L 7 KA 4/19

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
7.
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 87 KA 2303/15
Datum
12.12.2018
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 7 KA 4/19
Datum
21.12.2022
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Für die (erstmalige) Zuweisung eines QZV ist die Einräumung eines Wachstumsanspruchs dann nicht notwendig, wenn die Arztpraxis bereits ohne das QZV insgesamt ein überdurchschnittliches Honorar erzielt.

2. Eine fallzahlmäßig bereits überdurchschnittlich abrechnende Praxis kann die Ausnahme von der Mengenbegrenzung nicht allein mit einer unterdurchschnittlichen Fallzahl in einem Teilbereich (QZV) beanspruchen.

3. Verzichtet der Vertragsarzt aus wirtschaftlichen Gründen auf die Abrechnung von Leistungen aus einer bereits erteilten Abrechnungsgenehmigung im ersten Jahr, kann er im (folgenden)Abrechnungsquartal nicht deshalb die Regelungen für eine Aufbaupraxis in Anspruch nehmen.

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 12. Dezember 2018 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten des Verfahrens für beide Instanzen.

Die Revision wird nicht zugelassen

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die erstmalige Festsetzung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens (QZV) Nr. 10 (= für CT, d.h. für computertomographische Leistungen) in den Quartalen II/2014 und III/2014.

Der Kläger ist Facharzt für diagnostische Radiologie. Er nahm zunächst beginnend am 12. Juli 2004 als angestellter Arzt in der Poliklinik G, einer zur vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 311 Abs. 2 SGB V (in der bis zum 19. Oktober 2020 geltenden Fassung) zugelassenen Einrichtung des A Krankenhauses, an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Der Kläger beendete zum 30. September 2012 seine Tätigkeit als angestellter Arzt und übernahm ab dem 1. Oktober 2012 als

niedergelassener Arzt eine Praxis im Verwaltungsbezirk M (ehemals Praxis Dr. FN, Adresse: , heute wohl unter der Adresse: „“). Zum 1. April 2013 verlegte der Kläger seine Praxis in den Verwaltungsbezirk B

Mit Bescheiden vom 14. September 2005, vom 25. Januar 2012 und vom 7. Juni 2012 wurde der o.g. Poliklinik für den Kläger als bei der Einrichtung angestellter Arzt von der Beklagten eine Abrechnungsgenehmigung für die Durchführung von Leistungen in der Ganzkörper-Computertomographie einschließlich des Kopfes und Spinalkanals erteilt, in den Bescheiden aus dem Jahr 2012 jeweils „im Rahmen der Mitnutzung (Montag – Freitag von 18 – 20 Uhr) am Standort S Krankenhaus“. Die Abrechnungsgenehmigung für den Kläger galt nach dem übereinstimmenden Tenor der Bescheide allein im Rahmen seiner Tätigkeit in der zugelassenen Einrichtung und bezog sich ausschließlich auf Leistungen, die am Standort und mit dem näher benannten Gerät durch den Kläger persönlich erbracht wurden.

Am 21. Mai 2013 wurde dem Kläger (in Einzelpraxis) die Abrechnungsgenehmigung für CT-Leistungen einschließlich GOP 34504 und 34505 im Rahmen der Mitnutzung des CT-Geräts im S Krankenhaus in der Straße (Montag bis Freitag 18 – 20 Uhr) erteilt. Der Bescheid führte aus, dass die Genehmigung „im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit des Klägers an dem o.g. Standort“ ab Datum der Bescheiderteilung gelte. Der Bescheid ersetzt nach seinem Wortlaut die dem Kläger („Ihnen“) am 7. Juni 2012 erteilte Abrechnungsgenehmigung.

Der Kläger hat in den Quartalen ab II/III 2013 in seiner eigenen Praxis keine CT-Leistungen erbracht und abgerechnet. Er hat von der Abrechnungsgenehmigung vom 21. Mai 2013 keinen Gebrauch gemacht.

Zum 14. März 2014 erhielt der Kläger auf seinen Antrag vom 25. Januar 2014 erstmals selbst für seinen Praxisstandort B straße die Abrechnungsgenehmigung CT (mit Bescheid vom 14. März 2014). Die Genehmigung galt im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit des Klägers für den genannten Standort und für das näher benannte Gerät („Somatom Emotion 16“) sowie die persönlich erbrachten Leistungen. Der Bescheid enthielt den Hinweis, dass die Beklagte zur Kenntnis genommen habe, dass der Kläger an dem Standort S Krankenhaus mit Datum der Bescheiderteilung keine CT-Untersuchungen mehr durchführen werde. Unter Berufung darauf hebe sie die am 21. Mai 2013 erteilte Abrechnungsgenehmigung für die Leistungen am Standort S Krankenhaus mit Wirkung für die Zukunft auf.

Der Kläger erzielte in seiner Praxis in den Quartalen I/2014 - IV/2014 ein (Gesamt-)

Honorar wie folgt:

Quartal	Fallzahl Kläger	Honorar Kläger (Euro)	Fallwert Kläger (Euro)	Fallzahl Ø FachG	Honorar Ø FachG (Euro)	Fallwert Ø FachG (Euro)
I/2014	**1.891**	**99.605,24**	**52,67**	**1.309,85**	**88.891**	**67,86**
II/2014	**1.900**	**165.728,77**	**87,23**	**1.208,42**	**85.886**	**71,07**
III/2014	**2.034**	**177.442,82**	**87,24**	**1.251,25**	**88.314**	**70,58**
IV/2014	**1.930**	**159.137,45**	**82,45**	**1.211**	**81.012**	**66,86**

Der Kläger beantragte (erstmals) am 19. März 2014 und 12. Juni 2014 die Zuweisung des QZV Nr. 10 (CT) für die Quartale II/2014 bis I/2015 auf Basis des Vorjahres.

Mit zwei Bescheiden vom 24. Juni 2014 sowie vom 8. Juli 2014 lehnte die Beklagte die Zuweisung des (beantragten) QZV Nr. 10 für die Quartale II/2014 und III/2014 unter Berufung auf die Bestimmungen des Honorarverteilungsmaßstabs ab. Für den Kläger liege eine Abrechnungsgenehmigung für das QZV Nr. 10 bereits seit dem 7. September 2004 vor, er habe in den Vorjahresquartalen (2013) jedoch keine CT-Leistungen erbracht.

Die Widersprüche des Klägers, mit denen er u.a. darauf hinwies, dass die Abrechnungsgenehmigung vom September 2004 der Einrichtung erteilt worden sei, in der er seinerzeit als angestellter Arzt tätig war, wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 14. April 2015 zurück. Das QZV Nr. 10 sei nach Anlage 6 des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) leistungsfallbezogen bzw. auf der Grundlage einer durchschnittlichen Fallzahl zu berechnen und daher nur dann zuzuweisen, wenn mindestens ein Leistungsfall im Vorjahresquartal erbracht worden sei. Der Kläger habe bereits seit dem 21. Mai 2013 als niedergelassener Vertragsarzt eine Abrechnungsgenehmigung CT für seine Einzelpraxis gehabt. Er habe jedoch in den dann folgenden Quartalen bzw. Vorjahresquartalen keine Leistungen nach dem EBM Nr. 34310 bis 34360 und 34502 bis 34505 (= CT-Leistungen) erbracht.

Mit seiner am 13. Mai 2015 erhobenen Klage hat der Kläger sein Begehren vor dem Sozialgericht Berlin weiterverfolgt. Die im Wortlaut des § 10 des HVM errichteten Vorgaben würden von der Beklagten nicht stringent angewandt. Sie würde, wenn es um ein QZV gehe, für das eine Abrechnungsgenehmigung notwendig sei, dieses nach Neuerteilung der Abrechnungsgenehmigung regelmäßig bewilligen, auch wenn keine entsprechende Leistung im Vorjahresquartal erbracht worden sei. Außerdem habe die Beklagte die ab dem 1. Juli 2014 für Neupraxen im HVM enthaltene Neuregelung (in § 12 Abs. 2 HVM) für das Quartal III/2014 nicht zu seinen Gunsten angewandt. Es liege ein Verstoß gegen das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit und der leistungsgerechten Honorarverteilung vor. § 10 des HVM sei rechtswidrig. Denn bei

Radiologen und Nuklearmedizinern betrage der Anteil am QZV 90 % im Verhältnis zum Regelleistungsvolumen (RLV) von 10 %. Wenn die QZV erst nach Leistungserbringung im Vorjahresquartal gewährt würden, müssten diese Ärzte die entsprechenden Leistungen über vier Quartale erbringen, ohne ein Honorar bzw. nur ein quotiertes Honorar dafür zu erhalten. Aufgrund des hohen Finanzierungsaufwandes sei eine Verzögerung der Vergütung um vier Quartale aber unverhältnismäßig. Im Hinblick auf die Rechtswidrigkeit des § 10 HVM sei die das RLV betreffende Regelung des § 9 HVM auf das QZV entsprechend anzuwenden. Beim Kläger sei zudem zu berücksichtigen, dass ihm die Abrechnungsgenehmigung erst im Mai 2013 erteilt worden sei, radiologische Praxen aber nur auf Überweisung tätig würden und Anmeldefristen bestünden. Es sei ihm daher gar nicht mehr möglich gewesen, im 2. Quartal 2013 noch CT-Leistungen zu erbringen.

Für das Quartal III/2014 sei nicht nachvollziehbar, warum ihm das QZV trotz der Neuregelung in § 12 Abs. 2 Sätze 2-8 HVM nicht erteilt worden sei. In der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht hat der Kläger zusätzlich erläutert, dass ihm erst im März/April 2014 (u.a. vom TÜV) die notwendigen Genehmigungen zum Betrieb des CT-Geräts in seinen eigenen Praxisräumen erteilt worden seien. Die Mitnutzung des CT in der Großen Hamburger Straße sei für ihn praktisch kaum möglich gewesen, da dieses sowohl vom dortigen Krankenhaus als auch dem angeschlossenen MVZ belegt gewesen sei. Er habe sich daher entschieden, ein eigenes CT-Gerät erst nach Anschaffung und Inbetriebnahme eines Geräts für die Kernspintomographie anzuschaffen. Es sei ihm zudem telefonisch von der Beklagten zugesagt worden, dass er bei Anschaffung eines CT als Neupraxis behandelt werde.

Die Beklagte hat vorgetragen, für Neuzulassungen sei zum 1. Juli 2014 eine Neupraxenregelung im HVM geschaffen worden. Damit sei sie ihrer Beobachtungs- und Reaktionspflicht nachgekommen. Der Kläger habe aber auch in den Quartalen nach Erteilung der Abrechnungsgenehmigung am 21. Mai 2013 keine CT-Leistungen erbracht. Selbstverständlich würde bei Jungpraxen darauf geachtet, dass, soweit eine Abrechnungsgenehmigung erteilt worden sei, diese Praxis in den Vorjahresquartalen noch keine Leistungen des beantragten QZV habe abrechnen können. Diese Verfahrensweise gelte im Quartal der Erteilung der Abrechnungsgenehmigung sowie in den drei hieran anschließenden Quartalen. Unter Anwendung dieser Verfahrensweise wäre die Beklagte für den Kläger nur dann zu einer Zuweisung des beantragten QZV Nr. 10 für die streitigen Quartale gekommen, wenn in den entsprechenden Vorjahresquartalen tatsächlich Leistungen des QZV Nr. 10 erbracht worden wären; dies sei aber trotz des Vorliegens der Abrechnungsgenehmigung ab Mitte des Quartals II/2013 nicht der Fall.

Mit Urteil vom 12. Dezember 2018 hat das Sozialgericht die beiden Bescheide der Beklagten über die Ablehnung der Zuweisung des QZV Nr. 10 für die beiden Quartale II/2014 und III/2014 jeweils in Gestalt des Widerspruchsbescheides aufgehoben und die Beklagte verpflichtet, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut über die Zuweisungen des QZV für die genannten Quartale zu entscheiden. Rechtsgrundlage für die Erteilung des QZV sei § 87b Abs. 2 SGB V in der Fassung vom 22. Dezember 2011 i.V.m. Teil B § 10 HVM II/2014 und III/2014 sowie § 12 Abs. 2 Satz 5 bis 8 HVM, gültig ab dem 1. Juli 2014 i.V.m. Anl. 6 § 9 Abs. 2 HVM II/2014 und III/2014. Die Regelung des § 10 HVM II/2014 über die Erteilung des QZV sei rechtswidrig, weil sie keine Regelung für eine Aufbaupraxis enthalte. Auch die Neuregelung des § 12 Abs. 2 Sätze 2 bis 8 HVM III/2014 ab dem 1. Juli 2014 sei rechtswidrig, weil sie keine Regelung dazu enthalte, wie lange von der Regelung zur Aufbaupraxis Gebrauch zu machen sei.

Die Beklagte habe bei der Ausgestaltung der streitgegenständlichen Honorarverteilungsregelungen das ihr eingeräumte Gestaltungsermessen überschritten. Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts müssten im Rahmen der Regelungen der Leistungsmengen durch RLV und QZV umsatzmäßig unterdurchschnittlich abrechnende Praxen die Möglichkeit erhalten, zumindest den durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe zu erreichen. Dem Vertragsarzt müsse wegen seines Rechts auf berufliche Entfaltung unter Berücksichtigung der Honorarverteilungsgerechtigkeit die Chance bleiben, neue Patienten für sich zu gewinnen und so seine Position im Wettbewerb mit den Berufskollegen zu verbessern. Daher sei allen Praxen mit unterdurchschnittlichen Umsätzen die Möglichkeit einzuräumen, durch Umsatzsteigerung jedenfalls bis zum Durchschnittsumsatz der Fachgruppe aufzuschließen und damit ihre Praxis zu einer solchen mit typischen Umsätzen auszubauen (Verweis auf BSG, Urteil vom 17. Juli 2013, B 6 KA 44/12 R, Rdnr. 18). Daraus folge, dass Praxen in der Aufbauphase die Steigerung ihres Honorars auf den Durchschnittsumsatz sofort möglich sein müsse. Dabei bemesse das Bundessozialgericht die Dauer der Aufbauphase mit einem Zeitraum von drei bis fünf Jahren. Diese Grundsätze gälten unabhängig von der Art der Honorarverteilungsregelungen (Verweis auf BSG, aaO, Rdnr. 19f.).

Gemäß den für die streitgegenständlichen Quartale (II/2014 und III/2014) geltenden Regelungen in § 10 Abs. 2 HVM i.V.m. Anl. 6 HVM erfolge die Berechnung des vom Kläger begehrten QZV Nr. 10 danach, ob im Vorjahresquartal ein Leistungsfall erbracht worden sei. Diese Vorgabe gelte nach § 9 auch für das RLV. Aufgrund der Änderung des HVM zum 1. Juli 2014 sei zwar in § 12 ein neuer Absatz 2 für neu niedergelassene Ärzte eingefügt worden. Diese Neuregelung sei u.a. rechtswidrig, weil sie für die Aufbaupraxen allein Regelungen für den Fall enthalte, dass sich ein Arzt neu niedergelassen habe und nicht für die Fälle, in denen einem Arzt eine neue Abrechnungsgenehmigung erteilt werde und diese ihn berechtige, Leistungen im Rahmen eines neu zu beantragenden QZV zu erbringen. Im Rahmen des QZV seien aber gerade diese Fälle denen einer Aufbaupraxis gleichzusetzen, da sonst die Leistungen für QZV, die von einer Abrechnungsgenehmigung abhingen, über ein (ganzes) Jahr ohne entsprechendes Honorarvolumen erbracht werden müssten.

Die Praxis der Beklagten, allein in dem Quartal der Abrechnungsgenehmigung und den drei folgenden Quartalen von der o.g. Regelung für Neupraxen Gebrauch zu machen, verstoße gegen die Grundsätze des Bundessozialgerichts zur Aufbaupraxis. Dieses gehe von drei Jahren als Untergrenze für die Annahme einer Aufbaupraxis aus. Aus § 12 Satz 1 HVM (bis II/2014) ergebe sich, dass die Beklagte im Rahmen des RLV selbst die Regelungen für eine Aufbaupraxis über zwölf Quartale anwende.

Für das QZV Nr. 10 (für CT-Leistungen) sei die Praxis des Klägers als Aufbaupraxis zu behandeln. Dabei habe die Zeit der Aufbaupraxis erst mit Erteilung der Abrechnungsgenehmigung für das CT in Bam 14. März 2014 begonnen. Denn die zuvor am 21. Mai 2013 erteilte Abrechnungsgenehmigung sei für die Mitnutzung eines CT-Geräts im S Krankenhaus in der Straße erteilt worden. In seiner eigenen Praxis (in C) habe der Kläger als niedergelassener Arzt erst im April 2014 ein CT-Gerät angeschafft und sämtliche Genehmigungsvoraussetzungen dafür erfüllt. Erst ab diesem Zeitpunkt sei es ihm möglich, tatsächlich als niedergelassener Arzt CT-Leistungen im üblichen Umfang zu erbringen. Folgerichtig habe er auch erst zum 1. April 2014 das „QZV CT“ beantragt. Selbst wenn bereits seit Mitteilung der ersten Abrechnungsgenehmigung am 21. Mai 2013 die Zeit als Aufbaupraxis begonnen habe, seien die Regelungen zur Berechnung des QZV als Aufbaupraxis in den streitigen Quartalen noch anzuwenden. Auf ihre Beobachtungs- und Reaktionspflicht könne sich die Beklagte nicht berufen, denn es gehe nicht um die Anpassung bestehender Regelungen an tatsächliche Änderungen durch einen Punktwertverfall oder auch neue medizinisch-technische Erkenntnisse. Vielmehr sei das Fehlen einer Regelung für eine Aufbaupraxis von Anfang an rechtswidrig, ohne dass es einer Beobachtungszeit bedürfe.

Infolge der Rechtswidrigkeit des § 10 HVM II/2014 und § 12 Abs. 2 des HVM III/2014 sei die Beklagte verpflichtet, eine neue, rechtmäßige Vorschrift für die Berechnung des QZV im Falle der Neuerteilung einer Abrechnungsgenehmigung, die Voraussetzung für das QZV selbst sei, zu schaffen und dem Kläger auf dieser Grundlage das QZV Nr. 10 für die streitigen Quartale zu erteilen.

Unabhängig davon, dass die Beklagte aufgrund des rechtswidrigen HVM bereits die Tatbestandsvoraussetzung für die Erteilung des QZV unzutreffend gesetzt habe, habe sie auch ihr Ermessen nicht rechtsfehlerfrei ausgeübt. Denn sie habe die gesetzlichen Grenzen überschritten, konkret sich nicht an ihre eigene Verwaltungspraxis gehalten. Sie habe vielmehr zunächst aufgrund eines Irrtums angenommen, dass hinsichtlich der Erteilung des QZV Nr. 10 beim Kläger ihre Praxis bei Neuerteilung der Abrechnungsgenehmigung nicht anzuwenden sei und diesen Irrtum auch später nicht berichtigt.

Die Beklagte hat gegen das ihr am 27. Dezember 2018 zugestellte Urteil am 25. Januar 2019 Berufung eingelegt. Der Umstand, dass § 10 HVM (für II/2014) keine Regelung zu den Aufbaupraxen enthalten habe, hätte nicht zu ihrer Verurteilung führen dürfen, weil das Sozialgericht alle Honorarregelungen des HVM in seine Entscheidung hätte einbeziehen müssen. Bereits mit Urteil vom 14. Dezember 2016 habe die 22. Kammer des Sozialgerichts Berlin (in einem weiteren Verfahren des Klägers) entschieden, dass die Regelung des § 12 Satz 4 HVM (II/2014) entsprechend auf das QZV des Klägers gemäß Anlage 6 Nr. 33 (= MRT-Leistungen) angewandt und dementsprechend die Leistungsanforderungen dem Grunde nach bis zur durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe vergütet würden. Wenn schon die Wachstumsregelung aus § 12 Satz 4 HVM (II/2014) zum RLV entsprechend auf das QZV angewandt werden könne, dann müsse eine analoge Anwendung der übrigen Vorgaben aus § 12 HVM auch im Hinblick auf die Zuweisung von QZV gelten. In dem zitierten Urteil des Sozialgerichts Berlin werde ferner im Hinblick auf die Rechtsprechung des BSG (B 6 KA 32/12 R, Rdnr. 50) ausgeführt, dass die Grundsätze zum zulässigen Wachstum unabhängig von der konkreten Ausgestaltung zulässiger Honorarbegrenzungsregelung gälten. Die Chance, neue Patienten zu gewinnen und hierdurch Umsatz zu steigern, ziele danach nicht auf bestimmte Honorarverteilungsregelungen, sondern auf das Ergebnis der Honorarverteilung, d.h. es komme nicht darauf an, wie die Honorarverteilungsregelungen im Einzelfall ausgestaltet seien und welchen Zweck sie verfolgten, sondern wie sie sich letztlich auf den Honoraranspruch des Vertragsarztes auswirkten. Gemessen daran wäre es dem Kläger durch die entsprechende Anwendung der für das RLV bestehenden Regelungen und speziell § 12 HVM möglich, den durchschnittlichen Umsatz seiner Fachgruppe zu erreichen. Einer Regelung für die Aufbauphase in § 10 HVM habe es mithin nicht bedurft. Allerdings komme vorliegend die Regelung des § 12 HVM für die Praxis des Klägers nicht zur Anwendung, denn dieser habe bereits ab dem dritten Quartal seiner Tätigkeit in Einzelpraxis die durchschnittlichen Fallzahlen um den durchschnittlichen Umsatz der Fachgruppe erreicht. Der Kläger habe ab dem 2. Quartal 2013 höhere Fallzahlen bzw. höhere Honorare als seine Fachgruppe erzielt. In den Quartalen II/2013 und III/2013 wären die ausgezahlten Gesamthonorare (noch) höher ausgefallen, wenn die Honorare des Klägers in diesen beiden Quartalen nicht im Zusammenhang mit der Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten gekürzt worden wären. Ungeachtet dessen seien die Honorare des Klägers trotz der Honorarkürzung in den genannten Quartalen fast entsprechend dem Durchschnitt der Fachgruppe ausgefallen bzw. noch weit über dem Fachgruppendurchschnitt. Dieser Trend habe sich auch in den folgenden Quartalen und insbesondere in den beiden streitbefangenen Quartalen fortgesetzt. Insgesamt habe der Kläger bereits ab dem 2. Quartal 2013 das Ziel des BSG, wonach die Aufbaupraxen das Honorar auf den Durchschnittsumsatz steigern könnten, bereits erreicht. Dementsprechend habe er sich nicht mehr in der Aufbauphase befunden. Ohne die Sonderregelung des § 12 HVM würde die Regelung des § 10 HVM für den Kläger zur Anwendung kommen. Dies bedeute, dass jeder Vertragsarzt dann eine Zuweisung für ein bestimmtes QZV erhalte, wenn er im Vorjahresquartal Leistungen aus dem QZV erbracht habe, was bei dem Kläger unstreitig nicht der Fall gewesen sei, obwohl er ab dem 2. Quartal 2013 die Abrechnungsgenehmigung für CT-Leistungen für seine Einzelpraxis gehabt habe. Zwar habe es sich dabei um eine Mitbenutzung (im St. Hedwig-Krankenhaus) gehandelt, jedoch habe es diese dem Kläger ermöglicht, Fallzahlen zu erbringen, auch wenn er sicherlich über das Gerät nicht wie über ein eigenes habe verfügen können.

Würde der Kläger nunmehr für die hier streitbefangenen Quartale noch eine Zuweisung des QZV Nr. 10 erhalten, könne er sein bereits über dem Fachgruppendurchschnitt liegendes Honorar noch weiter steigern. Darauf habe er auch als Aufbaupraxis keinen Anspruch (Hinweis auf BSG, B 6 KA 1/09 R, Rdnr. 15). Da es sich bei der fehlenden Zuweisung des QZV nicht um eine Fallzahlzuwachsregelung handele, bestehe für den Kläger kein Anspruch auf Teilhabe an der Honorarverteilung, die über den Umsatz des Fachgruppendurchschnitts hinausgehe.

Die zum 1. Juli 2014 erfolgte Neuregelung des § 12 Abs. 2 Satz 5 - 8 HVM sei nicht deshalb unwirksam, weil sie keine Regelung dazu enthalte, wie lange die Ausnahmeregelungen für die Aufbaupraxis zur Anwendung gelangen sollten. Auch insoweit kämen die bestehenden Regelungen zum RLV zur Anwendung, die die Aufbauphase mit zwölf Quartalen angäben. Außerdem werde das durchschnittliche Honorar

der Fachgruppe der Radiologen nicht nur auf der Grundlage der Abrechnung eines bestimmten QZV ermittelt. In dem bereits zitierten Urteil der 22. Kammer des Sozialgerichts Berlin werde ausgeführt, dass der HVM der Beklagten insgesamt 11 QZV für die Fachgruppe 33 vorsehe, die allesamt leistungsfallbezogen vergütet würden und die in unterschiedlicher Weise das unterschiedliche Honorar der Fachgruppe bestimmten. Zudem sei zu berücksichtigen, dass die verschiedenen Budgets für RLV und die QZV untereinander verrechnet werden könnten. Dementsprechend könnten unternehmerische Entscheidungen, wie z.B. die Änderung des Leistungsspektrums, durch das bestehende Budget zum Teil aufgefangen werden und nach Ablauf des einjährigen Moratoriums könne dann ein eigenes Budget für das neue QZV beansprucht werden. Auch für das 3. Quartal 2014 gelte, dass der Kläger mit seinen Fallzahlen und dem Honorar über den Durchschnittswerten seiner Fachgruppe gelegen und die Aufbauphase bereits im Quartal II/2013 hinter sich gelassen habe. Das Zugestehen von Zuwachsmöglichkeiten für alle Praxen würde, so das BSG, im Ergebnis die Honorarbegrenzungsmaßnahmen im HVM der Beklagten unterlaufen und trete in einen Wertungswiderspruch zu § 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V in der dortigen Zielsetzung, über eine Punktwertstabilisierung den Vertragsärzten die Kalkulierbarkeit ihrer Einnahmen aus vertragsärztlicher Tätigkeit zu verbessern. Es liege schließlich kein Verstoß gegen die Honorarverteilungsgerechtigkeit vor, denn die Beklagte sei mit Blick darauf, dass die Höhe des Honorars von verschiedenen Faktoren abhänge (u.a. Leistungsanforderung, Budgetüberschreitung insgesamt) nicht verpflichtet, bei der Zuweisung der QZV an die einzelne Arztpraxis zu berücksichtigen, ob und welchen Anteil die QZV-Leistungen an den zu honorierenden Praxisleistungen hätten.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 12. Dezember 2018 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Entscheidung der Beklagten über das QZV sei bereits deshalb rechtswidrig, weil sie fälschlicherweise davon ausgegangen sei, dass der Kläger im jeweiligen Vorjahresquartal eine Abrechnungsgenehmigung für seine Praxis für das CT besessen und keine Leistung abgerechnet habe. Das sei ihm aber erst ab April 2014 im üblichen Umfang möglich gewesen. Auf die Abrechnungsgenehmigung als angestellter Arzt oder das mitgenutzte CT-Gerät in der G Straße komme es nicht an. Die Abrechnungsgenehmigung vom 21. Mai 2013 habe sich auf ein CT-Gerät zur optionalen Mitnutzung in der zentralen Röntgenabteilung des S-Krankenhauses in M bezogen. Dieses hätte sich der Kläger mit anderen Ärzten des Krankenhauses und anderen ambulant tätigen Ärzten teilen müssen. Zudem hätte die Nutzung dieses Geräts für Notfälle, insbesondere für den Klinikbetrieb inklusive Rettungsstelle, stets Vorrang gehabt. Ihm, dem Kläger, hätten damit faktisch keine zumutbaren Nutzungszeiten zur Verfügung gestanden. Aus diesem Grund habe er aufgrund der im Mai 2013 erteilten Abrechnungsgenehmigung in der vertragsärztlichen Versorgung keine CT-Leistungen erbracht. Der Beklagten sei es zudem verwehrt, im Berufungsverfahren einen gänzlich anderen Sachverhalt vorzutragen und damit Gründe nachzuschieben. Dazu gehöre der Vortrag, dass angeblich eine Überschreitung des Honorardurchschnitts der Fachgruppe vorliege. Damit werde der Verwaltungsakt in seinem Wesen verändert. Der Hinweis der Beklagten auf die Entscheidung des Sozialgerichts Berlin (22. Kammer) sei bereits deshalb unzutreffend, weil Streitgegenstand jenes Rechtsstreits nicht die Frage gewesen sei, ob ein QZV erteilt werden müsste, sondern in welcher Höhe. Inhaltlich habe sich die 22. Kammer in ihrer Entscheidung nicht mit der Frage befasst, ob die Voraussetzungen einer Analogie zu § 12 HVM überhaupt vorlägen. Die Regelungen der Beklagten im HVM über die Zuweisung von QZV seien auch deshalb rechtswidrig, weil sie alle Arztgruppen gleichbehandelten, obwohl der Anteil der QZV an den der Budgetierung unterliegenden Leistungen höchst unterschiedlich sei. Bei einigen Arztgruppen liege er bei 50 %, bei anderen Arztgruppen dagegen zwischen 15-20 %, bei den Radiologen liege er bei fast 90 %, und das vor dem Hintergrund, dass die Leistungen mit der Anschaffung von Geräten mit hohen finanziellen Investitionen verbunden seien. Die Regelung, wonach im Gegensatz zum RLV ein QZV erst dann zugewiesen werde, wenn im Vorjahresquartal entsprechende Leistungen erbracht und abgerechnet worden seien, habe vor diesem Hintergrund von Arztgruppe zu Arztgruppe höchst unterschiedliche Auswirkungen. Das verstoße gegen das Differenzierungsgebot des Art. 3 GG. Die Tatsache, dass der Kläger allein mit seinen MRT-Leistungen ein Honorar erziele, das über dem Durchschnitt der Arztgruppe liege, führe zu keinem anderen Ergebnis. Auch die von der Beklagten angeführte BSG-Rechtsprechung besage nicht, dass eine Aufbaupraxis kein Honorar erzielen dürfe, das über dem Durchschnitt der Arztgruppe liege und dass die Überschreitung des Arztgruppendurchschnitts unter allen Umständen honorarbeschränkende Maßnahmen rechtfertige, um Altpraxen zu schützen. Die Richtigkeit der von der Beklagten im Verfahren angeführten Zahlen werde schließlich bestritten, da sie von den Angaben in den Bescheiden über die Zuweisung des RLV-/QZV-Volumens abwichen.

Wegen des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird im Übrigen auf den Inhalt der Gerichtsakte und des Verwaltungsvorgangs der Beklagten Bezug genommen, der, soweit wesentlich, Gegenstand der Erörterung in der mündlichen Verhandlung und der Entscheidungsfindung war.

Entscheidungsgründe

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten (§§ 143, 144, 151 Sozialgerichtsgesetz – SGG) gegen das Urteil des

Sozialgerichts vom 12. Dezember 2018 ist zulässig und begründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Neubescheidung seines Antrags auf Zuweisung eines QZV in den Quartalen II und III/2014. Die zwei Bescheide der Beklagten vom 24. Juni 2014 sowie vom 8. Juli 2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. April 2015 sind rechtmäßig.

Rechtsgrundlage für die Zuweisung eines QZV ist § 87b Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in der Fassung vom 22. November 2011 (gültig ab dem 1. Januar 2012) i.V.m. dem Honorarverteilungsmaßstab der Beklagten für das zweite und dritte Quartal 2014.

Gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V hat der Verteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Regelungen vorzusehen, die verhindern, dass die Tätigkeit des Leistungserbringers über seinen Versorgungsauftrag nach § 95 Abs. 3 SGB V oder seinen Ermächtigungsumfang hinaus übermäßig ausgedehnt wird; dabei soll dem Leistungserbringer eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe seines zu erwartenden Honorars ermöglicht werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat u.a. Vorgaben zu den Regelungen des Absatzes 2 Satz 1 bis 3 zu bestimmen; diese sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu beachten (§ 87b Abs. 4 SGB V). Maßgebend ist im Fall des Klägers für das Quartal II/2014 der HVM in der Fassung des Beschlusses der Vertreterversammlung vom 14. November 2013, geändert mit Wirkung zum 1. Januar 2014 durch Beschluss vom 12. Dezember 2013 (nachfolgend: HVM II/2014), für das Quartal III/2014 in der Fassung des zum 1. Juli 2014 getroffenen Beschlusses vom 15. Mai 2014 (nachfolgend: HVM III/2014).

Für die Zuweisung des QZV bestimmt § 10 HVM für 2014 in der für beide Quartale gleichlautenden Fassung:

1. Für die in ANLAGE 6 HVM aufgeführten Leistungsbereiche werden qualifikationsgebundene Zusatzvolumina gebildet. Ein Arzt hat Anspruch auf die arztgruppenspezifischen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina, wenn

- er mindestens eine Leistung des entsprechenden qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens im jeweiligen Vorjahresquartal erbracht hat und
- er die zutreffende Gebiets- bzw. Scherpunktbezeichnung führt. Unterliegt die Voraussetzung zur Erbringung von in qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina aufgeführten Leistungen einer Qualifikation nach § 135 Abs. 2 SGB V, § 137 SGB V oder dem Führen einer Zusatzbezeichnung ist der Nachweis zusätzlich erforderlich

oder

- die Versorgung der Versicherten mit einer Leistung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens aus Sicherstellungsgründen notwendig ist.

2. Die Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina erfolgt je RLV-Fall nach § 9 Abs. 2 HVM oder je Leistungsfall. Ein Leistungsfall liegt vor, sofern im Behandlungsfall des Vorjahresquartals mindestens eine Leistung des Leistungskatalogs des entsprechenden qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens abgerechnet worden ist. […] 6Für jeden in ANLAGE 6 HVM aufgeführten Leistungsbereich ist dargestellt, ob sich das qualifikationsgebundene Zusatzvolumen je RLV-Fall oder je Leistungsfall berechnet.

In ANLAGE 6 zum HVM ist CT als QZV Nr. 10 für die Fachärzte für Diagnostische Radiologie benannt und die Fallzählung für das QZV mit einem „L“ (= Leistungsfall in Abgrenzung zum RLV-Fall) angegeben.

Der Kläger erfüllt die honorarvertraglich bestimmten Voraussetzungen für die Zuweisung eines QZV nach § 10 Abs. 1 HVM in Verbindung mit ANLAGE 6 für beide streitbefangenen Quartale nicht. Er begehrt das QZV für einen Leistungsbereich, der in ANLAGE 6 zum HVM 2014 mit der QZV-Nr. 10 benannt ist, nämlich die CT-Leistungen. Auch gehört er zur Gruppe der dort genannten Fachärzte für Diagnostische Radiologie. Schließlich kann er für die streitigen Quartale die für die Erbringung der CT-Leistungen notwendige Qualifikation nachweisen. Gemäß § 135 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 2 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und - therapie vom 10. Februar 1993 in der hier maßgeblichen ab 1. Oktober 2009 geltenden Fassung (Anlage zum BMV [3] und EKV [3]) ist die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Strahlendiagnostik und –therapie in der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung einer Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung zulässig. Die Voraussetzungen für die Genehmigungserteilung werden in der o.g. Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und - therapie nach § 135 Abs. 2 SGB V definiert.

Der Kläger hat jedoch in den für die hier streitigen Quartale relevanten Vorjahresquartalen keine Leistungen des Leistungsbereichs der QZV Nr. 10 erbracht. Die gemäß § 10 HVM (2014) relevanten jeweiligen Vorjahresquartale sind die Quartale II/2013 und III/2013. Zwar definiert der HVM selbst das „jeweilige Vorjahresquartal“ nicht explizit. Der verwendete Sprachgebrauch zur Bezeichnung der für die Berechnung von RLV und QZV maßgebenden Quartale ist auch innerhalb des HVM insoweit nicht einheitlich. So verwendet § 9 Abs. 1 HVM den Begriff für das RLV gleichlautend wie § 10 HVM für das QZV, demgegenüber umschreibt § 11 Satz 2 Nr. 5 HVM das Vorjahresquartal eher funktionell, nämlich mit dem Begriff des „Aufsatzquartals“. Beide Begriffe sind aber überkommen und feststehend und meinen – insoweit

gleichbedeutend für die RLV wie QZV – übereinstimmend das Quartal des kalendermäßig unmittelbar vorausgegangenen Kalenderjahres, das dem Quartal, für welches das RLV/QZV festgelegt werden soll, entspricht. Davon geht auch bereits die Gesetzesbegründung zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) zur Fassung des § 87b SGB V zum 1. April 2007 aus (BT-Drs. 16/3100 S. 125 - Zu § 85 Abs. 3: „Zu rekurrieren ist grundsätzlich auf die tatsächliche Patientenzahl des Vertragsarztes in den zurückliegenden vier Quartalen, die Patientenzahlen des vergangenen Jahres“). Das zum 1. Januar 2012 in Kraft getretene Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) und die damit verbundene Neufassung des § 87b SGB V hat insoweit keine Änderung gebracht. Eine davon abweichende Bedeutung ist auch im Einzelfall vom Sinn und Zweck der Instrumente von Teil II des HVM [„Arztindividuelle Mengensteuerung (RLV, QZV)] nicht getragen. Diese sollen einerseits Kalkulationssicherheit vermitteln, andererseits die Menge der Leistungen arztindividuell begrenzen (vgl. auch § 8 Abs. 7 und Abs. 8 HVM 2014).

Voraussetzung für die Zuweisung des QZV für das Quartal II/2014 ist demgemäß, dass mindestens ein einziger Leistungsfall im Vorjahresquartal abgerechnet wurde, eine Ausnahme davon sieht der Wortlaut des HVM nicht vor. Erst § 12 Abs. 2 HVM des HVM mit Wirkung ab dem 1. Juli 2014 (HVM III/2014), enthält insoweit Ausnahmen (auch) für das QZV (für Neupraxen). Diese erfassen aber allein das Quartal III/2014 (dazu sogleich unter 2.), die Regelung kann den Abrechnungszeitraum davor, damit das Quartal II/2014, nicht erfassen.

1. Für das Quartal II/2014 erweist sich die Anwendung des § 10 des HVM II/2014 im Fall des Klägers ihm gegenüber nicht als defizitär. Insbesondere liegt darin kein Verstoß gegen höherrangiges Recht oder bindende Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Insbesondere bewirkt die Anwendung der Regelung für den Kläger entgegen der Auffassung des Sozialgerichts keinen Verstoß gegen die Honorarverteilungsgerechtigkeit.

Mit der Neufassung des § 87b SGB V durch das GKV-VStG hat der Gesetzgeber die zentralen bundesgesetzlichen Vorgaben, insbesondere die bundesrechtlich bestehende Implementation von RLV, weitgehend zurückgenommen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KÄVen) dürfen - im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen - die Honorarverteilung vielmehr wieder weitgehend nach eigenen Präferenzen gestalten, unter Beachtung der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (dazu bereits Urteil des Senats vom 31. Juli 2019 – L 7 KA 69/16, Rdnr. 49; vgl. BSG, Urteil vom 8. August 2018, B 6 KA 26/17 R, jeweils zitiert nach juris). Bezweckt war mit der Änderung eine Regionalisierung und Flexibilisierung des Vergütungssystems. Verantwortlich für die Honorarverteilung sollten die Kassenärztlichen Vereinigungen sein, die dazu einen Honorarverteilungsmaßstab im Benehmen mit dem Krankenkassen erlassen sollten (§ 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V in der ab dem 1. Januar 2012 geltenden Fassung vom 22. November 2011). Dieser HVM hat zur Vermeidung einer übermäßigen Ausdehnung vertragsärztlicher Tätigkeit und dem Gebot einer gleichzeitig verlässlichen Planbarkeit für die Vertragsärztinnen und –ärzte mengensteuernde Maßnahmen der ärztlich abzurechnenden Leistungen vorzusehen (BT-Drs. 17/6906, S. 2 und S. 65 – Zu Nummer 24 - § 87b).

Dem normgebenden Gremium kommt bei der Ausformung des HVM – wie das Sozialgericht zutreffend festgestellt hat – ein Gestaltungsspielraum zu, wie er typischerweise mit Rechtssetzungsakten einhergeht. Diese Gestaltungsfreiheit gilt nicht allein für die Honorarverteilung im engeren Sinne, sondern umfasst insbesondere auch die Art und Weise der Ausformung von Honorarbegrenzungsregelungen. Die Ausarbeitung des HVM erfordert Kalkulationen, Bewertungen, Einschätzungen und Prognosen, die nicht jeden Einzelfall abbilden können, sondern notwendigerweise auf generalisierende, typisierende und pauschalierende Regelungen angewiesen sind. Der Gestaltungsspielraum ist von den Gerichten grundsätzlich zu respektieren; die richterliche Kontrolle beschränkt sich darauf, ob die rechtlichen Grenzen der Rechtsetzungsbefugnis durch den Normgeber überschritten wurden. Auch nach der Erweiterung der Gestaltungsspielräume der Gesamtvertragspartner bei der Ausgestaltung der Honorarverteilung mit der Neufassung des § 87b SGB V durch das GKV-VStG bleiben diese aber durch die Bindungen aus dem höherrangigem Recht, d.h. u.a. der Rechtsgrundlage sowie aus dem aus Art. 12 Abs. 1 GG i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG abgeleiteten Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit sowie durch den Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung begrenzt (Urteil des Senats vom 31. Juli 2019, aaO, Rdnr. 50; Freudenberg in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 87b SGB V [Stand: 15.06.2020], Rdnr. 61 und ders., aaO, 2. Aufl. [Stand: 1.4.2012] § 87b Rdnr. 125 ff.).

Hiervon ausgehend kann die Anknüpfung, wie sie § 10 HVM der Beklagten bis zum Quartal III/2014 mit der unterschieds- und ausnahmslosen Anknüpfung des QZV an das Vorjahresquartal vornimmt, im Einzelfall Anlass für eine Beanstandung u.a. unter dem Grundsatz der leistungsproportionalen Vergütung und Honorarverteilungsgerechtigkeitbieten (a.) Dies realisiert sich speziell im Fall des Klägers aber nicht (b.). Soweit er rügt, dass im HVM der Beklagten II/2014 für das QZV anders als für das RLV keine Regelung für Aufbaupraxen enthalten sei und dies die Vorgaben des BSG missachte, folgt daraus für ihn jedenfalls kein Anspruch auf Zuweisung eines QZV in diesem Quartal.

a. Zwar darf der HVM keine mengensteuernden Honorarverteilungsregelungen vorsehen, die ohne Rücksicht auf die konkrete Situation der einzelnen Praxis die Vergütung ab einer bestimmten Leistungsmenge unterschiedslos deckelt. Speziell für die erstmalige Bestimmung eines Regelleistungsvolumens hat der HVM grundsätzlich Regelungen u.a. für Neupraxen bereitzuhalten. Dies gebieten sowohl Sinn und Zweck der mit § 87b SGB V bezweckten Honorarverteilungsregelungen (aa.) als auch die Grundsätze der Honorarverteilungsgerechtigkeit, konkret Art. 3 und 12 GG (bb.).

aa. Bereits bei Einfügung des § 87b SGB V mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26. März 2007 (mit Wirkung vom 1. April 2007) sah der Gesetzgeber die durchschnittlichen Patientenzahlen der jeweiligen Arztgruppe als ein Kriterium an, das bei Berechnung

und Anpassung der damals (in Abs. 2 Satz 2) noch bundesrechtlich vorgesehenen Regelleistungsvolumina von den Vertragspartnern zu beachten war (§ 87b Abs. 3 Satz 2 Nr. 4 SGB V in der ab dem 1. April 2007 geltenden Fassung). Der Gesetzgeber begründete dieses zwingend zu beachtende Kriterium damit, dass für die Bestimmung der arztbezogenen Regelleistungsvolumina deshalb nicht strikt auf die tatsächliche Patientenzahl des Vertragsarztes in den vier Vorquartalen abgestellt werden könne, weil dies u.U. nur ein unzureichendes Bild von der Praxisstruktur zeichne. Das gelte insbesondere in dem Fall, in dem Vertragsärzte sich neu niederlassen oder wenn sich ihre Praxis noch im Aufbau befinde (BT-Drs. 16/3100, S. 125 – Zu § 85b Abs. 3).

Mit dem GKV-VStG erfolgte zum 1. Januar 2012 eine Rückkehr zur Regionalisierung und Flexibilisierung auf der Grundlage von HVM, für die die KBV-Vorgaben zu machen hatte (dazu oben). § 87b SGB V n.F. enthält deshalb nicht dieselben konkreten bundesrechtlichen Vorgaben für die Honorarverteilung wie § 87b SGB V a.F. So finden sich in den in § 87b Abs. 2 SGB V (in der Fassung ab dem 1. Januar 2012) ausdrücklich aufgestellten gesetzlichen Vorgaben zwar (weiter) die Verhinderung übermäßiger Ausdehnung der Tätigkeit sowie die Ermöglichung von Kalkulationssicherheit für den Vertragsarzt hinsichtlich des zu erwartenden Honorars. Es findet sich aber keine Vorgabe dergestalt, dass die KÄVen Regelungen schaffen müssen, die Besonderheiten für Neuzulassungen und Aufbaupraxen berücksichtigen. Eine Abkehr von dem Gebot der die Praxisstruktur berücksichtigenden Regelungen, die sicherstellen, dass eine leistungsproportionale Vergütung erfolgt, war damit aber nicht verbunden. Der Verteilungsmaßstab der KÄV hat neben der allein im Wortlaut genannten mengensteuernden Wirkung und der Kalkulationssicherheit für die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte entsprechend dem den KÄV obliegenden Sicherstellungsauftrag zu gewährleisten, dass über den gesamten Abrechnungszeitraum die vertragsärztliche Versorgung Versicherter gewährleistet ist (BT-Drs. 17/6906, S. 65 – Zu Nummer 28 [§ 87b]). Das bedingt, dass der HVM Regelungen enthält, die für die einzelnen Ärzte/Ärztinnen eine leistungsproportionale wie auch auskömmliche Vergütung gewährleisten.

bb. Diese einfachrechtliche Vorgabe ergibt sich für den HVM zudem aus der grundrechtlich geschuldeten Honorarverteilungsgerechtigkeit. Sie gehört zu den über die ausdrücklichen gesetzlichen Regelungen hinausgehenden Vorgaben für alle Honorarverteilungsregelungen, so auch für den HVM (Freudenberg in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 2. Aufl, § 87b SGB V [Stand: 1.4.2012], Rdnr. 132 ff., 135).

Das Bundessozialgericht (BSG) hat dazu in mittlerweile gefestigter Rechtsprechung ausgeführt, dass bei mengenbegrenzenden Maßnahmen in Honorarverteilungsregelungen gewährleistet sein muss, dass für Praxen in der Gründungs- und 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 Praxen, die noch nach der Aufbauphase unterdurchschnittlich abrechnen, jedenfalls innerhalb von fünf Jahren ermöglicht werden muss. Sowohl das Ob als auch die Bemessung des Zeitraums der Aufbauphase für Jungpraxen hat in der Satzung über die Honorarverteilung durch die KÄV zu erfolgen. Anderes würde zu einer dem Gesetz widersprechenden Verlagerung der Kompetenz für die Honorarverteilung von der Vertreterversammlung auf den Vorstand, dem die Einzelfallentscheidungen obliegen, führen. Mit Blick auf die verfassungsrechtliche Fundierung gelten die genannten Grundsätze unabhängig von der Art der Honorarverteilungsregelungen. Ihnen kommt sowohl gegenüber Landes- als auch gegenüber Bundesrecht Geltungskraft zu (BSG, Urteil vom 17. Juli 2013 – B 6 KA 44/12 R –, Rdnr. 18 ff., 20 ff.; Urteil vom 21. Oktober 1998 – B 6 KA 71/97 R, Rdnr. 28). Damit gilt auch für den HMV und seine mengenbegrenzenden Regelungen, dass dieser kleinen Praxen zumindest ein Wachstum bis zum Umsatz des Fachgruppendurchschnitts innerhalb von fünf Jahren zubilligen muss, sog. Anfängerpraxen muss demgegenüber zumindest für einen begrenzten Zeitraum ein sofortiges Wachstum zugestanden werden (vgl. für ein insoweit sogar unbeschränktes Wachstum Freudenberg in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 2. Aufl, § 87b SGB V [Stand: 01.04.2012], Rdnr. 157). Auch die genaue Bestimmung des Zeitraums, wann noch eine Praxis im Aufbau vorliegt, bei der es sich um eine Erstzulassung – sog. Anfängerpraxis - oder um eine Neuzulassung nach vorheriger vertragsärztlicher Tätigkeit in einem anderen Planungsbereich handeln kann, ist der Regelung im HVM vorbehalten (BSG, aaO).

b. Gemessen daran sah der HVM der Beklagten für das Quartal II/2014 zwar in § 12 des HVM II/2014 eine Aufwuchsregelung allein für das RLV und nicht speziell für das QZV vor. Es kann im Fall des Klägers aber offenbleiben, ob sich der HVM damit für Praxen im Aufbau im Einzelfall als defizitär erweisen kann. Denn der Kläger hat jedenfalls – selbst wenn unterstellt wird, dass seine vertragsärztliche Praxis als Aufbaupraxis gelten könnte – keinen Anspruch auf Zuweisung eines QZV für Nr. 10 (CT) ohne Rücksicht darauf, ob er im Quartal II/2013 solche Leistungen überhaupt erbracht hat.

Die Vertragsarztpraxis des Klägers war im Jahr 2014 zwar formal noch eine Aufbaupraxis. Dabei kann offenbleiben, welches der maßgebliche Anknüpfungspunkt in seinem Fall für diese Qualität ist. Nach allen in Betracht kommenden Anknüpfungspunkten, ausgehend von einem maximal möglichen Zeitraum von fünf Jahren, in denen nach Beginn noch eine Aufbaupraxis vorliegen kann, war die Höchstgrenze in den beiden streitigen Quartalen in 2014 noch nicht überschritten. Dies gilt sowohl in dem Fall, in dem die Eigenschaft als Aufbaupraxis mit der Verlegung des Standorts der von dem Kläger bereits seit Oktober 2012 geführten Einzelpraxis im Jahr 2013 begründet wird oder, da es speziell um die Zuweisung eines QZV geht, mit der Abrechnungsgenehmigung CT zur Mitnutzung (21. Mai 2013) oder schließlich erst mit der Abrechnungsgenehmigung für den neuen Standort der Praxis im März 2014. Sowohl wenn auf den Beginn seiner ärztlichen Tätigkeit in einer eigenen vertragsärztlichen Praxis zum 1. Oktober 2012 (M) oder auf den Umzug der Praxis nach C zum 1. Mai 2013, auf die Erteilung der Abrechnungsgenehmigung zur Mitnutzung CT oder erst auf die Erteilung der Abrechnungsgenehmigung für das eigene CT in der eigenen Praxis in C am 14. März 2014 abgestellt wird, befand sich der Kläger in beiden hier streitigen Quartalen noch in dem maßgeblichen Fünfjahreszeitraum. Nicht zulässig ist es dagegen, darauf abzustellen, dass für den Kläger bereits 2004 eine Abrechnungsgenehmigung für die qualitätsgebundene Leistung (CT) erteilt wurde. Es kommt für das QZV entgegen der Auffassung der Beklagten allein auf die von dem Kläger geführte eigene Praxis und nicht darauf an, ob er als angestellter Arzt im Rahmen einer „Abrechnungsgenehmigung CT“ tätig war. Das RLV wie auch das QZV werden je Arzt oder Arztpraxis gewährt (§ 8 Abs. 1 HVM 2014). Die Zuweisung erfolgt praxisbezogen, wenngleich sich die Höhe aus der Addition eines jeden in einer Praxis vertragsärztlich tätigen Arztes ergibt (§ 8 Abs. 4 und 5 HVM 2014). Soweit der Kläger als angestellter Arzt in einer Poliklinik oder einem MVZ tätig war, erhielt diese vertragsärztlich tätige Einrichtung ein RLV/QZV, dagegen nicht der Kläger. Das ergibt sich für den Kläger auch hinreichend deutlich aus den Verfügungssätzen der Abrechnungsgenehmigungen vom 25. Januar 2012 und 7. Juni 2012 sowie der an den Kläger gerichteten

Genehmigungen vom 21. Mai 2013 und vom 14. März 2014. Zwar ist der Hinweis am Ende der Abrechnungsgenehmigung vom 21. Mai 2013, wonach diese „die an die Poliklinik erteilte Genehmigung vom 7. Juni 2012 ersetzt“, missverständlich. Als Verfügung i.S. einer Aufhebung der zuvor an die Poliklinik erteilten Abrechnungsgenehmigungen hätte die Regelung (als actus contrarius) auch dieser Einrichtung und nicht dem Kläger gegenüber aufgehoben werden müssen. Als bloße informatorische Mitteilung an den Kläger ist die Formulierung für die Qualität oder Rechtsfolge der zuvor klar dem Kläger selbst erteilten Genehmigung jedenfalls ohne Bedeutung.

Der Kläger hat deshalb keinen Anspruch darauf, dass für ihn als Aufbaupraxis im Sinne der Grundsätze des BSG die Bemessung des QZV II/2014 nicht an seine tatsächliche Leistungserbringung im Vorjahresquartal anknüpft, weil dies in seinem Fall nicht erforderlich ist. Der Anspruch der klägerischen Praxis, sofort im ersten Quartal der Erbringung von Leistungen mittels des eigenen und nicht mitgenutzten CT im Rahmen eines QZV unter Außerachtlassung der Vorgaben der entsprechenden HVM-Regelung, hier § 10 HVM (II/2014), abrechnen zu dürfen, ist schlichtweg nicht notwendig, ganz im Gegenteil.

Aufbaupraxen haben zwar Anspruch darauf, ihren Umsatz sofort bis zum Durchschnittsumsatz der Fachgruppe zu steigern. Allerdings haben auch Aufbaupraxen keinen Anspruch auf Teilhabe an der Honorarverteilung, der über den Durchschnittsumsatz der Fachgruppe hinausgeht (a.A. Freudenberg in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 2. Aufl, § 87b SGB V [Stand: 01.04.2012], Rdnr. 157 unter Berufung auf BSG, Urteil vom 21. Oktober 1998 - B 6 KA 71/97 R). Denn der Wachstumsanspruch folgt aus dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit (dazu oben). Im Verhältnis zu den übrigen etablierten Praxen bedarf jede die Aufbaupraxis begünstigende Regelung aber stets einer Rechtfertigung. Die Aufbaupraxis muss die Chance haben, durch Qualität und Attraktivität der Behandlung oder eine bessere Organisation der Praxis neue Patienten für sich zu gewinnen. Die Freistellung von honorarvertraglichen Begrenzungsregelungen bezieht sich für Aufbaupraxen in aller Regel nicht auf Umsatzsteigerungen, sondern allein auf eine Steigerung der Fallzahlen (BSG, Urteil vom 24. Januar 2018 – B 6 KA 23/16 R, Rdnr. 20). Diese Chance, die durch die Freistellung von Begrenzungsregelungen geschaffen wird, muss einer Aufbaupraxis im Gegenschluss dann nicht eingeräumt werden, wenn sie ihrer zur Erreichung des Durchschnitts der Fachgruppe gar nicht bedarf (BSG, aaO, Rdnr. 25).

Für die Zuweisung eines QZV ist die Einräumung eines Wachstumsanspruchs als Aufbaupraxis dann nicht notwendig, wenn die Arztpraxis bereits ohne dieses insgesamt, d.h. mit den übrigen anderen QZV-Leistungen oder auch den RLV-Leistungen, bereits ein überdurchschnittliches Honorar in dem streitbefangenen Quartal erzielt. Das BSG hat für die von § 87b SGB V (in der Fassung vom 23. März 2007) vom Gesetz vorgegebenen Regelleistungsvolumen und mögliche Wachstumsansprüche von Jungpraxen in diesem Zusammenhang ausgeführt, dass für die Frage, ob die Praxen aus Gründen der Honorarverteilungsgerechtigkeit die Chance benötigen, ein durchschnittliches Honorar zu erzielen, unerheblich ist, ob der Umsatz im RLV-Bereich oder im Bereich freier Leistungen generiert wird. Dies folge bereits daraus, dass Leistungen der einzelnen Arztgruppen in unterschiedlichem Umfang den RLV unterlägen. Es wäre – so das BSG – mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit schwerlich vereinbar, dass Praxen mit bereits überdurchschnittlichem Honorarumsatz allein deshalb einen Anspruch auf Förderung hätten, weil sie noch keine 20 Quartale zugelassen seien und in einem Teilbereich noch keine durchschnittliche Fallzahl erreichten. Das gilt nach Auffassung des BSG umso mehr, wenn der Teilbereich nur einen geringen Teil des Gesamthonorars ausmache (BSG, Urteil vom 24. Januar 2018 – B 6 KA 23/16 R, Rdnr. 28).

Übertragen auf den Fall und die Praxis des Klägers und das QZV gilt grundsätzlich nichts anderes. Der Kläger kann den ihn begünstigenden Dispens von den Begrenzungsregelungen für das QZV nicht mit der isolierten Betrachtung der Fallzahlen im QZV begründen, weil seine Praxis in dem streitigen Quartal, wie auch in den Nachbarquartalen, insgesamt bereits Fallzahlen und ein Honorar aufweist, welche jeweils deutlich über dem Fachgruppendurchschnitt angesiedelt sind. So lagen in den Quartalen I/2014 bis IV/2014 sowohl seine Fallzahlen als auch sein Honorar weit über dem Durchschnitt der Fachgruppe. In den Quartalen II und III/2014 ist es besonders eklatant: In II/2014 lagen die Fallzahlen um 57% und sein Honorar um 92 % über dem Fachgruppendurchschnitt, in III/2014 überstiegen die Fallzahlen den Durchschnitt sogar um 62 % und das Honorar um rund 100 %.

Die von der Beklagten im Klageverfahren eingeführten Zahlen zur Fallzahl und zum Honorar des Klägers in den Vorquartalen und den streitigen Quartalen darf der Senat zur Überprüfung der Verwaltungsentscheidung der Beklagten auch ohne Weiteres nutzen. Es liegt darin kein unzulässiges Nachschieben von Gründen, sondern nur die Ermittlung des objektiven Sachverhalts. Das Nachschieben von Tatsachen ist grundsätzlich schon deshalb zulässig, weil das Gericht von Amts wegen den objektiv richtigen Sachverhalt zugrunde zu legen hat (BeckOGK/Bieresborn, Stand: 1.11.2022, SGG § 54 Rdnr. 153). Bei einer kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage oder Verpflichtungsklage ist das Nachschieben von Gründen im Übrigen uneingeschränkt möglich (Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/B. Schmidt, 13. Aufl. 2020, SGG § 54 Rdnr. 35). Im Ergebnis ist damit nicht erkennbar, dass der Kläger gerade wegen der Eigenschaft seiner Praxis als Aufbaupraxis in seinen Umsatzmöglichkeiten im Jahr 2014 überhaupt noch beschränkt war.

Weder § 87b SGB V noch die Konzeption des HVM der Beklagten, die Vorgaben der KBV oder schließlich die Eigenart der Abrechnungsgenehmigung (CT) erfordern eine abweichende Betrachtung, insbesondere etwa eine isolierte Betrachtung allein des QZV als eines Teilbereichs der ärztlichen Tätigkeit. § 87b Abs. 2 SGB V legt die Ausgestaltung der mengensteuernden, konkret mengenbegrenzenden Regelungen in die Gestaltungskompetenz des Verteilungsmaßstabs der KÄV. Bereits die Strukturierung in RLV und QZV ist dabei bundesrechtlich (ab 2012) nicht mehr vorgegeben.

Daher enthalten auch die Vorgaben der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V, zuletzt geändert am 11. März 2014 (Anlage 1 zum HVM der

Beklagten). in ihren Teilen A – H keine Aussagen zum Verhältnis von RLV und QZV. Allein für den hier nicht vorliegenden Fall, in dem der HVM der Beklagten nicht den gesetzlichen Vorgaben des § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V sowie den Vorgaben der KBV in Teil A Nr. 2 bis 5 sowie den übrigen Vorgaben der KBV entspricht, ordnet Teil A Nr. 6. der auf § 87 Abs. 4 SGB V beruhenden Vorgaben der KBV an, dass näher bezeichnete Einzelregelungen des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 aus Abschnitt I. zu Teil F zur Anwendung gelangen, konkret zur Berechnung und Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen gemäß der bis zum 31. Dezember 2011 bestehenden abweichenden Konzeption der RLV/QZV (Teil A Nr. 6. der Vorgaben der KBV). Der damit in Bezug genommene Beschluss des BewA führt dazu, dass die Festsetzung von RLV/QZV arztgruppenspezifisch erfolgen müsste. Die Ermittlung der QZV je Arzt ist dagegen in Nr. 3.3 des o.g. Beschlusses des BewA weitgehend in die Gestaltungsmacht der Partner der Gesamtverträge gelegt. Dazu gehören auch Regelungen für Neupraxen. Selbst wenn also im Hinblick auf eine bis III/2014 fehlende Aufwuchsregelung der HVM II/2014 für Neupraxen einen Verstoß gegen § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V enthielte (dazu oben), so folgte aus den Bestimmungen des BewA jedenfalls kein Anspruch des Klägers, dass das Durchschnittsniveau der Fachgruppe allein für das QZV zu betrachten wäre.

Der HVM der Beklagten geht in seinem Teil II („Arztindividuelle Mengensteuerung [RLV, QZV]“) systematisch und nach seiner Zielstellung davon aus, dass die Mengensteuerung für das RLV und QZV zusammen erfolgt. Bereits § 8 Abs. 1 und Abs. 3 sowie Abs. 6 und Abs. 8 HVM (II/2014) definieren die durch den „Arzt je Versorgungsbereich in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der regionalen Euro-Gebührenordnung enthaltenen Preisen zu vergüten sind“, bestehend aus RLV und QZV. Dieser zugewiesenen Gesamtmenge steht die in der Arztpraxis abgerechnete Leistungsmenge aus beiden Einzelmengen insgesamt und damit spiegelbildlich gegenüber (§ 8 Abs. 7 Satz 1 HVM [II/2014]). Entscheidend ist die Regelung in § 8 Abs. 7 Satz 1, letzter Halbsatz des HVM der Beklagten (2014), wonach eines der beiden Teilleistungsvolumen, soweit es mit den tatsächlich abgerechneten Leistungen noch nicht ausgeschöpft ist, mit dem jeweils anderen Teil aufgefüllt werden kann. Daraus wird deutlich, dass es sich um eine Gesamt-Leistungsmenge handelt, die mit im Vorhinein feststehenden Werten der Euro-Gebührenordnung vergütet wird, damit ein Gesamthonorarvolumen erzeugt wird (§ 8 Abs. 1 HVM II/2014). Diese Konzeption hat unmittelbar Auswirkungen auf die Menge der Leistungen und das vergütete Honorar, denn Leistungen aus den beiden Leistungsbereichen können in den unterschiedlichen Bereichen der Zuweisung grundsätzlich abgerechnet werden. Der HVM geht deshalb von einem einheitlichen Honorarvolumen aus (vgl. den Begriff in § 8 Abs. 7 Satz 1 HVM 2014). Praktisch bedeutet die Austauschbarkeit, dass z.B. Leistungen, für die eine Abrechnungsgenehmigung neu vorliegt, aber noch kein QZV existiert, trotzdem im Rahmen des RLV/QZV bereits abgerechnet werden können. Sie bleiben weder unvergütet noch fehlt es für sie zwingend an der Kalkulationssicherheit. Vielmehr kann auf diese Weise für sie auch ein Moratorium (wenn es der HVM vorsieht) abgefedert werden.

Die dem HVM immanente Austauschmöglichkeit muss auch bei der Frage Berücksichtigung finden, ob eine Aufbaupraxis – und sei sie im Einzelfall nur durch einen Teilbereich der ärztlichen Tätigkeit wie eine Abrechnungsgenehmigung zu begründen – aus Gründen der Honorarverteilungsgerechtigkeit von der Mengenbegrenzung freigestellt sein muss. Die Frage kann nach obigen Regelungen (Austauschbarkeit) nur für die Praxis und ihr Honorar insgesamt beantwortet werden.

Bei anderer Betrachtung könnte eine Aufbaupraxis – wie im Fall des BSG (B 6 KA 23/16 R) – auch wenn sie insgesamt bereits eine Fallzahl und ein Gesamthonorar weit über dem Fachgruppendurchschnitt hat, die Ausnahme von der Mengenbegrenzung allein mit ihrer Aufbaueigenschaft und unterdurchschnittlichen Fallzahlen in einem Teilbereich (QZV) rechtfertigen. Das widerspricht erkennbar der Konzeption des HVM, der die Leistungsmenge und die Mengenbegrenzung gesamthaft betrachtet, sowie dem Ziel des § 87b Abs. 2 SGB V und der Honorarverteilungsgerechtigkeit im Einzelfall. Eine rechtfertigungsbedürftige Ausnahmeregelung für Aufbaupraxen könnte einen Verstoß gegen das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit im Verhältnis zu etablierten Praxen darstellen (dazu oben).

Allein dass ein QZV wie hier Nr. 10 zwingend eine Abrechnungsgenehmigung erfordert und diese nicht nur Abrechnungs-, sondern selbst Zulassungscharakter hat, lässt keine andere Betrachtung zu. Denn die konkrete Wirkweise des QZV wird durch die HVM-Ausgestaltung bestimmt. Mit anderen Worten: Ihr Zulassungscharakter zwingt nicht zur isolierten Betrachtung der Fallzahl oder der daraus folgenden Vergütung (zur Anknüpfung an den Zulassungsstatus für den Charakter als Aufbaupraxis, BSG, Urteil vom 24. Januar 2018 – B 6 KA 23/16 R Rdnr. 24; zum Genehmigungserfordernis bei qualitätsgebundenen Leistungen vgl. Wenner, Vertragsarztrecht nach der Gesundheitsreform, 2008, § 19 Rdnr. 22 ff.).

In Anbetracht der vorliegenden weit überdurchschnittlichen Fallzahlen und des überdurchschnittlichen Honorars geht der pauschale Vortrag des Klägers ins Leere, bei Radiologen liege der Anteil der QZV an den der Budgetierung unterliegenden Leistungen bei 90 Prozent. Jedenfalls für das Wachstum seiner eigenen Praxis spielte das erkennbar keine Rolle.

Vor diesem Hintergrund kommt es nicht darauf an, dass sich für das Quartal II/2014 bei dem Kläger auch aus anderen Gründen tatsächlich nicht das Risiko einer Aufbaupraxis realisiert hat. Soweit § 10 HVM (II/2014) darauf abstellt, dass mindestens eine Leistung des entsprechenden qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens im jeweiligen Vorjahresquartal erbracht wurde, wäre dies auch dem Kläger durchaus möglich gewesen. Denn er besaß im Vorjahresquartal (II/2013) bereits eine Abrechnungsgenehmigung, wenn auch nur zur Mitnutzung des CT im H Krankenhaus. Es ist ihm zwar zuzugeben, dass diese Nutzung unter Berücksichtigung der ihm eröffneten sehr schmalen Nutzungszeiträume (Mo – Fr 18 – 20 Uhr) und wegen der Entfernung des CT-Geräts zu seiner Vertragsarztpraxis in der B straße von wenigstens 7,8 km (kürzeste Fahrstrecke) für die regelmäßige Inanspruchnahme nicht praktikabel erscheint. Es ist allerdings nicht nachvollziehbar, dass ein Facharzt für Radiologie allein deshalb überhaupt keine CT-Leistungen in mehreren Abrechnungsquartalen (hier bis I/2014) erbringt und abrechnet, es sei denn, auf die Abrechnung dieser Leistungen wird aus wirtschaftlichen Gründen und mit Blick darauf verzichtet, dass die Vertragsarztpraxis mit den übrigen Leistungen bereits mehr als gewinnbringend betrieben werden kann.

Im Umsatz des Klägers spiegelt sich vor diesem Hintergrund eher seine persönliche Entscheidung, wie er im Vorjahresquartal II/2013 tätig sein wollte und in der Vergangenheit ohne Gefährdung der Existenz seiner Praxis auch tatsächlich tätig geworden ist und nicht ein unvermeidliches Durchgangsstadium auf dem Weg zu einer gewünschten größeren Patientenzahl. Es ist jedenfalls nicht geboten, in seinem Fall von der Typisierung, die § 10 HVM (II/2014) zur Abbildung der Praxisstruktur vornimmt, aus Gründen der Honorarverteilungsgerechtigkeit abzuweichen (vgl. dazu bereits BSG, Urteil vom 21. Oktober 1998 - B 6 KA 71/97 R, BSGE 83, 52 – 62, Rdnr. 21, zitiert nach juris).

2. Hat der Kläger bereits für das Quartal II/2014 keinen Anspruch, als Aufbaupraxis ein QZV zu erhalten, so gilt dies (erst recht) für das nachfolgende Quartal III/2014.

Der Kläger erfüllt die Voraussetzungen, die § 12 Abs. 2 des HVM III/2014 für die Zuweisung eines QZV für Neupraxen aufstellt, nicht. Gemäß § 12 Abs. 2 HVM III/2014 erhält ein neu niedergelassener Arzt das QZV des Vorgängerarztes auf der Basis von dessen Fallzahlen (Satz 1). Für Leistungen des leistungsfallbezogenen QZV (wie Nr. 10) erfolgt ein Wachstum (des neu niedergelassenen Arztes) gemäß der Regel des § 12 Abs. 1 (damit derjenigen für RLV) bis zum Fachgruppendurchschnitt auf Antrag (§ 12 Abs. 1 Satz 4). § 12 Abs. 2 Sätze 5 bis 8 HVM III/2014 behandeln demgegenüber den Fall, dass ein neu niedergelassener Arzt eine neue Abrechnungsgenehmigung erhält. Dieser erhält auf Antrag ein QZV auf der Basis der durchschnittlichen für das jeweilige QZV relevanten Fallzahl der jeweiligen Arztgruppe (§ 12 Abs. 2 Satz 5 und 6). Allerdings muss für das leistungsfallbezogene QZV die Fallzahl (nach Satz 6) im Abrechnungsquartal tatsächlich erreicht werden, andernfalls wird die tatsächliche Fallzahl herangezogen (Satz 7 und Satz 8). Die (eher schwer verständliche) Regelung des Satz 7 führt dazu, dass für leistungsfallbezogene QZV (i.S. des § 10 Abs. 2 Satz 1 und 2 des HVM 2014), wozu das QZV Nr. 10 gehört, die Regelung nur eingreift, wenn im Vorjahresquartal mindestens ein Leistungsfall abgerechnet wurde. Unabhängig davon, ob der Kläger in III/2014 überhaupt als „neu niedergelassener Arzt“ i.S. des § 12 HVM III/2014 gilt, weil er 2012 eine Praxis übernommen hat oder 2013 bzw. 2014 zumindest neu eine Abrechnungsgenehmigung für CT erhielt, scheitert sein Anspruch auf Zuweisung eines leistungsfallbezogenen QZV auch hier daran, dass er die Voraussetzungen einer leistungsfallbezogenen QZV in Gestalt der Leistungserbringung (wenigstens eines Leistungsfalls) im Vorjahresquartal III/2013 nicht erfüllt.

Der Kläger kann für III/2014 nicht mit Erfolg einwenden, dass § 12 Abs. 2 HVM III/2014 zu unbestimmt sei oder gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit für Aufbaupraxen verstoße, weil er nicht definiere, wie lange eine Praxis als neu oder als Aufbaupraxis gelte. Selbst wenn dies zuträfe, könnte er darauf keinen Anspruch auf Zuweisung des QZV als Neupraxis stützen. Denn er hat auch im Quartal III/2014 den Fachgruppendurchschnitt sowohl hinsichtlich seiner Fallzahlen als auch seines Gesamthonorars weit überschritten. Auf die Grundsätze eines angemessenen Wachstums einer Aufbaupraxis (Art. 12 GG i.V.m. Art. 3 GG) bis zum Fachgruppendurchschnitt kann er daher auch hier die Zuweisung eines QZV Nr. 10 nicht stützen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i.V.m. § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung.

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

Rechtskraft
Aus
Saved
2023-01-19