei schon am 01.04.1990 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen worden. Ein weiteres kontinuierliches Anwachsen der Fallzahlen bilde sich bei der Festsetzung des RLV im Folgejahr ab.

Mit Bescheid vom 07.10.2009 lehnte die Beklagte auch den Antrag der Klägerin auf Erhöhung des RLV wegen Praxisbesonderheiten ab. Zur Begründung führte sie aus, gemäß Teil B § 11 HVV 2009 könnten sich für die RLV-Festsetzung bedeutsame Praxisbesonderheiten aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen Spezialisierung der Praxis ergeben, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwerts der jeweiligen Arztgruppe von mindestens 30 % im Referenzzeitraum vorliege. Dann könne der RLV-Fallwert praxisindividuell erhöht werden. Allerdings werde während der Konvergenzphase, in der für alle Praxen grundsätzlich eine Garantie i.H.v. 95 % des Umsatzes in Bezug auf die morbiditätsbezogene Gesamtvergütung aus dem Vorjahresquartal bestehe, eine etwaige besondere Praxisausrichtung bereits über die Konvergenzregelung berücksichtigt. Dies komme der Sache nach der Zuerkennung eines Individualbudgets auf der Basis des Vorjahresquartals gleich. Nach dem Ende der Konvergenzphase, die in Abstimmung mit dem zuständigen Landesministerium zunächst für das ganze Jahr 2009 gelte, werde man den Antrag auf Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten wieder aufgreifen und über die Zuerkennung eines individuellen Fallwertaufschlags neu entscheiden.

Am 05.10.2009 bzw. am 02.11.2009 erhob die Klägerin auch gegen die Bescheide vom 07.09.2009 und vom 07.10.2009 Widerspruch; sie wiederholte im Wesentlichen ihr Vorbringen in der Widerspruchsbegründung vom 30.04.2009.

Mit Widerspruchsbescheid vom 02.02.2011 wies die Beklagte die Widersprüche der Klägerin gegen die RLV-Zuweisung für das Quartal 1/2009 und gegen die Bescheide vom 07.09.2010 und vom 07.10.2009 zurück. Zur Begründung führte sie ergänzend zur Begründung der angefochtenen Bescheide aus, bei der RLV-Zuweisung handele es sich lediglich um eine Vorabinformation über Orientierungswerte unter dem Vorbehalt der Nachprüfung und Nachberechnung. Die endgültige Berechnung des RLV könne erst mit der Honorarabrechnung nach Ablauf des Quartals erfolgen. Das beruhe darauf, dass die tatsächlichen und rechtlichen Grundlagen für die RLV-Zuweisung bei Versand der RLV-Zuweisungsbescheide noch nicht abschließend feststünden. Änderungen könnten insbesondere durch die Höhe der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie durch Beschlüsse und bundes- bzw. landesrechtliche Vereinbarungen verursacht werden. Außerdem könnten sich auch die der RLV-Berechnung zugrunde gelegten Verhältnisse des Arztes nach der RLV-Zuweisung ändern. Der Gewichtungsfaktor sei nach Maßgabe der Regelung unter Teil F Nr. 3.2.2 EBewA-Beschluss 2009 (Berücksichtigung der Morbidität) berechnet worden; danach eigne sich das Geschlecht (anders als das Alter) der Versicherten nicht zur Abbildung der Morbidität, weil dieses Kriterium das abgerechnete Volumen nicht signifikant beeinflusse. Aufgrund der entsprechenden Vorgaben im genannten Beschluss des EBewA (Teil F Nr. 3.2.2 Satz 2) sei in Teil B § 5 Nr. 4 HVV 2009 bestimmt, dass das RLV zur Berücksichtigung des Morbiditätskriteriums

"Alter" nach Altersklassen gemäß Teil B Anlage 4 zu ermitteln sei, in der man die entsprechende Berechnungsformel aus dem EBewA-Beschluss 2009 (Teil F Nr. 3.2.2 i.V.m. Anlage 2) übernommen habe. Die Berechnungsgrundlage für den arztindividuellen Anpassungsfaktor sei daher sowohl dem genannten Beschluss des EBewA wie dem HVV 2009 zu entnehmen. Die Berücksichtigung der Versorgung chronisch schmerzkranker Versicherter bei der erstmaligen Festlegung des Orientierungspunktwerts (Teil A Nr. 2.4 Ziff. 1 EBewA-Beschluss 2009 - Ermittlung des Anpassungsfaktors zur Anpassung des Leistungsbedarfs für besonders förderungswürdige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung) bedeute nicht, dass die Versorgung dieser Versichertengruppe auch im Rahmen der Ermittlung des RLV ein morbiditätsrelevantes Kriterium darstelle. Vielmehr hätten bei der erstmaligen Ermittlung und Festlegung des einheitlichen Orientierungspunktwerts besonders förderungswürdige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung berücksichtigt werden sollen. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung sei das Ausgangsvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden Leistungen (§ 85 Abs. 2 Satz 2 SGB V) und sie bilde den Ausgangspunkt für die Ermittlung des RLV. Ein Vergleich zwischen der Anpassung der Leistungsmenge aufgrund besonders förderungswürdiger Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der Anpassung des RLV wegen Morbiditätskriterien könne nicht gezogen werden. Aus Sicht des EBewA handle es sich bei der Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten eher um eine besonders förderungswürdige Leistung innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung als um ein Morbiditätskriterium, das im Rahmen der Ermittlung und Festlegung des RLV zu berücksichtigen sei. Praxisbesonderheiten seien gemäß Teil B § 11 Nr. 1 HVV 2009 bei einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen Spezialisierung zu berücksichtigen, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwerts der Arztgruppe um mindestens 30 % vorliege; das Nähere regle die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW). Diese habe festgelegt, dass Praxisbesonderheiten während der Konvergenzphase über die Konvergenzregelung berücksichtigt würden; dabei bleibe es. Die Erhöhung des RLV um einen Aufschlag von 10 % in entsprechender Anwendung von Teil B § 5 Nr. 5 HVV 2009 sei von Verfassungen wegen nicht geboten. Der sachliche Grund für die unterschiedliche Behandlung von fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften einerseits und fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften (und damit auch von MVZs) andererseits bestehe darin, dass die Versicherten-, Konsiliar- und Grundpauschale von fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften nur einmal abgerechnet werden könne. Für die Berechnung des RLV werde daher die Fallzahl durch die Zahl der Ärzte der Berufsausübungsgemeinschaft geteilt, womit jedem Arzt dieselbe Fallzahl zugeteilt werde. Bei fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften bzw. bei MVZs werde für die Berechnung des RLV hingegen für jeden Arzt der jeweilige Arztfall zugrunde gelegt. Daher ergebe sich für jeden Arzt eine höhere Fallzahl und damit ein höheres RLV als bei Berechnung nach dem Gesamtschnitt der Behandlungsfälle der Praxis. Das solle für die fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaften mit dem Aufschlag von 10 % ausgeglichen werden. Für die Frage, ob eine Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit i.S.d. Teil B § 7 Nr. 1 HVV 2009 vorliege, komme es nicht auf den Zeitpunkt der Anstellung des Arztes im MVZ nach Zulassungsverzicht zugunsten des MVZ an, sondern darauf, ob der in einem MVZ angestellte Vertragsarzt schon vor der Anstellung als niedergelassener Arzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen gewesen sei. Dr. U. L. und Dr. K.-H. L. seien schon seit 01.10.1993 bzw. seit 01.04.1990 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen gewesen. Der Entwicklungszeitraum (für Jungpraxen) von 12 Quartalen sei im Quartal 1/2009 daher verstrichen gewesen. Zwar ändere sich durch die Anstellung in einem MVZ die Kooperationsform, in welcher der Vertragsarzt tätig sei. Das stelle jedoch nur einen Statuswechsel von der Zulassung als niedergelassener Arzt zur Tätigkeit als angestellter Arzt in einem MVZ dar. Unerheblich sei auch die mit der Anstellung der genannten Ärzte im MVZ verbundene Praxisverlegung (vgl. Teil B § 7 Nr. 4 HVV 2009). Zwar sei der Vertragsarztsitz der früheren Gemeinschaftspraxis der Dr. U. L. und des Dr. K.-H. L. in Of., H.straße ..., im Zuge der Übertragung der Zulassung auf das MVZ mit Sitz in Of., G.straße ..., verlegt worden. Das könne der Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit nach Teil B § 7 Nr. 4 HVV 2009 aber nicht gleichgestellt werden. Dr. U. L. und Dr. K.-H. L. hätten nämlich weder den Planungsbereich noch die Arztgruppe gewechselt. Die Entfernung von etwa 1,5 km zwischen dem alten und dem neuen Vertragsarztsitz begründe keinen Ausnahmetatbestand hinsichtlich der für die RLV-Festsetzung maßgeblichen Fallzahlen. Das RLV sei (hinsichtlich des Dr. K.-H. L.) deshalb zutreffend auf der Grundlage der (arztindividuellen) RLV-relevanten Fallzahl des Vorjahresquartals festgesetzt worden.

Mit Honorarbescheid vom 07.10.2009 setzte die Beklagte das Honorar des MVZ der Klägerin für das Quartal 1/2009 fest. Dabei legte sie (zuletzt) ein RLV in Höhe von 56.436,10 EUR zugrunde (Korrekturbescheid vom 24.06.2010, Widerspruchsbescheid vom 02.02.2011). Die genannten Bescheide sind Gegenstand des Klageverfahrens des Sozialgerichts Stuttgart (SG) mit dem Aktenzeichen S 5 KA 1383/11; das Verfahren ruht (Beschluss des SG vom 11.06.2013).

Am 04.03.2011 erhob die Klägerin Klage beim SG gegen die RLV-Zuweisung für das Quartal 1/2009 - durch undatierten RLV-Zuweisungsbescheid bzw. durch die RLV-Festsetzung im Quartalshonorarbescheid (vom 07.10.2009, Honorarkorrekturbescheid vom 24.06.2010, Widerspruchsbescheid vom 02.02.2011) - und gegen die Bescheide der Beklagten vom 07.09.2009 und 07.10.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 02.02.2011 (Verfahren [S 20 KA 1382/11](#)). Zur Begründung trug sie vor, nach Maßgabe des Teil B § 7 Nr. 2 HVV 2009 sei eine Praxisübernahme als Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit zu behandeln, wenn nach der Übernahme festgestellt werde, dass die Fallzahl der vormaligen Praxis niedriger sei als die durchschnittliche Fallzahl der Arztgruppe im Vorjahresquartal; für das RLV sei dann auf den Arztgruppenschnitt abzustellen (Teil B § 7 Nr. 1 und 2 HVV 2009). Mit dem Begriff "Übernahme" einer Praxis könne nur die in [§ 103 SGB V](#) geregelte Praxisveräußerung unter gleichzeitiger Übertragung der Vertragsarztzulassung gemeint sein, also die Übertragung des materiellen und immateriellen Werts der Praxis und der Zulassung. Auch der in [§ 103 Abs. 4a SGB V](#) geregelte Zulassungsverzicht des Arztes zu Gunsten einer Anstellung im MVZ sei daher als Übernahme einer Praxis i.S.d. Teil B § 7 Nr. 2 HVV 2009 einzustufen, mit der Folge, dass die Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit vorliege. Andernfalls werde die Übernahme eines Vertragsarztsitzes durch ein MVZ ohne sachlichen Grund anders behandelt als die Übernahme eines Vertragsarztsitzes durch einen anderen Arzt. Auf den von der Beklagten herangezogenen Zeitraum von 12 Quartalen seit Zulassungsbeginn komme es nicht an; für diese Voraussetzung fehle es auch an einer Rechtsgrundlage, etwa im HVV 2009. Der RLV-Zuweisung hinsichtlich des Dr. K.-H. L. müsse daher, wie beantragt, zumindest für die ersten vier Quartale die durchschnittliche Fallzahl seiner Arztgruppe zugrunde gelegt werden; danach dürfe die Beklagte mit Beginn des Quartals 1/2010 auf die Fallzahl des MVZ im Vorjahresquartal abstellen. Das MVZ habe dann die Möglichkeit gehabt, innerhalb von einem Jahr Wachstumsmöglichkeiten bis zum Fachgruppenschnitt zu realisieren. Die geltend gemachten Praxisbesonderheiten seien nicht ausreichend berücksichtigt worden. Die Patienten der Dr. U. L. seien fast überwiegend chronisch krank oder Patienten mit psychosomatischen Krankheitszuständen. Dr. K.-H. L. habe im Vergleich zum Fachgruppenschnitt den fachinternistischen Basiskomplex vermehrt erbracht. Deshalb sei der durchschnittliche Fallwert der jeweiligen Fachgruppe um 35,9 % (Dr. U. L.) bzw. 33,7 % (Dr. K.-H.-L.) überschritten worden. Auf die Umsatzgarantie während der Konvergenzphase dürfe man sie nicht verweisen. Hierfür fehle es an der notwendigen gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage. Außerdem würden auf diese Weise Umsatzzuwächse zu Unrecht ausgeschlossen. Schließlich verstoße die Versagung des in Teil B § 5 Nr. 5 HVV 2009 vorgesehenen Aufschlags von 10 % gegen [Art 3 Abs. 1 GG](#). Nach den Vorgaben in [§ 87 Abs. 2c SGB V](#) sollten im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM) eigentlich

spezifische Fallpauschalen für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in kooperativen Versorgungsformen festgelegt werden, um das fallbezogene Zusammenwirken von Ärzten unterschiedlicher Fachgruppen zu gewährleisten und um deren Leistungen gemeinsam zu vergüten. Dadurch sollten Mengenausweitungen verhindert und die Benachteiligung kooperativer Versorgungsformen, wie MVZs, durch Abstufung der Vergütung vermieden werden. Der Behandlungsaufwand, ebenso der Investitionskostenaufwand der Praxis, sei beim Zusammenwirken mehrerer Fachärzte naturgemäß höher. Fallpauschalen der in Rede stehenden Art seien im EBM - ersichtlich wegen der damit verbundenen Schwierigkeiten und fehlender Erfahrungswerte - freilich nicht festgelegt worden. Hinsichtlich der Leistungsabrechnung würden fachübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften und MVZs daher den Einzelpraxen und fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaften gleichgestellt. Fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaften erhielten nach Maßgabe des Kapitels I Abschnitt 5.1 EBM (2009) aber einen Aufschlag von 10 % auf die Grund-, Versicherten- oder Konsiliarpauschale, wodurch die entsprechende Leistung des Arzt-Patienten-Kontakts automatisch mit einer um 10 % höheren Punktzahl und einem entsprechend höheren Eurobetrag vergütet werde. Die fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften und MVZs würden demgegenüber nur dadurch begünstigt, dass die genannten Pauschalen bei der Behandlung durch mehrere fachübergreifend tätige Fachärzte - anders als bei fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaften - von jedem Arzt abgerechnet werden dürfe; ein Zuschlag werde nicht gewährt. Da die RLV arztbezogen und nicht praxisbezogen errechnet würden, sei mit der Fallzahl der jeweilige Arztfall und nicht der Behandlungsfall gemeint. Werde ein Patient (im Jahr 2008) von zwei Ärzten eines MVZ gemeinsam behandelt, hätten maximal zwei Arztfälle vorgelegen. Bei einer fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaft stelle eine Doppelbehandlung dieser Art nur einen Arztfall dar. Das MVZ habe deshalb - vordergründig - den Vorteil, dass sich durch die mehrfachen Arzt-Patienten-Kontakte der Fachärzte im Referenzquartal eine höhere Fallzahl für die Berechnung des RLV ergebe, wodurch das MVZ ggf. ein spürbar höheres RLV für das auf das Referenzquartal des Jahres 2008 bezogene Quartal des Jahres 2009 erhalte. Darauf stelle die Beklagte in ihrer Argumentation zur Zulässigkeit des Aufschlags von 10 % (nur) für fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaften (und nicht für MVZs) ab; diese dürften trotz der Behandlung des Patienten durch mehrere Ärzte nämlich keine zusätzliche Grund-, Versicherten- oder Konsiliarpauschalen abrechnen. Im EBewA habe man die Ungleichbehandlung der kooperativen Versorgungsformen mittlerweile erkannt und deshalb beschlossen, das RLV der fach- und schwerpunktübergreifenden Kooperationsformen und damit auch der MVZs ab 01.07.2009 um 5 % bis maximal 40 % zu erhöhen. Damit habe der EBewA aber zugleich das Vorliegen einer entsprechenden Regelungslücke für das Quartal 1/2009 im Nachhinein bestätigt, was die entsprechende Anwendung der Zuschlagsregelung in Teil B § 5 Nr. 5 HVV 2009 rechtfertige.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Sie bezog sich im Wesentlichen auf die Begründung der angefochtenen Bescheide. Mit dem Wechsel der Dres. L. von der vertragsärztlichen Tätigkeit in Gemeinschaftspraxis zur Tätigkeit als angestellte Ärzte des MVZ habe eine "Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit" i.S.d. Teil B § 7 HVV 2009 nicht stattgefunden. Diese Regelung gelte für die Fallgestaltung des [§ 103 Abs. 4a Satz 1 SGB V](#) - Zulassungsverzicht zur Anstellung in einem MVZ und Fortsetzung der ärztlichen Tätigkeit als angestellter Arzt - nicht. Das ergebe sich aus Systematik und Zweck des Teil B § 7 HVV 2009. Teil B § 7 Nr. 2 HVV 2009 (Behandlung der Praxisübernahme bei unterdurchschnittlicher Fallzahl des Praxisübergebers als Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit mit Zuerkennung des durchschnittlichen RLV der Fachgruppe) betreffe (nur) die Fallgestaltung des [§ 103 Abs. 4 SGB V](#), also den Fall, dass der Vertragsarzt seine Praxis abgebe und aus der vertragsärztlichen Versorgung bzw. der konkreten Praxistätigkeit ausscheide und der Praxisübernehmer die Zulassung erhalte. Bei Einbringen der Zulassung in ein MVZ bleibe es dabei, dass der Arzt nach wie vor seinen festen Patientenstamm betreue; das MVZ werde durch den Statuswechsel des die Zulassung einbringenden Arztes vom niedergelassenen zum angestellten Arzt nicht zur Anfängerpraxis (Jungraxis). Eine schutzbedürftige Anfängersituation liege hier nicht vor. Gemäß Teil B § 7 Nr. 3 HVV 2009 stelle dementsprechend auch die Auflösung einer Berufsausübungsgemeinschaft (Gemeinschaftspraxis) unter Weiterbetreuung des Patientenstamms in Einzelpraxen keine Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit dar. Die Dres. L. hätten sich beim Wechsel von der Tätigkeit in Gemeinschaftspraxis zur Tätigkeit als angestellte Ärzte des MVZ nicht mehr in einer Anfängersituation befunden. Dazu wäre nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) notwendig gewesen, dass sie zum Zeitpunkt des Statuswechsels noch nicht 12 Quartale an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen hätten; diese Voraussetzung sei (unstreitig) nicht erfüllt. Nach der Rechtsprechung des BSG müssten unterdurchschnittlich abrechnende Praxen die Möglichkeit haben, innerhalb von fünf Jahren bis zum Durchschnittsumsatz der Fachgruppe zu wachsen. Dadurch, dass für die RLV-Festsetzung auf den Vorjahreszeitraum als Referenzzeitraum abgestellt werde, könnten schon innerhalb eines Jahres hinsichtlich des RLV durchschnittliche Honorare erzielt werden; diese Entwicklungsmöglichkeit habe auch das MVZ der Klägerin gehabt. Der EBewA-Beschluss 2009 sehe unter Teil F Nr. 1.2.4 vor, dass die Höhe der RLV für arztgruppen- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten derselben Fachgruppe bzw. mit denselben Schwerpunktbezeichnungen unter Berücksichtigung eines Aufschlags von 10 % berechnet würden; diese - wie im Widerspruchsbescheid dargelegt und von der Klägerin auch eingeräumt - sachlich gerechtfertigte Sonderregelung sei in Teil B § 5 Nr. 5 HVV 2009 umgesetzt worden. Die von der Klägerin angeführte Neuregelung für die Zeit ab 01.07.2009 ändere nichts an der Rechtmäßigkeit der für das streitige Quartal (1/2009) noch geltenden Vorschriften. Diese wären zudem auch als Anfangs- und Erprobungsregelungen gültig. Dem EBewA komme nach der Rechtsprechung des BSG ein weiter Gestaltungsspielraum zu. Dieser sei bei der Neuregelung komplexer Materien - wie hier der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung durch den gesetzlich angeordneten Wechsel zu einem neuen Vergütungssystem zum 01.01.2009 - sogar besonderes weit im Sinne von Ermittlungs-, Erprobungs- und Umsetzungsspielräumen, weil die Auswirkungen der Neuregelungen bei deren Erlass nicht in allen Einzelheiten zu übersehen seien (vgl. [BSGE 88, 126](#)).

Die Beteiligten bekräftigten in abschließenden Stellungnahmen ihre Auffassungen. Die Klägerin wies ergänzend auf die Ungültigkeit der Konvergenzvereinbarung hin (Urteil des SG vom 20.12.2011, - [S 10 KA 7851/10](#) -; in juris: vgl. auch BSG, Urteil vom 05.06.2013, - [B 6 KA 47/12 R](#) -, in juris).

Mit Urteil vom 22.11.2012 wies das SG die Klage ab. Zur Begründung führte es aus, Streitgegenstand seien die RLV-Zuweisung für das Quartal 1/2009 durch den hierzu ergangenen RLV-Zuweisungsbescheid bzw. den (nachfolgenden) Quartalshonorarbescheid sowie die Bescheide der Beklagten vom 07.09.2009 und vom 07.10.2010 (Widerspruchsbescheid vom 02.02.2011); zu klären sei daher, ob aufgrund der Übertragung der Zulassungen der Dres. L. auf das MVZ eine Praxisübernahme bzw. eine Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit vorliege und das arztindividuelle (Teil-)RLV (des Dr. K.-H. L.) deshalb ab dem Quartal 1/2009 auf der Grundlage des durchschnittlichen RLV der Arztgruppe zu berechnen sei, ob ab dem Quartal 1/2009 eine Ausnahme von der Abstufung gewährt werden müsse und ob ab dem Quartal 1/2009 die arztindividuellen RLV der Dres. L. an etwaige Praxisbesonderheiten anzupassen seien. Die Klage sei zulässig; der Honorarbescheid für das Quartal 1/2009 sei Streitgegenstand des - ruhenden - Klageverfahrens S 5 KA 1383/11 und daher noch nicht bestandskräftig. Die Klage sei aber unbegründet. Sowohl der undatierte RLV-Zuweisungsbescheid für das Quartal 1/2009 in der Gestalt des Honorarbescheids vom 07.10.2009 und des Honorarkorrekturbescheids vom 24.06.2010 für das Quartal 1/2009 als auch die Bescheide vom

07.09.2009 und 07.10.2009, jeweils in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 02.02.2011, seien rechtmäßig. Die Zuweisung eines RLV in Höhe von 56.436,12 EUR für das Quartal 1/2009 sei rechtlich nicht zu beanstanden. Die Beklagte habe dem MVZ der Klägerin für das Quartal 1/2009 zu Recht ein (Gesamt-)RLV in Höhe von 56.436,12 EUR zugewiesen; die (Teil-)RLV der Dres. L. (16.203,60 EUR bzw. 40.232,52 EUR) habe sie rechtsfehlerfrei berechnet. Rechnerische Unrichtigkeiten seien weder ersichtlich noch geltend gemacht. Die der RLV-Berechnung zugrunde zu legenden Fallwerte seien nicht nach Maßgabe des Teil B § 11 HVV 2009 wegen Praxisbesonderheiten zu erhöhen, da dem MVZ weder ein besonderer Versorgungsauftrag erteilt worden noch eine besondere, für die Versorgung bedeutsame Spezialisierung ersichtlich sei. Dr. U. L. habe (als Allgemeinärztin) psychosomatische Leistungen über einen längeren Zeitraum vor Beginn des Quartals 1/2009 (d. h. in den Quartalen 2/2008 bis 4/2008) nicht erbracht und abgerechnet. Es lägen auch keine Anhaltspunkte dafür vor, dass Dr. K.-H. L. besondere, vom Durchschnitt seiner Fachgruppe (Internisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie) dauerhaft erheblich abweichende Leistungen erbracht hätte. Die Häufigkeit der Abrechnung des fachinternistischen Basiskomplexes (allgemeine diagnostisch-internistische Gebührenordnungsposition (GOP) 13250 EBM, Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung) lasse gerade keine besondere, für die Versorgung bedeutsame Spezialisierung erkennen. Da Praxisbesonderheiten danach schon nicht vorlägen, könne offenbleiben, ob die Beklagte habe festlegen dürfen, dass Praxisbesonderheiten in der Konvergenzphase nicht bei der Ermittlung und Festsetzung der RLV durch Fallwertzuschläge (Teil B § 3 Nr. 3 Satz 1 i.V.m. Anlage 4, Nr. 5 zu Teil B HVV 2009), sondern durch eine Stützungszahlung außerhalb der RLV-Berechnung zu berücksichtigen seien. Für die RLV-Festsetzung für das Quartal 1/2009 sei nicht nach Maßgabe des Teil B § 7 Nr. 1 und 2 HVV 2009 auf den Fachgruppendurchschnitt (der Arztgruppe des Dr. K.-H. L.) abzustellen. Der Zulassungsverzicht der Dres. L. zugunsten einer Anstellung im MVZ der Klägerin stelle eine Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit (i.S.d. Teil B § 7 Nr. 1 HVV 2009) nicht dar. Zwar ändere sich durch die Anstellung in einem MVZ die Kooperationsform, in welcher der Vertragsarzt tätig sei, doch sei dies insgesamt nur als Statuswechsel von der Zulassung als niedergelassener Arzt (seit 1983 (gemeint: 1993) bzw. 1990) zur Anstellung als Arzt in einem MVZ anzusehen, weil die Ärzte im MVZ denselben festen Patientenstamm (weiter-) behandelten, den sie zuvor als niedergelassene Ärzte behandelt hätten. Auch die Voraussetzungen einer - der Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit gleichgestellten - Praxisverlegung (Teil B § 7 Nr. 4 HVV 2009) seien nicht erfüllt. Zwar sei der Vertragsarztsitz der früheren Gemeinschaftspraxis der Dres. L. in Of., H.straße ..., zum Sitz des MVZ in Of., G.straße ..., verlegt worden. Dabei habe sich aber weder der Planungsbereich noch die Arztgruppe geändert. Die Entfernung von etwa 1,5 Km zwischen dem alten und dem neuen Praxissitz als solche begründe keinen Ausnahmetatbestand hinsichtlich der bei der Ermittlung des RLV zugrunde zu legenden Fallzahlen. Die Klägerin könne auch nicht beanspruchen, dass Leistungen über das arzt- und praxisbezogene RLV hinaus mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet würden. Die in Teil F Nr. 3.4 EBewA-Beschluss 2009 und in Teil B § 10 Nr. 1 HVV 2009 geregelten Voraussetzungen für eine Ausnahme von der (fallzahlbedingten) Abstufung des RLV seien nicht erfüllt, weil es im Quartal 1/2009 zu keiner außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten, beispielsweise wegen der urlaubs- oder krankheitsbedingten Vertretung eines anderen Arztes oder der Aufgabe der Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines anderen Arztes, gekommen sei. Schließlich stehe der Klägerin der begehrte Aufschlag von 10 % auf das RLV ebenfalls nicht zu. Teil B § 5 Nr. 5 HVV 2009 sehe diesen Aufschlag nur für arztgruppen- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und für Praxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes vor. Diese Voraussetzungen seien nicht erfüllt, weil Dr. K.-H. L. Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie und Dr. U. L. Fachärztin für Allgemeinmedizin sei. Die entsprechende Anwendung des Teil B § 5 Nr. 5 HVV 2009 auf fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften bzw. MVZs sei auch unter Berücksichtigung des Gleichheitssatzes in [Art. 3 Abs. 1 GG](#) nicht geboten. Der die unterschiedliche Behandlung von fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften einerseits und fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften und MVZs andererseits rechtfertigende sachliche Grund bestehe darin, dass die Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschale bei einer Behandlung durch mehrere Ärzte von fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften (im streitigen Quartal 1/2009) nur einmal habe abgerechnet werden können und deshalb nur ein die RLV-relevante Fallzahl beeinflussender Arztfall vorgelegen habe (vgl. Teil B § 3 Nr. 14 HVV 2009), während die genannten Pauschalen in fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften von jedem mitbehandelnden Arzt einzeln habe abgerechnet werden dürfen und deshalb mehrere die RLV-relevante Fallzahl beeinflussende Arztfälle vorgelegen hätten. Die Regelung in Teil B § 5 Nr. 5 HVV 2009 wolle diese Ungleichbehandlung durch einen pauschalen Aufschlag auf das RLV von fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften ausgleichen. Die Einführung eines Aufschlags auch für fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften und MVZs mit Wirkung ab 01.07.2009 rechtfertige keine abweichende Beurteilung, bestätige insbesondere nicht das Vorliegen einer planwidrigen Regelungslücke in der Vorgängerregelung. Denn die Änderung des Teil B § 5 Nr. 5 HVV 2009 mit Wirkung ab 01.07.2009 trage der vom gleichen Tag an wirksamen Änderung des Bezugspunktes für die RLV-relevanten Fälle Rechnung. Nach Teil B § 3 Nr. 14 HVV in der ab 01.07.2009 geltenden Fassung sei seitdem nämlich allein auf Behandlungsfälle abzustellen.

Gegen das ihr am 22.01.2013 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 22.02.2013 Berufung eingelegt. Zur Begründung wiederholt und vertieft sie ihr bisheriges Vorbringen. Die Einbringung der Zulassungen der Dres. L. in das MVZ seien als Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit i.S.d. Teil B § 7 HVV 2009 einzustufen. Mit dem Begriff der "Übernahme" nehme die genannte HVV-Regelung schon nach ihrem Wortlaut auf alle Tatbestände des [§ 103 SGB V](#) und damit auch auf die hier einschlägige Regelung des [§ 104 Abs. 4a SGB V](#) über den Zulassungsverzicht zu Gunsten einer Anstellung in einem MVZ Bezug. Auch in diesem Fall werde der gesamte materielle und immaterielle Wert der (vormaligen) Praxis und der Vertragsarztsitz - auf das MVZ - übertragen. Der Begriff der "Übernahme" werde im Zusammenhang mit der Fortführung der vertragsärztlichen Tätigkeit durch den angestellten Arzt eines MVZ in [§ 103 Abs. 4a Satz 2 SGB V](#) verwendet und damit inhaltlich bestimmt. In diesem Sinne müsse auch der Übernahmebegriff des HVV 2009 ausgelegt werden. Für die Folgequartale sei im HVV 2009 auch von "Praxis in der Anfangsphase" bzw. von "Jungpraxis" die Rede. Unklar sei, ob die Dres. L. tatsächlich ihren gesamten ursprünglichen Patientenstamm im MVZ weiter behandelt hätten. Aus einem Umkehrschluss zu Teil B § 7 Nr. 3 Satz 3 HVV 2009 folge, dass nur dann keine Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit vorliege, wenn die Praxis ohne Verlegung fortgeführt werde; hier habe eine Praxisverlegung aber stattgefunden. Deswegen liege die Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit am neuen Standort (des MVZ) - unter neuem Status - vor. Für die Versagung des "10-Prozent-Aufschlags" für nicht fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaften gebe es keinen sachlichen Grund; der vom SG angenommene Vorteil für diese Berufsausübungsgemeinschaften bzw. die MVZs werde auf der Ebene des EBM wieder ausgeglichen. Ein Vorteil sei nur erzielbar, wenn Versicherte tatsächlich auch fachübergreifend behandelt würden. Maßgebend sei die Regelung in [§ 87b Abs. 3 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V](#), wonach die Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen - also auch der MVZs- zu berücksichtigen seien. Dem müsse durch die Gewährung des begehrten Aufschlags Rechnung getragen werden.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 22.11.2012 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung des (undatierten) RLV-Zuweisungsbescheids für das Quartal 1/2009 sowie der RLV-Zuweisung im Honorarbescheid für das Quartal 1/2009 vom 07.10.2009 (in der

Gestalt des Honorarkorrekturbescheids vom 24.06.2010 und des Widerspruchsbescheids vom 02.02.2011) und unter Aufhebung der Bescheide vom 07.09.2009 und 07.10.2009, jeweils in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 02.02.2011, zu verurteilen, über ihren Antrag auf Zuweisung eines höheren RLV für das Quartal 1/2009 vom 30.04.2009 durch Berechnung des Teil-RLV des Dr. K.-H. L. nach Maßgabe der Fallzahl des Durchschnitts seiner Fachgruppe und durch Gewährung eines Aufschlags von 10 % unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt das angefochtene Urteil und bekräftigt ihr bisheriges Vorbringen. Teil B § 7 HVV 2009 erfasse nur die "normale" Praxisübernahme mit schutzwürdiger "Anfängersituation". Dem Umstand, dass die Ursprungspraxis und die Anstellungspraxis (MVZ) in Fällen der vorliegenden Art nicht immer in unmittelbarer Nähe zueinander lägen, werde durch die Regelung in Teil B § 7 Nr. 4 HVM 2009 über die Praxisverlegung Rechnung getragen. Die Praxisverlegung werde aber nur dann als Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit behandelt, wenn davon auszugehen sei, dass der ursprüngliche Patientenstamm nicht erhalten bleibe. Das sei bei einem Wechsel des Planungsbereichs oder der Arztgruppe oder bei weiteren Distanzen, nicht aber bei einer Entfernung der Praxissitze von nur 1,5 km (im gleichen Planungsbereich) der Fall. Ob alle früheren Patienten der Dres. L. tatsächlich zum MVZ der Klägerin gewechselt hätten, sei unerheblich. Nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 17.07.2013, - [B 6 KA 44/12 R](#) -, in juris) stelle die Standortverlegung innerhalb des Planungsbereichs keinen Neubeginn der Praxistätigkeit dar; der Umkehrschluss der Klägerin, eine Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit könne nur dann nicht angenommen werden, wenn die Praxis ohne Verlegung fortgeführt werde, sei daher unrichtig. Im Übrigen liege hier ohnehin nicht der Fall des [§ 103 Abs. 4a Satz 2 SGB V](#), sondern der Fall des [§ 103 Abs. 4a Satz 1 SGB V](#) vor. Nach der einschlägigen Gesetzesbegründung sei [§ 103 Abs. 4a Satz 2 SGB V](#) nur anzuwenden, wenn die Zulassung des Arztes ende und der Arzt nicht weiter tätig sein wolle und die Praxis von einem Nachfolger fortgeführt werden solle; hier sei aber auf die Zulassung verzichtet worden, um in einem MVZ im Anstellungsverhältnis weiterzuarbeiten. Auch einen 10%igen Aufschlag habe sie zu Recht nicht gewährt. Für eine unterschiedliche Behandlung existierten die dargestellten Gründe.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des SG und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin ist gemäß [§§ 143, 144, 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft und auch sonst zulässig. Sie ist auch teilweise begründet. I. Streitgegenstand des Klage- und des Berufungsverfahrens ist das Begehren der Klägerin nach Zuweisung eines höheren RLV für ihr MVZ im Quartal 1/2009, und zwar (1.) durch Berechnung des auf Dr. K.-H. L. entfallenden Teil-RLV nicht nach Maßgabe seiner arztindividuellen Fallzahl, sondern nach Maßgabe der (höheren) Fallzahl des Durchschnitts seiner Fachgruppe und (2.) durch Gewährung eines Aufschlags auf das (Gesamt-)RLV von 10 % für Berufsausübungsgemeinschaften oder Praxen mit angestellten Ärzten nach Maßgabe des Teil B § 5 Nr. 5 HVV 2009. Mit der Behauptung, die Beklagte habe ihren hierauf gerichteten Antrag (vom 30.04.2009) zu Unrecht abgelehnt und sie dadurch in ihren Rechten verletzt (zum Streitgegenstand der Verpflichtungsklage insoweit nur etwa Meyer/Ladewig/Keller/Leitherer, [SGG § 95](#) Rdnr. 7 m.w.N.), wendet sich die Klägerin gegen die im undatierten RLV-Zuweisungsbescheid sowie im Honorarbescheid für das Quartal 1/2009 vom 07.10.2009 (in der Gestalt des Honorarkorrekturbescheids vom 24.06.2010 und des Widerspruchsbescheids vom 02.02.2011) verfügte Zuweisung eines ihrer Ansicht nach zu niedrigen RLV und gegen die (Ablehnungs-)Bescheide der Beklagten vom 07.09.2009 und vom 07.10.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 02.02.2011. Die Klägerin wendet sich, wie aus ihrem Klage- und Berufungsvorbringen hervorgeht, hingegen nicht (mehr) gegen die Anwendung des allein auf das Alter der Versicherten abstellenden Gewichtungsfaktors nach Maßgabe des Teil F Nr. 3.2.2 EBewA-Beschluss 2009 und sie begehrt auch nicht mehr die Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten.

Die Klage ist als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage in der Sonderform der Bescheidungsklage (BSG, Urteil vom 10.12.2014, - [B 6 KA 2/14 R](#) -; Urteil vom 30.10.2013, - [B 6 KA 3/13 R](#) - m.w.N., beide in juris) statthaft. Die Zuweisung des RLV stellt einen Verwaltungsakt ([§ 31](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch, SGB X) dar, der gesondert angefochten bzw. dessen gesonderte Abänderung begehrt werden kann (BSG, Urteil vom 15.08.2012, - [B 6 KA 38/11 R](#) -, in juris). Auch die genannten RLV-Berechnungselemente - die der Berechnung des RLV zugrunde zu legende Fallzahl, die Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten und die Gewährung eines Aufschlags für Berufsausübungsgemeinschaften oder Praxen mit angestellten Ärzten - können als Regelungselemente bzw. Teilregelungen der RLV-Festsetzung gesondert angefochten bzw. gesondert erstritten werden. Sie betreffen Vorfragen, die Auswirkungen für mehrere Quartale haben, und können daher in einem eigenen Verwaltungs- und Gerichtsverfahren - losgelöst von der Anfechtung eines konkreten Honorarbescheids - geklärt werden (BSG, Urteil vom 03.02.2010, - [B 6 KA 31/08 R](#) -; Urteil vom 11.05.2011, - [B 6 KA 2/10 R](#) -; Urteil vom 08.02.2012, - [B 6 KA 14/11 R](#) -; Beschluss vom 15.08.2012, - [B 6 KA 13/12 B](#) -, alle in juris). Die Klage ist auch zulässig. Teilanfechtungs- bzw. -verpflichtungsklagen der in Rede stehenden Art sind zwar nur solange zulässig, als die zu dem streitgegenständlichen Zeitraum (Quartal) ergangenen Honorarbescheide noch nicht bestandskräftig und unanfechtbar geworden sind; andernfalls wäre auch über die streitigen Teilregelungen unanfechtbar entschieden worden. Diese Voraussetzung ist hier aber erfüllt. Der zum Quartal 1/2009 ergangene Honorarbescheid vom 07.10.2009 (Honorarkorrekturbescheid vom 24.06.2010; Widerspruchsbescheid vom 02.02.2011) ist von der Klägerin angefochten worden und Streitgegenstand des Klageverfahrens S 5 KA 1383/11 -; dieses Verfahren ruht (Beschluss des SG vom 11.06.2013).

II. Die Berufung der Klägerin hat teilweise Erfolg. Die Beklagte wird über die RLV-Zuweisung für das Quartal 1/2009 neu zu entscheiden haben. Dabei wird sie hinsichtlich des auf Dr. K.-H. L. entfallenden (Teil-)RLV die Regelungen in § 7 Nr. 1 und 2 HVV 2009 entsprechend anzuwenden haben (unten 1). Insoweit ist die Berufung der Klägerin begründet. Im Übrigen ist die Berufung jedoch nicht begründet. Der Klägerin steht der 10%-Aufschlag nach Teil B § 5 Nr. 5 HVV 2009 nicht zu (unten 2.).

1.) Das auf Dr. K.-H. L. entfallende (Teil-)RLV für das Quartal 1/2009 ist nach Maßgabe der Regelungen in Teil B § 7 Nr. 1 und Nr. 2 HVV 2009 - unter Zugrundelegung nicht seiner arztindividuellen Fallzahl, sondern des (höheren) Fallzahldurchschnitts seiner Fachgruppe - neu zu berechnen. Die Klägerin hat hierauf Anspruch. Die Beklagte hat den entsprechenden Antrag der Klägerin vom 30.04.2009 durch Bescheid

vom 07.09.2009 (Widerspruchsbescheid vom 02.02.2011) daher zu Unrecht abgelehnt.

a) Für die Berechnung, Zuweisung und Anwendung des RLV (während der streitigen Zeit, hier Quartal 1/2009) sind die einschlägigen Regelungen in [§ 87b SGB V](#), im EBewA-Beschluss 2009 und im HVV 2009 maßgeblich (vgl. dazu auch BSG, Urteil vom 17.07.2013, - [B 6 KA 44/12 R](#) -, in juris). Gemäß [§ 87b Abs. 2 SGB V](#) sind zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis arzt- und praxisbezogene RLV festzulegen. Ein RLV ist die von einem Arzt oder der Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten ist ([§ 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Die das RLV überschreitende Leistungsmenge ist mit abgestaffelten Preisen zu vergüten; bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten kann hiervon abgewichen werden ([§ 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V](#)). Die Werte für die RLV sind morbiditätsgewichtet und differenziert nach Arztgruppen und nach Versorgungsgraden sowie unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen festzulegen; bei der Differenzierung der Arztgruppen ist die nach [§ 87 Abs. 2a SGB V](#) zugrunde zu legende Definition der Arztgruppen zu berücksichtigen ([§ 87b Abs. 3 Satz 1 SGB V](#)). Nach Maßgabe des [§ 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) hat der BewA im EBewA-Beschluss 2009 (u.a.) das Verfahren zur Berechnung und Anpassung der RLV bestimmt. Die Gesamtvertragspartner haben die Bestimmungen des EBewA-Beschlusses 2009 im HVV 2009 umgesetzt. Die Höhe des RLV eines Vertragsarztes ergibt sich danach aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen arztgruppenspezifischen Fallwerts mit der kurativ-ambulanten Fallzahl des Vertragsarztes im entsprechenden Vorjahresquartal (Teil F Nr. 3.2.1 Satz 2 EBewA-Beschluss 2009; Teil B § 5 Nr. 1 Satz 2 HVV 2009). Der arztgruppenspezifische Fallwert wird für jeden über 150 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe hinausgehenden ambulant-kurativen Fall je nach dem Grad der Überschreitung um 25, 50 oder 75 % gemindert (Teil F Ziffer 3.2.1 EBewA-Beschluss 2009; Teil B § 6 HVV 2009).

Zum RLV bei Neuzulassung und Umwandlung der Kooperationsform ist in Teil F Nr. 3.5 EBewA-Beschluss 2009 geregelt, dass die Partner der Gesamtverträge für Neuzulassungen von Vertragsärzten und Umwandlung der Kooperationsform Anfangs- und Übergangsregelungen beschließen (Satz 1). Über das Verfahren zur Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge (Satz 2). Sofern nichts entsprechend Anderes vereinbart wurde, gilt für Ärzte, die im Aufsatzzeitraum noch nicht niedergelassen waren (Neupraxen), das arztgruppenspezifische RLV für das jeweilige Quartal (Satz 3). Diese Regelungen haben die Gesamtvertragspartner in Teil B § 7 HVV 2009 umgesetzt. Danach wird bei Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit das im jeweiligen Abrechnungsquartal maßgebliche durchschnittliche RLV der entsprechenden Arztgruppe zugrunde gelegt (Nr. 1). Bei der Übernahme einer Praxis kann der Erwerber auf Antrag die Fallzahl des Praxisübergebers erhalten. Ist diese niedriger als die durchschnittliche Fallzahl der entsprechenden Arztgruppe des jeweiligen Vorjahresquartals, ist die Praxisübernahme als Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit zu behandeln (Nr. 2). Bei der Auflösung von arztgruppen- und schwerpunktleichen Berufsausübungsgemeinschaften können die Vertragsärzte einvernehmlich eine Aufteilung des RLV vereinbaren und der Beklagten mitteilen. Erfolgt bis zur Entscheidung des Zulassungsausschusses keine Mitteilung der beteiligten Ärzte, wird das RLV zu gleichen Teilen auf die Vertragsärzte aufgeteilt. Die Weiterführung der Arztpraxis ohne eine Praxisverlegung gilt nicht als Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit (Nr. 3). Praxisverlegungen, die mit einem Wechsel des Bedarfsplanungsbereichs oder der Arztgruppe verbunden sind, werden wie eine Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit behandelt (Nr. 4).

Die Regelungen in Teil F Nr. 3.5 EBewA-Beschluss 2009 bzw. in Teil B § 7 HVV 2009 enthalten der Sache nach Sonderregelungen für die RLV-Berechnung zum Schutz von unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen ("Wenigabrechner"), die sich - als Anfängerpraxen (Jungpraxen) - noch in der Anfangsphase der vertragsärztlichen Tätigkeit (Teil B § 7 Nr. 1 HVV 2009) bzw. in einer vergleichbaren Aufbausituation (Teil B § 7 Nr. 2, 4 HVV 2009) befinden. Solchen Praxen wird für die RLV-Berechnung der Fachgruppenspezifische Fallzahl (hinsichtlich der für die RLV-Berechnung maßgeblichen Fallzahl) zugestanden; sie werden von der für sie (noch) ungünstigen RLV-Berechnung nach arztindividuellen Fallzahlen freigestellt (Aufbaupraxenprivileg). Bei Auslegung und Anwendung des Aufbaupraxenprivilegs ist die ihm zugrundeliegende Rechtsprechung des BSG und außerdem zu beachten, dass das Aufbaupraxenprivileg im Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ([Art. 12 Abs. 1](#) und 3 Abs. 1 GG) verankert und damit letztendlich grundrechtsfundiert ist (vgl. BSG, Urteil vom 17.07.2013, - [B 6 KA 44/12 R](#) -, in juris Rdnr. 21).

Nach der dem Aufbaupraxenprivileg zugrundeliegenden Rechtsprechung des BSG (zu Fallzahlzuwachsbeschränkungsregelungen) muss im Ausgangspunkt gewährleistet sein, dass - so BSG, Urteil vom 17.07.2013, - [B 6 KA 44/12 R](#) - m.w.N., in juris - umsatzmäßig unterdurchschnittlich abrechnende Praxen die Möglichkeit haben, zumindest den durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe zu erreichen. Dem Vertragsarzt muss - wegen seines Rechts auf berufliche Entfaltung unter Berücksichtigung der Honorarverteilungsgerechtigkeit - 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 legitimerweise seine Position im Wettbewerb mit den Berufskollegen zu verbessern. Daher ist allen Praxen mit unterdurchschnittlichen Umsätzen die Möglichkeit einzuräumen, durch Umsatzsteigerung jedenfalls bis zum Durchschnittsumsatz der Fachgruppe aufzuschließen und damit ihre Praxis zu einer mit typischen Umsätzen auszubauen. Dies hat das BSG in zeitlicher Hinsicht dahingehend konkretisiert, dass Praxen in der Aufbauphase - die auf einen Zeitraum von drei, vier oder fünf Jahren bemessen werden kann - die Steigerung ihres Honorars auf den Durchschnittsumsatz sofort möglich sein muss, während dies anderen, noch nach der Aufbauphase unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen jedenfalls innerhalb von fünf Jahren ermöglicht werden muss. Die genaue Bestimmung des Zeitraums des Aufbaus einer Praxis, bei der es sich um eine Erstzulassung - so genannte Anfängerpraxis - oder um eine Neuzulassung nach vorheriger vertragsärztlicher Tätigkeit in einem anderen Planungsbereich handeln kann, ist der Regelung im HVV vorbehalten. Das BSG hat weiterhin darauf hingewiesen, dass solche Honorarsteigerungen jedenfalls durch Fallzahlerhöhungen möglich sein müssen, während es dies für Honorarsteigerungen durch Fallwerterhöhungen offengelassen hat (BSG, a. a. O.). Die Weitergeltung dieser Grundsätze - auch für die Zeit ab 2009 - ist durch die Einführung des RLV nicht in Frage gestellt worden; die Schutzbedürftigkeit der unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen besteht unabhängig von der Art der Honorarverteilungsregelungen (BSG, a.a.O. sowie Urteil vom 05.06.2013, - [B 6 KA 32/12 R](#) -, in juris). Für den Wachstumsanspruch der Jung- und Aufbaupraxen genügt es nicht, den Fachgruppenspezifischen Durchschnittsumsatz irgendwann erreichen zu können, sondern es muss möglich sein, die Steigerung bis zum Durchschnitt in effektiver Weise und in realistischer Weise zu erreichen. Dies erfordert allerdings nicht die Möglichkeit kontinuierlicher Steigerung, sondern es kommt lediglich auf das Ergebnis - die Möglichkeit, den Durchschnittsumsatz zu erreichen - an. Praxen mit unterdurchschnittlichem Umsatz müssen nicht von jeder Begrenzung des Honorarwachstums verschont werden. Ein Anspruch darauf, dass die Gesamtzahl der in einem Quartal behandelten Fälle jeweils sogleich dem RLV für dieses Quartal zugrunde gelegt wird, besteht nicht. Bestimmungen, die ein Honorarwachstum innerhalb eines gewissen Zeitraums unterbinden, sind nicht ausgeschlossen, sofern die Praxen in der nach Ablauf des Moratoriums verbleibenden Zeit noch die effektive, d. h. realistische, Möglichkeit haben, den Durchschnittsumsatz zu erreichen (BSG, Urteil vom 17.07.2013, [a.a.O.](#), insbesondere

zum - zulässigen - einjährigen Moratorium infolge der Berechnung des RLV nach Maßgabe der Fallzahlen des Vorjahresquartals (hier) gemäß Teil B § 5 Nr. 1 Satz 2 HVV 2009).

Davon ausgehend ist für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden MVZ hinsichtlich des zeitlichen Anwendungsbereichs eines im HVV geregelten Aufbaupraxenprivilegs auf den Gründungszeitpunkt des MVZ und nicht auf den Zeitpunkt der erstmaligen Zulassung der in das MVZ unter Zulassungsverzicht eintretenden Ärzte abzustellen; der von der Beklagten insoweit postulierte "Arztbezug" findet im Gesetz (in den für MVZ geltenden Vorschriften) keine Stütze und ist nicht statthaft (vgl. auch etwa LSG Bayern, Urteil vom 16.12.2015, - [L 12 KA 121/14](#) - unter Hinweis darauf, dass im Urteil des BSG vom 01.07.2013, - [B 6 KA 44/12 R](#) -, das Gründungsdatum des MVZ als Beginn der Aufbauphase benannt ist; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 19.02.2014, - [L 7 KA 68/12](#) -, jeweils in juris). Der im Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit verankerte Wachstumsanspruch und damit das Aufbaupraxenprivileg steht dem MVZ als an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmendem Leistungserbringer (§§ 72 Abs. 1 Satz 1, 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V) zu. Das MVZ und nicht die beim MVZ angestellten Ärzte steht mit anderen Leistungserbringern (anderen MVZ oder Einzelpraxen bzw. Berufsausübungsgemeinschaften) im (Wachstums-)Wettbewerb. Entsprechendes gilt für den sachlichen Anwendungsbereich des Aufbaupraxenprivilegs. Hierfür kommt es darauf an, ob das (in zeitlicher Hinsicht in der Aufbauphase befindliche) MVZ - als "Wenigabrechner" - (noch) unterdurchschnittlich abrechnet. Da die Ärzte des MVZ unterschiedlichen Arztgruppen angehören, ist (soweit die Ärzte den RLV-Regelungen unterworfen sind) hierfür die Summe der Fachgruppendurchschnittswerte (Fallzahlen) maßgeblich (ggf. entsprechend des Tätigkeitsumfangs der Ärzte gewichtet; vgl. LSG Bayern, Urteil vom 16.12.2015, - [L 12 KA 121/14](#) -, in juris Rdnr. 35; dazu auch LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 19.02.2014, - [L 7 KA 68/12](#) -, in juris Rdnr. 28).

Ergibt sich danach, dass das MVZ in zeitlicher und sachlicher Hinsicht den Schutz des Aufbaupraxenprivilegs beanspruchen kann, darf ihm dieser Schutz nicht durch (zu) enge Fassung der einschlägigen HVV-Regelungen vorenthalten werden. Das wäre mit der Verankerung des dem Aufbaupraxenprivileg zugrundeliegenden Wachstumsanspruchs im - höherrangigen - Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit (Art. 12 Abs. 1 und 3 Abs. 1 GG) nicht vereinbar. Auf diesen Grundsatz bzw. die Grundrechte aus Art. 12 Abs. 1 und 3 Abs. 1 GG kann sich auch das MVZ berufen (Art. 19 Abs. 3 GG), für das die sich auf Ärzte beziehenden Vorschriften zudem entsprechend gelten (§ 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Ist das im HVV geregelte Aufbaupraxenprivileg daher lückenhaft, müssen die offenen Regelungslücken (Schutzlücken) - soweit dem der Wortlaut der jeweiligen Regelungen nicht unüberwindbar im Wege steht - durch verfassungskonforme Auslegung bzw. durch entsprechende Anwendung der einschlägigen HVV-Bestimmungen geschlossen werden.

b) Hier steht das MVZ der Klägerin im zeitlichen Schutzbereich des in Teil B § 7 HVV 2009 geregelten Aufbaupraxenprivilegs. Es nimmt seit 01.10.2007 (Quartal 3/2007) an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Das streitige Quartal 1/2009 stellt daher (erst) das 7. Quartal seit Zulassung dar, weshalb sich das MVZ nach Maßgabe der vorstehend dargestellten Rechtsgrundsätze in diesem Quartal - als Aufbau-MVZ - (noch) in der Aufbauphase befunden hat. Der Zeitpunkt der Zulassung der im MVZ der Klägerin angestellten Dres. L. (in den Jahren 1990 und 1993) ist nicht maßgeblich.

Das MVZ der Klägerin steht auch im sachlichen Schutzbereich des Aufbaupraxenprivilegs. Es hat im Quartal 1/2009 - gemessen am Fachgruppendurchschnitt der Internisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie (Dr. K.-H. L.) und der Allgemeinärzte (Dr. U. L.) - unterdurchschnittlich abgerechnet, ist also "Wenigabrechner" gewesen. Das ergibt sich aus den von der Beklagten im Schriftsatz vom 26.09.2016 vorgelegten Abrechnungsunterlagen und ist unter den Beteiligten nicht streitig.

Das Aufbaupraxenprivileg in Teil B § 7 HVV 2009 ist lückenhaft (vgl. auch für die Zeit ab 01.07.2009 die Ergänzung des Teil B § 7 Nr. 1 HVV 2009 um eine Regelung für "Jungraxen"). Es ist im Kern ersichtlich (nur) auf die Tätigkeit der Vertragsärzte in Einzel- und Gemeinschaftspraxen (Berufsausübungsgemeinschaften) - als Aufbaupraxen - ausgerichtet; Regelungen für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden MVZ - als Aufbau-MVZ - sind nicht getroffen worden. Diese Regelungslücke (Schutzlücke) muss nach Maßgabe der vorstehend dargestellten Rechtsgrundsätze geschlossen werden; sie kann ohne Verletzung des Wachstumsanspruchs des Aufbau-MVZ bzw. ohne Verletzung des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit (Art. 12 Abs. 1 und Art. 3 Abs. 1 GG) nicht offen bleiben. Die (hier vorliegende) Fallgestaltung, dass ein Arzt auf seine Zulassung zum Zweck der Anstellung in einem MVZ verzichtet, ist nach Auffassung des Senats daher aus Gründen übergeordneten Rechts (und nicht wegen der von der Klägerin postulierten Bezugnahme auf die Regelungen in § 103 Abs. 4a SGB V) der "Übernahme einer Praxis" i.S.d. Teil B § 7 Nr. 2 HVV 2009 gleichzustellen. Der Wortlaut der genannten Regelung steht mit dem Begriff der "Übernahme einer Praxis" weder ihrer (verfassungskonformen) Auslegung noch ihrer entsprechenden Anwendung in diesem Sinne entgegen. Auch eine vergleichbare Interessenlage liegt vor. Es steht jeweils der Schutz des (neuen) Leistungserbringers in Rede, der für seine (weitere) Leistungserbringung auf der Leistungserbringung in der (vormaligen) Praxis eines anderen Leistungserbringers aufbaut und der sich insoweit (sachlich) in einer Aufbausituation befindet. Er soll nach Maßgabe des Teil B § 7 Nr. 2 Satz 2 i.V.m. Nr. 1 HVV 2009 vergütungsrechtlich (sogleich) "Anspruch auf den Fachgruppendurchschnitt" haben. Dieser Schutzzweck gilt gleichermaßen für den Übernehmer einer (vormaligen) Praxis (im eigentlichen Sinn) wie für das MVZ, in das ein Arzt seine (vormalige) Zulassung (seine vormalige Praxis) einbringt. Die Einwendungen der Beklagten, die auf die Systematik des Teil B § 7 HVV 2009 und darauf abstellt, bei der in Rede stehenden Fallgestaltung liege lediglich ein Statuswechsel, jedoch keine schutzbedürftige Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit vor, können angesichts der dargestellten Grundsätze zur Anwendung des Aufbaupraxenprivilegs und dessen Verankerung im höherrangigen (Verfassungs-)Recht nicht überzeugen.

Die Beklagte wird danach das RLV des MVZ der Klägerin für das streitige Quartal 1/2009 insoweit neu festsetzen müssen, als das auf Dr. K.-H. L. entfallende (Teil-)RLV in (entsprechender) Anwendung des Teil B § 7 Nr. 2 Satz 2 i.V.m. Nr. 1 HVV 2009 - wie von der Klägerin im Schreiben vom 30.04.2009 beantragt - nach Maßgabe der (höheren) Fallzahl des Fachgruppendurchschnitts zu berechnen ist. Das Aufbaupraxenprivileg gebietet indessen nicht auch die von der Klägerin in diesem Zusammenhang ebenfalls begehrte Anwendung eines arztindividuellen Anpassungsfaktors von 1,0 für Neupraxen. Hierfür findet sich in Teil B § 7 HVV 2009 keine Stütze.

2.) Der Klägerin steht der 10%-Aufschlag nach Teil B § 5 Nr. 5 HVV 2009 nicht zu. Der Senat teilt die Auffassung des SG und der Beklagten; auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils wird insoweit Bezug genommen (§ 153 Abs. 2 SGG). Die Ungleichbehandlung der arztgruppengleichen und arztgruppenverschiedenen Berufsausübungsgemeinschaften bzw. der MVZ ist sachlich gerechtfertigt; das SG hat das in seinem Urteil näher dargelegt, worauf Bezug genommen wird (§ 153 Abs. 2 SGG). Das BSG hat Bedenken insoweit ebenfalls nicht geäußert (vgl. BSG, Urteil vom 11.12.2013, - [B 6 KA 4/13 R](#) -, in juris Rdnr. 13).

III. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 155 Abs. 1 Satz 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Streitwertfestsetzung beruht auf [§ 52 Abs. 2](#) Gerichtskostengesetz (GKG).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-10-19