

S 83 KA 213/11

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

SG Berlin (BRB)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

83

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 83 KA 213/11

Datum

22.02.2012

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 7 KA 21/12

Datum

30.04.2014

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Der Bescheid der Beklagten vom 8.9.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.4.2011 wird aufgehoben, soweit die Anerkennung einer Erhöhung der für das Regelleistungsvolumen relevanten Fallzahl der Quartale III/2009 und IV/2009 infolge der Auflösung der Berufsausübungsgemeinschaft zwischen dem Kläger und Dr. R zum 01.04.2009 abgelehnt wurde. Die Beklagte wird verpflichtet, über den Antrag des Klägers auf Anerkennung einer Erhöhung der für das Regelleistungsvolumen relevanten Fallzahl der Quartale III/2009 und IV/2009 infolge der Auflösung der Berufsausübungsgemeinschaft zwischen dem Kläger und Dr. R zum 01.04.2009 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen. Die Kosten des Verfahrens tragen der Kläger zu 4/5 und die Beklagte zu 1/5.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Höhe des dem Kläger für die Quartale III/2009 und IV/2009 zustehenden Regelleistungsvolumens (RLV) und in diesem Zusammenhang über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten und einer höheren Fallzahl. Der Kläger nimmt im Rahmen einer Einzelpraxis als Facharzt für Allgemeinmedizin an der vertragsärztlichen Versorgung teil. In den streitbefangenen Quartalen III/2009 und IV/2009 beschäftigte er die bei ihm angestellte Ärztin Dr. D. Bis zum 31.3.2009 war der Kläger im Rahmen einer fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaft mit Herrn Dr. R tätig, die zum 31.3.2009 aufgelöst wurde. Seither bilden beide Ärzte eine Praxisgemeinschaft. Der von Frau Dr. D besetzte Arztsitz war durch Verzicht und Anstellung gemäß § 103 Abs. 4b SGB V durch Herrn Dr. T. R. mit Wirkung zum 1.10.2007 in die Praxis eingebracht worden, nachdem dieser den Vertragsarztsitz mit Wirkung zum 1.4.2007 im Rahmen eines Ausschreibungs- und nach Nachbesetzungsverfahrens gemäß § 103 Abs. 4 SGB V übernommen hatte. Vom 1.1.2008 bis zum 31.1.2008 war dieser Arztsitz mit der angestellten Ärztin Dr. K besetzt, die nur wenige Tage in der Praxis gearbeitet hatte. Vom 1.2.2008 bis zum 31.3.2008 war die Arztstelle unbesetzt. Ab dem 1.4.2008 war Frau Dr. D bei dem Kläger auf dieser Arztstelle in Vollzeit angestellt. Mit Bescheid vom 29.5.2009 wies die Beklagte dem Kläger für das Quartal III/2009 ein praxisbezogenes RLV i.H.v. 33.194,45 EUR zu. Der Berechnung legte sie den Arztgruppenfallwert der Arztgruppe 01 von 35,36 EUR zu Grunde, den sie mit dem jeweiligen Anteil des Klägers und der Frau Dr. D an den Behandlungsfällen der vormaligen Berufsausübungsgemeinschaft im Quartal III/2008 von 582 Fällen in Bezug auf den Kläger und 246 Fällen in Bezug auf Frau Dr. D multiplizierte. Gegen den Bescheid vom 29.5.2009 legte der Kläger Widerspruch ein, über den noch nicht entschieden worden ist. Mit Bescheid vom 28.8.2009 wies die Beklagte dem Kläger für das Quartal IV/2009 ein praxisbezogenes RLV i.H.v. 31.197,43 EUR zu unter Zugrundelegung des Arztgruppenfallwerts der Arztgruppe 01 von 34,05 EUR und des jeweiligen Anteils des Klägers und der Frau Dr. D an den Behandlungsfällen im Quartal IV/2008 von 526 Fällen in Bezug auf den Kläger und 276 Fälle in Bezug auf Frau Dr. D. Auch hiergegen legte der Kläger Widerspruch ein, über die noch nicht entschieden worden ist. Mit Schreiben vom 2.3.2009, 11.3.2009 und 20.6.2009 beantragte der Kläger eine Erhöhung seiner praxisbezogenen RLV. Er begründete dies unter anderem mit einer Fallzahlsteigerung im Allgemeinen und im Besonderen aufgrund der Auflösung der Berufsausübungsgemeinschaft mit Dr. R sowie mit Praxisbesonderheiten. Als Praxisbesonderheiten machte der Kläger eine Diabetes-Spezialisierung sowie eine vermehrte Betreuung von chronisch kranken und älteren Patienten aufgrund der Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren und Akupunktur geltend. Mit Bescheid vom 8.9.2009 lehnte die Beklagte den Antrag auf Erhöhung der RLV sowohl im Hinblick auf die Anerkennung von Praxisbesonderheiten als auch im Hinblick auf die Anerkennung einer höheren Fallzahl für die Quartale II/2009 bis IV/2009 ab. Hiergegen legte der Kläger Widerspruch ein, den die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 15.4.2011 zurückwies. Zur Begründung führte die Beklagte aus, dass die Regelungen in § 6 Abs. 3 lit. c) und e) des Honorarverteilungsvertrages für das Jahr 2009 (Anl. 1 Teil B zum Honorarvertrag 2009 in der Fassung des Beschlusses des Landes Schiedsamtes vom 21.11.2008 - HVV), die eine Erhöhung des RLV bei Vorliegen besonderer Umstände ermöglichen, nicht einschlägig seien. Eine Anerkennung von Praxisbesonderheiten sei nicht möglich, da die gewichteten Gesamtfallwerte der Praxis des Klägers mit seiner angestellten Ärztin Frau Dr. D jeweils der Quartale III/2008 und IV/2008 die gewichteten RLV-Fallwerte der Arztgruppe der Quartale III/2009 und IV/2009 nach Abzug festzustellender Fallzahlrückgänge gegenüber der durchschnittlichen Fallzahl der Quartale III/2002 bis II/2003 nicht um mehr als 15 % überschreiten würden. Zwar läge in Bezug auf das

Quartal III/2009 bei Gegenüberstellung der Summe der gewichteten arztindividuellen Fallwerte der Praxis aus dem Quartal III/2008 nach Individualbudgetierung (53,82 EUR) und der Summe der gewichteten Arztgruppenfallwerte plus 10 % Aufschlag für das Quartal III/2009 (38,90 EUR) eine Fallwertüberschreitung von 38,35 % vor. Jedoch müsse hiervon der Fallzahlverlust i.H.v. 53,59 % im Vergleich des Quartals III/2008 gegenüber dem Durchschnitt der Quartale III/2002 bis II/2003 in Abzug gebracht werden, so dass sich eine Fallwertüberschreitung von 15,11 % ergäbe. Nach derselben Rechnungssystematik gelange man für das Quartal IV/2009 bei einer Fallwertüberschreitung von 49,91 % und einem Fallzahlrückgang von 51,08 % zu einer Fallwertunterschreitung von 1,8 %. Für eine Überprüfung von Fallwertdifferenzen anhand unbudgetierter Fallwerte auf Seiten der Praxis einerseits und der Fachgruppe andererseits bestehe kein Raum. Vielmehr seien die RLV-relevanten arztindividuellen Fallwerte der Quartale des Jahres 2008 nach Individualbudgetierung mit den arztgruppenspezifischen RLV-Fallwerten der betreffenden Quartale des Jahres 2009 zu vergleichen. In Bezug auf die arztbezogenen RLV hinsichtlich der angestellten Ärztin Frau Dr. D finde die Wachstumsregelung für Neupraxen gemäß § 6 Abs. 4 HVV keine Anwendung, da diese sich nur auf niedergelassene und nicht auch auf angestellte Ärzte beziehe. Auch der Kläger selbst habe keinen Anspruch auf Berücksichtigung seiner tatsächlich realisierten Anteile an den Behandlungsfallzahlen in den Quartalen III/2009 und IV/2009 zur Berechnung seiner arztbezogenen RLV. Hieran ändere auch die Umwandlung der Kooperationsform von einer Gemeinschaftspraxis mit Dr. R zu einer Praxisgemeinschaft nichts, da Dr. R die Praxis am bisherigen Standort als Einzelpraxis fortführe. Gegen die Honorarbescheide für die Quartale III/2009 und IV/2009 legte der Kläger jeweils Widerspruch ein. Über die Widersprüche wurde noch nicht entschieden. Am 9.5.2011 hat der Kläger Klage erhoben, mit der er die Anerkennung von Praxisbesonderheiten und höherer Fallzahlen für die RLV der Quartale III/2009 und IV/2009 begehrt. Er ist der Ansicht, er habe einen Anspruch darauf, dass der Berechnung der arztbezogenen RLV der bei ihm angestellten Ärztin Dr. D deren Anteil an den von der Praxis in den Quartalen III/2009 und IV/2009 insgesamt realisierten Behandlungsfallzahlen zu Grunde gelegt werde. Frau Dr. D nehme erst seit dem Quartal II/2008 als angestellte Ärztin bei dem Kläger an der vertragsärztlichen Versorgung teil, weshalb die Jungpraxenregelung in § 6 Abs. 4 HVV auf sie anwendbar sei. Diese Wachstumsregelung sei auch auf angestellte Ärzte anwendbar. Unter Geltung der Individualbudgets habe die Beklagte dies nach einer Beanstandung der Senatsverwaltung selbst anerkannt und den seinerzeitigen HVV mit Wirkung ab dem 1.7.2007 dahingehend geändert, dass Wachstumsmöglichkeiten auch für unterdurchschnittlich abrechnende Ärzte in Anstellungsverhältnissen geschaffen wurden. Die vom Bundessozialgericht in Bezug auf niedergelassene Vertragsärzte herausgearbeiteten Grundsätze in Bezug auf Wachstumsbegrenzungen müssten aus verfassungsrechtlichen Gründen auch für angestellte Ärzte entsprechend gelten, da diese Grundsätze Ausfluss des verfassungsrechtlich verbürgten Prinzips der Honorarverteilungsgerechtigkeit seien, der auch für angestellte Ärzte gelte. Auch eine Arztstelle unterfalle dem Schutzbereich der Berufsausübungsfreiheit und der Eigentumsgarantie. Die Beschränkung der Jungpraxenregelung auf niedergelassene Ärzte würde zudem gegen den allgemeinen Gleichbehandlungsgrundsatz verstoßen und die vom Gesetzgeber durch die Schaffung verbesserter Anstellungsmöglichkeiten gerade gewollte Flexibilisierung der Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung konterkarieren. Auch der Wortlaut der Regelung in § 6 Abs. 4 HVV schließe eine Anwendung auf Angestellte Ärzte nicht aus. Dem Bedenken der Beklagten, dass bei jedem Wechsel eines Anstellungsverhältnisses die 12-Quartals-Frist erneut zu laufen beginnen würde, könnte dadurch Rechnung getragen werden, dass die Jungpraxenregelung nicht auf jede nach Besetzung einer Arztstelle angewendet werde, sondern dass hierfür auf die Einbringung der Arztstelle durch Verzicht und Anstellung des ehemaligen Praxisinhabers als maßgeblichen Zeitpunkt abgestellt würde. Dies sei auch sachgerecht, da der anstellende Arzt zu diesem Zeitpunkt erstmals die Möglichkeit habe, durch Ausübung seiner Direktionsbefugnis und seines Weisungsrechts den Umfang der vertragsärztlichen Tätigkeit des auf der Arztstelle angestellten Arztes zu beeinflussen. Auch der Zweck der Jungpraxenregelung sei auf neu in eine Arztpraxis eingebrachte Angestelltensitze ohne weiteres übertragbar. Wie ein neu niedergelassener Arzt könne auch der Praxisinhaber, der einen Angestelltensitz übernommen habe, für ein schnelles Wachstum der Fallzahlen sowie der vertragsärztlichen Umsätze sorgen. Da auch ein Praxisinhaber, der einen Angestelltensitz übernehme, hierfür in der Regel einen Kaufpreis zu zahlen habe, dem angestellten Arzt ein Gehalt zahlen müsse sowie gegebenenfalls Investitionen in die Räumlichkeiten und Geräte tätigen müsse, sei es auch ihm nicht zuzumuten, die mit der Übernahme eines Angestelltensitzes einhergehende finanzielle Belastung vorfinanzieren zu müssen, bevor sich die Erhöhung der Fallzahl mit einer Verzögerung von vier Quartalen auf die Höhe des RLV auswirke. Überdies habe die Beklagte einem in einer Gemeinschaftspraxis zugelassenen Arzt, der zuvor in derselben Gemeinschaftspraxis bereits als Job-Sharing-Gemeinschaftspraxispartner tätig gewesen sei, ein Wachstum bis zum Fachgruppenniveau zugestanden. Angesichts dieses Umstandes müsse für Angestelltensitze erst recht ein Wachstum ermöglicht werden. Der Kläger habe ferner einen Anspruch darauf, dass der Berechnung seiner arztbezogenen RLV für die Quartale III/2009 und IV/2009 sein jeweiliger Anteil an den von der Praxis in diesem Quartal insgesamt realisierten RLV-relevanten Behandlungsfallzahlen zu Grunde gelegt werde. Nach Teil F Nr. 3.5 des Beschlusses vom 27./28.8.2008 in der Fassung des Beschlusses vom 20.4.2009 seien die regionalen Gesamtvertragspartner verpflichtet, Anfangs- und Übergangsregelungen für die Umwandlung von Kooperationsformen zu treffen. Dieser Verpflichtung seien die Beklagte und die Verbände der Krankenkassen nicht nachgekommen (Verweis auf SG Marburg, Urteil vom 16.11.2011 - S 12 KA 919/10). Sie habe daher mit den Landesverbänden der Krankenkassen zunächst eine entsprechende Regelung zu vereinbaren, wobei in Anlehnung an § 6 Abs. 4 HVV davon auszugehen sei, dass dem Kläger mit seinen Behandlungsfallzahlen und denen von Frau Dr. D ein Wachstum bis zum Fachgruppenniveau binnen 12 Quartalen zuzugestehen sei. Die von der Beklagten zu Grunde gelegten Behandlungsfallzahlen seien auch nicht aussagekräftig. Ausweislich der Honorarbescheide habe die Praxis des Klägers im Quartal III/2009 tatsächlich 1.019 und im Quartal IV/2009 1.149 Behandlungsfälle abgerechnet. Auch unterdurchschnittlich abrechnenden Altpraxen sei nach der Rechtsprechung des BSG ein Wachstum bis zum Fachgruppenniveau zuzugestehen und dies nicht nur durch regelleistungswidrige Fallzahlsteigerung, die sich erst ein Jahr später auf das RLV auswirke (Verweis auf SG Marburg, a.a.O.). Der Kläger habe schließlich auch einen Anspruch auf Erhöhung des RLV aufgrund von Praxisbesonderheiten für die streitbefangenen Quartale. Die Praxis des Klägers habe als Versorgungsschwerpunkt die Behandlung älterer und chronisch kranker Patienten und es handle sich um eine Diabetes-Schwerpunktpraxis mit hohem Überweisungsanteil. Die Behandlung überwiegend chronisch kranker Patienten und Diabetes-Patienten spiegele sich in einem weit überdurchschnittlich häufigen Ansatz der Chronikerpauschale (EBM-Nr. 03212) wider, die in der Praxis des Klägers um etwa 80 % häufiger abgerechnet werde als im Durchschnitt der Fachgruppe. Mit dem Morbiditätsfaktor "Alter" werde der besondere Behandlungsbedarf chronisch kranker Patienten bei der Berechnung des RLV allenfalls teilweise berücksichtigt. Die Berechnungsweise der Beklagten im Rahmen der Anerkennung von Praxisbesonderheiten stehe mit den Vorgaben des Erweiterten Bewertungsausschusses und des HVV nicht in Einklang. Anstelle des von der Beklagten vorgenommenen Vergleich der budgetierten Fallwerte des Vorjahresquartals mit dem RLV-Fallwert des jeweiligen Quartals des Jahres 2009 sei der Vergleich auf Grundlage unbudgetierter Fallwerte des jeweiligen Vorjahresquartals vorzunehmen. Die Heranziehung der arztindividuellen Fallwerte des Vorjahresquartals nach Anwendung der Individualbudgetierung sei nicht aussagekräftig und auch deshalb nicht zulässig, weil nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts Mengenbegrenzungsregelungen in der Gestalt von Individualbudgets zumindest seit dem 1.4.2005 rechtswidrig seien. Schließlich sei auch der von der Beklagten vorgenommene prozentuale Abzug eines angeblichen Fallzahlrückgangs während der Geltung der Individualbudgets rechtswidrig, da eine Berücksichtigung der Fallzahlenentwicklung weder in den Beschlüssen des Erweiterten Bewertungsausschusses noch im HVV vorgesehen sei. Der Kläger beantragt, den Bescheid der Beklagten

vom 8.9.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.4.2011 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, über den Antrag des Klägers auf Erhöhung der praxisbezogenen Regelleistungsvolumina für die Quartale III/2009 und IV/2009 unter Beachtung der rechts Auffassung des Gerichts erneut zu entscheiden. Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. Sie verweist zur Begründung auf Ihre Ausführungen in dem angefochtenen Widerspruchsbescheid und trägt ergänzend vor: Bei der Wachstumsregelung für Jungpraxen handele es sich um eine Ausnahmeregelung zu dem Grundsatz, dass sich eine Erhöhung der Fallzahl erst mit einer Verzögerung von vier Quartalen auf die Höhe des RLV auswirke. Die Regelung sei nur auf niedergelassene Ärzte anwendbar und nicht auch auf angestellte Ärzte. Die Bestimmung beruhe auf der Erkenntnis, dass neu niedergelassene Ärzte in der Startphase der Praxis mit einer schnellen Erhöhung der Fallzahl zu rechnen hätten, da ihre Praxis ein neues Leistungsangebot für potentielle Patienten darstelle. Außerdem sei es neu niedergelassenen Ärzten wegen der mit der Gründung einer Praxis einhergehenden finanziellen Belastung nicht zuzumuten, dass sich die Erhöhung ihrer Fallzahl erst mit einer Verzögerung von vier Quartalen auf Ihre RLV auswirke. Diese Gesichtspunkte träfen auf angestellte Ärzte in der Regel nicht zu. Sie prägten das Gesicht einer Praxis nicht im gleichen Maße wie ihre niedergelassenen Kollegen, ihre Fluktuation sei – wie das Beispiel der Klägerin zeige – höher. Der Wechsel eines angestellten Arztes werde von den Versicherten kaum wahrgenommen. Die Einstellung eines neuen Arztes führe daher auch in der Regel nicht zu einem sprunghaften Anstieg der Behandlungsfälle. Vielmehr werde die anfallende Arbeit nur auf die vorhandenen Ärzte neu verteilt. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Anerkennung von Praxisbesonderheiten. Die von der Beklagten insoweit vorgenommenen Berechnungen seien fehlerfrei und stünden mit den Vorgaben des Erweiterten Bewertungsausschusses und des HVV in Einklang. Der durchschnittliche Fallwert der Arztgruppe sei mit dem arztgruppenspezifischen Fallwert identisch. Anderenfalls hätte der Erweiterte Bewertungsausschuss die Berechnungsmethode ebenso wie beim arztgruppenspezifischen Fallwert dargelegt. Den einschlägigen Regelungen lasse sich nicht entnehmen, dass bei dem Vergleich auf unbudgetierte Fallwerte abzustellen sei. Auf die Rechtmäßigkeit von Individualbudgets komme es vorliegend nicht an. Zudem fehle es auch an einer besonderen für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung des Klägers. Allein die vermehrte Betreuung älterer und chronisch kranker Patienten stelle keine Praxisbesonderheit dar. Ein hoher Rentneranteil finde bereits im Rahmen der morbiditätsbedingten Differenzierung des RLV Berücksichtigung. Die pauschale Angabe, chronisch kranke Patienten zu betreuen, genüge nicht, um eine besondere, für die Versorgung bedeutsame fachliche Spezialisierung darzulegen. Der Kläger habe nicht dargelegt, welche Mehranforderungen von budgetierten Leistungen sich gegenüber dem Durchschnitt der Fachgruppe aufgrund welcher konkret benannten chronischen Erkrankungen ergeben solle. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird Bezug genommen auf die Gerichtsakten und die Verwaltungsakten der Beklagten sowie auf die Gerichts- und Verwaltungsakten der Parallelverfahren S 83 KA 583/10 und S 83 KA 233/11, die in der mündlichen Verhandlung vorgelegen haben.

Entscheidungsgründe:

A. Streitgegenstand des angefochtenen Bescheides und des vorliegenden Verfahrens ist die Höhe des dem Kläger für die Quartale III/2009 und IV/2009 zustehenden RLV und in diesem Rahmen die Höhe der für das RLV zu Grunde zu legende Fallzahl und die Anerkennung von Praxisbesonderheiten. In der Rechtsprechung des BSG ist anerkannt, dass über für das Honorar relevante Vorfragen – wie hier das RLV – vorab unabhängig vom Erlass eines Honorarbescheides durch gesonderten Bescheid entschieden werden kann (vgl. dazu Wenner, Vertragsarztrecht nach der Gesundheitsreform, § 21 Rdnr. 71). In diesem Rahmen ist auch eine Beschränkung auf einzelne, abgrenzbare, Vorfragen, wie hier die bei der Berechnung des RLV zu Grunde zu legende Fallzahl und die Anerkennung von Praxisbesonderheiten, zulässig (vgl. Wenner, a.a.O.; vgl. auch BSG, Urteil vom 3.2.2010 – B 6 KA 1/09 R, juris Rdnr. 12). Die Beklagte durfte über diese Fragen in den angefochtenen Bescheiden isoliert und unabhängig von den noch anhängigen Widerspruchsverfahren betreffend die RLV-Zuweisungsbescheide entscheiden. B. Die Klage ist als Anfechtungs- und Bescheidungsklage zulässig aber nur in dem tenorierten Umfang begründet. Der angefochtene Bescheid ist rechtswidrig, soweit eine Erhöhung der Fallzahl des Klägers infolge der Auflösung der Berufsausübungsgemeinschaft mit Dr. R zum 1.4.2009 abgelehnt wurde. Insofern fehlt es an der zwingend erforderlichen Regelung im HVV zur Berechnung des RLV bei Umwandlung von Kooperationsformen (dazu unter I.). Im Übrigen ist der angefochtene Bescheid im Ergebnis rechtmäßig. Eine Erhöhung der RLV-relevanten Fallzahl war dem Kläger im Rahmen einer Wachstumsregelung weder im Hinblick auf die angestellte Ärztin Frau Dr. D zuzugestehen noch wegen der Umwandlung der Kooperationsform oder als unterdurchschnittlich abrechnende Praxis (dazu unter II.). Ein Anspruch auf Anerkennung von Praxisbesonderheiten besteht nicht, da solche nicht vorliegen (dazu unter III.). I. Für die Berechnung des RLV bzw. der bei der Berechnung zu Grunde zu legenden Fallzahl nach Umwandlung von Kooperationsformen (hier Auflösung einer Berufsausübungsgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis und Bildung einer Praxisgemeinschaft) fehlt es im HVV 2009 an der nach den Vorgaben des Erweiterten Bewertungsausschusses zwingend erforderlichen Übergangsregelung. Nach § 87b Abs. 2 SGB V in der hier noch maßgeblichen Fassung des GKV-WSG vom 26.03.2007 (BGBl. I, S. 378 = a.F.) sind zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis arzt- und praxisbezogene RLV festzulegen (Satz 1). Ein RLV nach Satz 1 ist die von einem Arzt oder der Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 a.F. enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten ist (Satz 2). Abweichend von Absatz 1 Satz 1 ist die das RLV überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Preisen zu vergüten; bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten kann hiervon abgewichen werden (Satz 3). Bei der Bestimmung des Zeitraums, für den ein RLV festgelegt wird, ist insbesondere sicherzustellen, dass eine kontinuierliche Versorgung der Versicherten gewährleistet ist (Satz 4). Nach § 87b Abs. 3 SGB V a.F. sind die Werte für die RLV nach Absatz 2 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 a.F. zugrunde zu legende Definition der Arztgruppen zu berücksichtigen (Satz 1). Bei der Bestimmung des Regelleistungsvolumens nach Absatz 2 sind darüber hinaus insbesondere 1. die Summe der für einen Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 87a Abs. 3 a.F. insgesamt vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen, 2. zu erwartende Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a, 3. zu erwartende Zahlungen für die nach Absatz 2 Satz 3 abgestaffelt zu vergütenden und für die nach Absatz 2 Satz 6 und 7 außerhalb der RLV zu vergütenden Leistungsmengen, 4. Zahl und Tätigkeitsumfang der der jeweiligen Arztgruppe angehörenden Ärzte zu berücksichtigen (Satz 2). Soweit dazu Veranlassung besteht, sind auch Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen (Satz 3). Nach § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V a.F. bestimmt der Bewertungsausschuss erstmalig bis zum 31.08.2008 das Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der RLV nach den Absätzen 2 und 3 sowie Art und Umfang, das Verfahren und den Zeitpunkt der Übermittlung der dafür erforderlichen Daten. Nach § 87b Abs. 5 SGB V a.F. obliegt die Zuweisung der RLV an den Arzt oder die Arztpraxis einschließlich der Mitteilung der Leistungen, die außerhalb der RLV vergütet werden, sowie der jeweils geltenden regionalen Preise der Kassenärztlichen Vereinigung; die Zuweisung erfolgt erstmals zum 30.11.2008 und in der Folge jeweils spätestens vier Wochen vor Beginn der Geltungsdauer des RLV (Satz 1). Ausgehend von diesen gesetzlichen Vorgaben hat der Erweiterte Bewertungsausschuss in seiner 7. Sitzung am 27./28.08.2008 unter Teil F einen Beschluss gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V a.F. zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und

praxisbezogenen RLV nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V gefasst (DÄBl. 38/2008, A-1988, abrufbar unter www.kbv.de/8157.html). Nach Nr. 1.2 des Beschlusses werden die RLV nach Maßgabe von 2. und 3. für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt (Nr. 1.2.1). Die RLV werden nach Maßgabe von 2. und 3. je Arzt ermittelt (Teil F Nr. 1.2.2 Abs. 1 des Beschlusses). Nach Teil F Nr. 3.2.1 erhält jeder Arzt einer Arztgruppe gemäß Anlage 1 ein arztgruppenspezifisches Regelleistungsvolumen. Die Höhe des Regelleistungsvolumens eines Arztes ergibt sich für die in Anlage 1 benannten Arztgruppen aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen KV-bezogenen arztgruppenspezifischen Fallwertes (FWAG) gemäß Anlage 2 und der Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal. Für Regelleistungsvolumen relevante Fälle sind nach Nr. 2.3 kurativ-ambulante Arzt- und Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1, Abs. 1b Satz 1 und Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1, Abs. 1b Satz und Abs. 2 EKV, ausgenommen Notfälle im organisierten Notfalldienst (Muster 19a der Vordruckvereinbarung) und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die gemäß 2.2 nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen, abgerechnet werden. Die Regelung in Teil F Nr. 2.3 wurde mit Beschluss des Bewertungsausschusses vom 20.04.2009 (180. Sitzung, DÄ-Blatt, DÄ-BI. 2009 A 942) mit Wirkung zum 01.07.2009 wie folgt geändert: Für Regelleistungsvolumen relevante Fälle sind kurativ-ambulante Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1 und Abs. 2 EKV, ausgenommen Notfälle im organisierten Notfalldienst (Muster 19a der Vordruckvereinbarung) und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die gemäß 2.2 nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen, abgerechnet werden. Zur Umsetzung des Arztbezuges gemäß Nr. 1.2.2 ist die Bemessung des Regelleistungsvolumens mit den RLV-Fällen vorgegeben. a) In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 1. b) In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten entspricht die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 1 der Arztpraxis multipliziert mit seinem Anteil an der RLV-relevanten Arztfallzahl der Praxis. Sofern möglich, kann die RLV-Fallzahl je Arztgruppe in einer Arztpraxis ermittelt werden. Die Summe der RLV-Fälle einer Arztpraxis entspricht damit immer der Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle gemäß Satz 1 der Arztpraxis. Diese Regelung wurde für die Zeit ab dem 1.7.2009 mit der 2. Änderungsvereinbarung vom 10.6.2009 (abrufbar unter http://www.kvberlin.de/20praxis/60vertrag/10vertraege/hv/archiv/hv2009aenderung2_090401.pdf) im Wesentlichen wortgleich in den HVV übernommen. Nach Teil F Nr. 3.5 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.8.2008 beschließen die Partner der Gesamtverträge für Neuzulassungen von Vertragsärzten und Umwandlung der Kooperationsform Anfangs- und Übergangsregelungen. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge. Sofern nichts entsprechend Anderes vereinbart wurde, gilt für Ärzte, die im Aufsatzzeitraum noch nicht niedergelassen waren (Neupraxen), das arztgruppendurchschnittliche Regelleistungsvolumen für das jeweilige Quartal. Mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 20.4.2009 wurde die Regelung in Teil F Nr. 3.5 dahingehend ergänzt, dass Anfangs- und Erprobungsregelungen auch für Praxen in der Anfangsphase zu beschließen sind. In § 6 Abs. 4 HVV findet sich folgende Regelung für neu zugelassene Praxen: Ein neu niedergelassener Arzt erhält ein Regelleistungsvolumen auf Basis der Fallzahl des Vorgängerarztes. Soweit es keinen Vorgängerarztes gibt, erfolgt die Berechnung des Regelleistungsvolumens auf der Basis der Hälfte der durchschnittlichen, für das Regelleistungsvolumen relevanten Fallzahl der jeweiligen Arztgruppe. Soweit eine höhere Fallzahl - als die in Satz 1 und 2 zwei genannte - im Abrechnungsquartal tatsächlich erreicht wird, vergrößert sich das Regelleistungsvolumen des Arztes pro zusätzlichem Fall in Höhe des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe begrenzt bis zur durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe. Nach Ablauf von 12 Quartalen nach der Niederlassung berechnet sich das Regelleistungsvolumen auf der Basis der Fallzahl des Vorjahresquartals. Überschreitet er die durchschnittliche Fallzahl der Arztgruppe, gilt die vorgenannte Regelung nicht mehr. Der HVV für das Jahr 2009 enthält weder in seiner ursprünglichen Fassung entsprechend dem Beschluss des Landesschiedsamtes vom 21.11.2008 noch in der Fassung der Ergänzungsvereinbarung und der 7 Änderungsvereinbarungen eine Regelung zur Berechnung des RLV bei Umwandlung von Kooperationsformen. Eine solche Regelung wurde vielmehr erstmals in § 6 Abs. 6 des HVV für das Jahr 2010 (Beschluss des Landesschiedsamtes vom 11.12.2009, abrufbar unter <http://www.kvberlin.de/20praxis/60vertrag/10vertraege/hv/archiv/hv2010.pdf>) getroffen. Eine Übergangsregelung zur Berechnung des RLV bei Umwandlung von Kooperationsformen ist aber nach Teil F Nr. 3.5 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.8.2008 und des Beschlusses vom 20.4.2009 von den Gesamtvertragspartnern zwingend zu beschließen (zur Zulässigkeit der Delegation der Regelungsbefugnis vom Erweiterten Bewertungsausschuss auf die regionalen Gesamtvertragspartner in diesem Zusammenhang vgl. SG Marburg, Urteil vom 06.10.2010 - S 11 KA 189/10, juris Rdnrn. 119f.). Den Vorgaben des Erweiterten Bewertungsausschusses ist die Beklagte mit den übrigen Gesamtvertragsparteien aber nicht nachgekommen. Die fehlende Regelung kann auch angesichts der eindeutigen Vorgabe des Erweiterten Bewertungsausschusses nicht durch eine Entscheidung der Beklagten allein ersetzt werden, da es sich nicht um eine Einzelfallentscheidung für einen atypischen Fall handelt. Die besondere Lage nach Beendigung einer Gemeinschaftspraxis stellt keine unvorhersehbare Besonderheit oder unspezifische Härte dar. Vielmehr handelt es sich um "typische", immer wieder auftretende Ausnahmefälle. Die für die Honorarverteilung wesentlichen Grundsätze müssen im HVV selbst geregelt werden und dürfen nicht dem Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung im Wege von Einzelfallentscheidungen überlassen bleiben. Andernfalls würde es zu einer dem Gesetz widersprechenden Kompetenzverlagerung zum Vorstand sowie zum Unterlaufen der Einbeziehung der Krankenkassen in die Honorarverteilung kommen. Dies gilt erst recht seit der ab dem Jahre 2004 vorgeschriebenen vertraglichen Vereinbarung des HVV zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Verbänden der Krankenkassen (so SG Marburg, Urteil vom 16.11.2011 - S 12 KA 919/10, juris Rdnrn.46f. unter Hinweis auf BSG, Urteil vom 3.2.2010 - B 6 KA 1/09 R). Dass seitens der Gesamtvertragspartner eine Regelung zur Umwandlung von Kooperationsformen im HVV nicht für erforderlich gehalten wurde (so der Vortrag der Beklagten in dem Parallelverfahren S 83 KA 233/11), ist angesichts der gebundenen Regelung im Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses ("Die Partner der Gesamtverträge beschließen ") rechtlich unerheblich und erscheint schon deshalb wenig nachvollziehbar, als im HVV für das Jahr 2010 in § 6 Abs. 6 hierzu eine ausdrückliche Regelung aufgenommen wurde. Insofern besteht auch ein tatsächlicher Regelungsbedarf, weil - wie die Regelung in § 6 Abs. 6 des HVV 2010 zeigt - bei Auflösung einer Gemeinschaftspraxis neben einer Aufteilung des RLV nach den arztindividuell abgerechneten Fallzahlen auch eine Aufteilung nach anderen Maßstäben, etwa auf Grundlage einer vertraglichen Auseinandersetzungsvereinbarung, in Betracht käme. Die Beklagte wird daher eine ergänzende Regelung für die Umwandlung der Kooperationsform und damit auch für die Auflösung bzw. das Ausscheiden aus einer Berufsausübungsgemeinschaft mit den Vertragspartnern des HVV zu vereinbaren haben. Dabei ist auch zu regeln, welche Aufteilung maßgeblich ist, wenn eine Erklärung von allen ehemaligen Partnern der Berufsausübungsgemeinschaft nicht vorgelegt werden kann, da eine solche Erklärung angesichts möglicherweise divergierender Interessen nicht immer zustande kommen wird. Es kann auch die von der Beklagten praktizierte Aufteilung nach Vertragsbehandlern vereinbart werden. Ebenso ist es zulässig, auf vertragliche Vereinbarungen der Partner der Berufsausübungsgemeinschaft abzustellen (SG Marburg, a.a.O., Rdnr. 48). Insofern wäre eine Regelung, wie sie der HVV 2010 in § 6 Abs. 6 enthält, nicht zu beanstanden. Entgegen der insofern wohl von dem Kläger vertretenen Ansicht, der nicht nur die Aufteilung der RLV-Fälle nach Auflösung der Berufsausübungsgemeinschaft fordert, sondern für sich (unabhängig von der Anstellung der Frau Dr. D) auch ein

Wachstum beansprucht, bedarf es aber für die Umwandlung der Kooperationsform nur einer Übergangs- und nicht auch einer Wachstumsregelung. Dies ergibt sich bereits aus Wortlaut und innerer Systematik der Regelung in Teil F Nr. 3.5 des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 27./28.8.2008 in der Fassung des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 20.4.2009. Ebenso wenig wie eine Übergangsregelung für Praxen in der Anfangsphase Sinn macht, bedarf es einer Anfangsregelung für die Umwandlung von Kooperationsformen. Das "und" zwischen Anfangs- und Übergangsregelungen heißt nicht, dass für jede der Konstellationen zwingend Anfangs- und Übergangsregelungen zu beschließen sind, sondern ist so zu verstehen, dass je nach Konstellation Anfangsregelungen oder Übergangsregelungen oder beides zu beschließen ist. Auch vom Sinn- und Zweck her sind gesonderte Wachstumsregelungen für die Umwandlung von Kooperationsformen nicht erforderlich. Die Rechtsprechung des BSG – worauf sich die Anfangsregelungen jeweils erkennbar beziehen – verlangt Anfangsregelungen nur für neu zugelassene Praxen bzw. Praxen in der Aufbauphase. Wird – wie hier – lediglich eine Berufsausübungsgemeinschaft aufgelöst und am selben Standort als Praxisgemeinschaft zweier Einzelpraxen fortgeführt, bedarf es einer Anfangsregelung danach nicht (zur Problematik, ob es einer gesonderten Wachstumsregelung für Altpraxen bedarf, siehe unten II.3.). Für den Fall, dass es infolge der Aufgabe der Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft zu einer außergewöhnlich starken Fallzahlerhöhung kommt, ist in § 6 Abs. 3 Satz 2 lit. c) HVV die Möglichkeit einer Erhöhung des RLV vorgesehen. Sofern der Kläger in der mündlichen Verhandlung auf die Honorareinbrüche der beiden Partner der Praxisgemeinschaft ab dem Quartal III/2009 hingewiesen hat (vgl. die in dem Parallelverfahren S 83 KA 583/10 in der mündlichen Verhandlung überreichte Übersicht über die Entwicklung der Honorare und der Fallzahlen), dürften diese maßgebliche auf die Umstellung der Fallzählung ab diesem Quartal bei Berufsausübungsgemeinschaften von Arzt- auf Behandlungsfälle zurückzuführen sein, die für den Kläger und Dr. R. wegen der Anknüpfung an das Vorjahresquartal trotz zwischenzeitlicher Auflösung der Berufsausübungsgemeinschaft relevant war. Nur so lassen sich wohl das ab dem Quartal III/2009 erheblich verringerte RLV des Dr. R und die in diesem Rahmen maßgeblichen – erheblich geringeren – Fallzahlen der Quartale III/2008 und IV/2008 gegenüber dem Quartal II/2008 erklären. Dafür dürfte auch sprechen, dass der Kläger und Dr. R in der mündlichen Verhandlung selbst dargelegt haben, dass sie (wohl wegen des diabetologischen Schwerpunkts des Klägers) viele Patienten parallel behandelt haben und nach wie vor behandeln, was auch den nach der Auflösung der Berufsausübungsgemeinschaft deutlich gestiegenen Überweisungsanteil des Klägers erklären dürfte. Diese Umstellung der Fallzählung ist angesichts des Zwecks der hausärztlichen Versichertenpauschale, möglichst die gesamte hausärztliche Behandlung eines Patienten in einem Quartal vollständig abzugelten (vgl. § 87 Abs. 2b Satz 2 SGB V) rechtlich nicht zu beanstanden. Dieser Zweck schlägt auch auf die Berechnung des RLV einer fachgleichen hausärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft durch, so dass es konsequent ist, insofern Behandlungs- anstatt Arztfälle heranzuziehen. Da eine hohe Patientenidentität nach Umwandlung einer Berufsausübungsgemeinschaft in eine Praxisgemeinschaft für einen Gestaltungsmissbrauch spricht (vgl. dazu nur BSG, Beschluss vom 11.5.2011 – B 6 KA 1/11 B, m.w.N.), erscheint es konsequent, auch um Rahmen einer Übergangsregelung für den Fall der Umwandlung einer Berufsausübungsgemeinschaft in eine Praxisgemeinschaft auf den Anteil des jeweiligen Arztes an der Behandlungsfallzahl in der vormals bestehenden Berufsausübungsgemeinschaft abzustellen. Eine dahingehende Regelung im HVV wäre daher nicht zu beanstanden. II. Der Kläger kann eine Erhöhung seines RLV nicht zum Zwecke des Wachstums beanspruchen. 1. Dem Kläger war ein Wachstum nicht auf Grund der Anstellung der Frau Dr. D zuzugestehen. Die Wachstumsregelung gemäß § 6 Abs. 4 HVV findet auf angestellte Ärzte keine Anwendung (so auch – für die Vorgängerregelung unter Geltung der Individualbudgets – die 71. Kammer des SG Berlin, Urteil vom 17.11.2010 – S 71 KA 321/07, juris Rdnr. 83ff.). Dagegen spricht bereits der eindeutige Wortlaut dieser Regelung, der nur für neu niedergelassene Ärzte gilt. Eine eigene Niederlassung haben aber nur zugelassene Ärzte (einschließlich Berufsausübungsgemeinschaften) und Medizinische Versorgungszentren (vgl. § 95 Abs. 1 Satz 7 SGB V, § 17 der Musterberufsordnung für Ärzte). Noch deutlicher ist insofern die Ermächtigungsvorschrift in Teil F Nr. 3.5 des Beschlusses des erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.8.2008, wonach von den regionalen Gesamtvertragspartnern Anfangs- und Übergangsregelungen nur für Neuzulassungen von Vertragsärzten und Umwandlungen der Kooperationsform zu regeln sind. Die Regelungen stellen eindeutig auf die Niederlassung bzw. Zulassung ab und sind daher nicht auch auf die Anstellung von Ärzten durch einen zugelassenen Leistungserbringer anwendbar. Eine Auslegung der Jungpraxenregelung über den eindeutigen Wortlaut hinaus ist nicht möglich. Die Voraussetzungen für eine entsprechende Anwendung liegen ebenfalls nicht vor. Insofern fehlt es bereits an einer planwidrigen Regelungslücke, da nicht davon auszugehen ist, dass dem erweiterten Bewertungsausschuss bzw. den Gesamtvertragspartnern bei Schaffung der Jungpraxenregelung die Problematik der Übertragbarkeit auf angestellte Ärzte nicht bekannt war und eine diesbezügliche Regelung daher unbewusst nicht getroffen wurde. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass die Regelung bewusst auf Neuzulassungen beschränkt wurde, zumal sich auch die dieser Regelung zu Grunde liegende Rechtsprechung des Bundessozialgerichts – worauf die Klägerbevollmächtigten zutreffend hinweisen – ausschließlich mit dieser Konstellation befasst hat (dazu sogleich). Die Anstellung eines Arztes bzw. die Übernahme einer Arztstelle durch einen zugelassenen Leistungserbringer ist auch nicht mit der neuen Niederlassung eines Arztes vergleichbar. Die Jungpraxenregelung beruht auf der hierzu ergangenen Rechtsprechung des BSG (vgl. BSG, Urteil vom 28.01.2009 – B 6 KA 5/08 R, zitiert nach juris, m. umfängl. Nachweisen). Maßgeblich für die Forderung von Wachstumsregelungen ist für das BSG, dass umsatzmäßig unterdurchschnittlich abrechnende Praxen die Möglichkeit haben müssen, zumindest den durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe zu erreichen. Dem Vertragsarzt muss die Chance bleiben, durch Qualität und Attraktivität seiner Behandlung oder auch durch eine bessere Organisation seiner Praxis neue Patienten für sich zu gewinnen und so legitimerweise seine Position im Wettbewerb mit den Berufskollegen zu verbessern (BSG, a.a.O., juris Rdnr. 24). Stellt das BSG damit insbesondere auf die Wettbewerbssituation des Arztes am Markt ab, kann für die Anwendung der Wachstumsregelung bei Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ allein auf diese abgestellt werden und nicht auf die bei ihnen angestellten Ärzte, da nur sie als Wettbewerber am Markt teilnehmen. Dies gilt hinsichtlich der Möglichkeit des Wachstums allgemein sowie auch für die Frage, ob es sich um eine Jungpraxis handelt, für die ein unbeschränktes Wachstum möglich sein muss. Das BSG hält eine völlige Freistellung von Wachstumsbegrenzungen nur in der "Aufbauphase" einer Praxis für erforderlich. Die Anstellung eines Arztes auch in Verbindung mit der Übernahme einer weiteren (neuen) Arztstelle im Wege der Nachbesetzung ist jedoch mit der Aufbauphase einer Praxis nicht vergleichbar. Denn der eindeutige Sinn und Zweck des Privilegs für Jungpraxen besteht darin, einer neu zugelassenen Praxis eine wirtschaftliche Aufbauphase zu verschaffen, damit sie im Wettbewerb Fuß fassen kann. Bei einem angestellten Arzt ist eine solche Förderung aber gar nicht erforderlich und auch nicht geboten, weil der angestellte Arzt auf einem bestehenden Arztsitz üblicherweise in einen laufenden Betrieb einsteigt. Tritt ein Jungarzt die Praxisnachfolge eines Vertragsarztes mit unterdurchschnittlichem Leistungsvolumen an, steht rechtlich und wirtschaftlich die Übernahme der Praxis im Hintergrund. Tatsächlich baut der Nachfolger in der Einzelpraxis mit der Übernahme erst seine eigene Jungpraxis auf. Besetzt dagegen ein zugelassener Leistungserbringer einen Arztsitz mit einem angestellten Arzt nach, setzt die Einrichtung damit die vertragsärztliche Tätigkeit mit dem angestellten Arzt fort. Es handelt sich auch bei Übernahme einer weiteren (neuen) Arztstelle um das Wachstum einer bestehenden Praxis, nicht um den Aufbau einer neuen Praxis. Auch die mit der Übernahme einer weiteren Arztstelle verbundene wirtschaftliche Situation ist mit der Aufbauphase einer neuen Praxis nicht vergleichbar. Während ein zugelassener Leistungserbringer bereits über eine vollständig ausgestattete Praxis mit laufendem Praxisbetrieb und bestehendem Patientenstamm verfügt und er anhand der Patientenzahlen gut kalkulieren kann, ob sich die Anstellung eines weiteren Arztes nebst dem ggf. erforderlichen

Erwerb eines Arztsitzes für ihn wirtschaftlich lohnt, muss sich ein neu niedergelassener Leistungserbringer den gesamten Praxisbetrieb zunächst erst einmal aufbauen und Investitionen tätigen mit erheblich höherer Ungewissheit, ob sich diese für ihn rechnen. Insbesondere wird er die Patientenzahlen anfangs nur deutlich schwerer kalkulieren können. Dies gilt auch für einen neu zugelassenen Arzt, der eine Praxis bzw. einen Arztsitz innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft im Rahmen eines Nachbesetzungsverfahrens übernimmt. Auch er hat erhebliche Investitionen für den Kauf der Praxis bzw. für den "Einkauf" in die Berufsausübungsgemeinschaft zu tätigen und muss sich im Wettbewerb – auch gegenüber den Partnern der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft – neu behaupten. Gegen eine Anwendung der Jungpraxenregelung auf angestellte Ärzte spricht zudem, dass überdurchschnittlich abrechnenden Leistungserbringern hierdurch ein Wachstum oberhalb des Fachgruppendurchschnitts (bezogen auf die Anzahl der bei dem Leistungserbringer tätigen Ärzte) ermöglicht würde, worauf nach der Rechtsprechung des BSG zu den Wachstumsregelungen aber gerade kein Anspruch besteht. Aus den vorgenannten Gründen stellt die Nichtanwendbarkeit der Jungpraxenregelung auf angestellte Ärzte auch keinen Verstoß gegen den allgemeinen Gleichbehandlungsgrundsatz dar. Ob die Beklagte in dem von der Klägerin erwähnten Fall einer Zulassung eines zuvor als Jobsharing-Partner in der Gemeinschaftspraxis tätigen Arztes zu recht ein Wachstum gewährt hat, ist im vorliegenden Zusammenhang unerheblich. Zudem stellt das BSG – wie bereits dargelegt – hinsichtlich der Wachstumsregelung für Jungpraxen insbesondere auf die Wettbewerbssituation des neu niedergelassenen Arztes gegenüber seinen Berufskollegen ab. Dies umfasst auch das Verhältnis des neu niedergelassenen Arztes gegenüber den Partnern der eigenen Gemeinschaftspraxis, da auch in diesem Rahmen die von jedem Partner generierten bzw. generierbaren Umsätze von erheblicher Bedeutung sein werden. Diese Wertung trafe auch zu, wenn der betreffende Arzt bereits als Jobsharing-Partner der Gemeinschaftspraxis zugelassen gewesen sein sollte, da während des Jobsharing ein Wachstum wegen der bestehenden Leistungsobergrenzen nur in engen Grenzen möglich ist. Letztlich kommt es vorliegend darauf aber auch nicht an, da jedenfalls kein Anspruch auf Gleichbehandlung im Unrecht bestünde. 2. Ein Wachstum ist dem Kläger auch nicht im Zusammenhang mit der Auflösung der Gemeinschaftspraxis zugestehen. Insofern wird auf die obigen Ausführungen (siehe oben I.) verwiesen. 3. Wegen der der RLV-Systematik immanenten (zeitversetzten) Wachstumsmöglichkeit durch Fallzahlsteigerung ist eine gesonderte Wachstumsregelung für Altpraxen – anders als für Neupraxen und für Praxen in der Anfangsphase – nicht erforderlich (so auch Hessisches LSG, Beschluss vom 21.12.2009 – L 4 KA 77/09 B ER, juris Rdnr. 37; a.A. SG Marburg, Urteil vom 6.10.2010 – S 11 KA 189/10, juris Rdnrn. 111ff.; Urteil vom 16.11.2011, a.a.O., juris Rdnr. 51). Während Praxen in der Aufbauphase ein Wachstum bis zum Fachgruppendurchschnitt ohne Einschränkungen zu ermöglichen ist, muss umsatzmäßig unterdurchschnittlich abrechnenden Altpraxen nach der Rechtsprechung des BSG nur die Möglichkeit eingeräumt werden, durch Umsatzsteigerung jedenfalls bis zum Durchschnittsumsatz der Fachgruppe innerhalb von fünf Jahren aufzuschließen und damit ihre Praxis zu einer mit typischen Umsätzen auszubauen (vgl. zuletzt BSG, Urteil vom 3.2.2010, a.a.O., juris Rdnr. 15 m.w.N.). Dies wird ihnen jedoch durch die Systematik der RLV mit dem Abstellen auf die jeweiligen Fallzahlen des Vorjahresquartals auch ohne gesonderte Wachstumsregelung ermöglicht. Dass bei einer Steigerung der Fallzahlen ein Teil der Fälle zunächst nicht bzw. nur abgestaffelt vergütet wird, ist nicht Teil der Mengensteuerung, sondern lediglich Folge der mangels vorherigen Vorliegens der Abrechnungsdaten nur zeitversetzt möglichen Berücksichtigung der für das RLV maßgeblichen Fallzahlen. Diese lediglich zeitversetzte Berücksichtigung von Fallzahlsteigerungen kann bei Altpraxen (anders als bei Jungpraxen) hingenommen werden, zumal sich umgekehrt eine Fallzahlverringerung auch nur zeitversetzt auswirkt und damit bei einer Fallzahlverringerung in den Folgequartalen faktisch mehr Fälle voll vergütet werden als in dem betreffenden Quartal tatsächlich abgerechnet wurden, was sich zumindest dann zugunsten des betroffenen Arztes auswirkt, wenn er sein Regelleistungsvolumen trotz verringerter Fallzahl immer noch ausschöpft. Die Konstellation ist insofern vergleichbar mit der Problematik der zeitversetzten Berücksichtigung der Einkommensentwicklung bei der Bemessung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge von freiwillig versicherten hauptberuflich Selbstständigen gemäß § 240 Abs. 4 Satz 6 SGB V, die vom BSG ebenfalls grundsätzlich als unbedenklich angesehen wird (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 22.3.2006 – B 12 KR 14/05 R, juris Rdnr. 16). Ein (zeitversetztes) Wachstum durch Fallzahlsteigerung ist auch nicht "regelleistungswidrig" (so aber SG Marburg, a.a.O.), sondern wird durch das System der RLV – anders als etwa durch Individualbudgets – als Folge der Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen gerade ermöglicht (vgl. BT-Drs. 16/3100, S. 131 zu Absatz 2h). Eine Mengensteuerung im Hinblick auf die Fallzahl sehen Teil F Nr. 3.2.1 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.8.2008 und § 6 Abs. 2 Satz 3 HVV erst ab einer Fallzahl von über 150 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe vor. Im Umkehrschluss lässt sich dieser Regelung entnehmen, dass ein Wachstum durch Fallzahlsteigerung bis zu dieser Grenze ohne Einschränkung als zulässig und damit nicht regelleistungswidrig. Etwaigen Härten bei Fallzahlsteigerungen aus besonderen Gründen (Vertretung, Krankheit im Aufsatzquartal, Schließung einer Praxis in der Umgebung, Aufgabe der Zulassung durch einen Partner der Gemeinschaftspraxis) trägt die Ausnahmeregelung in § 6 Abs. 3 HVV hinreichend Rechnung. III. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Anerkennung von Praxisbesonderheiten, da solche nicht vorliegen. Nach Teil F. Nr. 3.6 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.8.2008 werden die Praxisbesonderheiten zwischen den Partnern der Gesamtverträge geregelt. Praxisbesonderheiten ergeben sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30% vorliegt. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge. Die (Konvergenz-)Beschlüssen vom 15.1.2009 (9. Sitzung, DÄ-BI. 7/2009 A 308) und vom 27.2.2009 (10. Sitzung, DÄ-BI. 2009 A 574, dort Nr. 4) enthalten in Bezug auf die Anerkennung von Praxisbesonderheiten folgende Konvergenzregelung: Die Partner der Gesamtverträge können aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung abweichend vom Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Versorgung im Jahr 2009, Beschluss Teil F, 3.6. zur Vorgabe eines Grenzwertes zur Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe in Höhe von mindestens 30% im Einzelfall eine Praxisbesonderheit feststellen, obwohl die so vorgegebene Überschreitung nicht vorliegt. In Umsetzung dieser Regelung vereinbarten die Beklagte und die Landesverbände der Krankenkassen mit der 1. Änderungsvereinbarung vom 31.3.2009 (abrufbar unter http://www.kvberlin.de/20praxis/60vertrag/10vertraege/hv/archiv/hv2009_aenderung1_090401.pdf) erstmals folgende Regelung zu den Praxisbesonderheiten (§ 5 Abs. 9 HVV): Gemäß Teil F Nr. 3.6 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in der Fassung vom 23. Oktober 2008 und Teil A des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 15. Januar 2009 (Konvergenzbeschluss) in der Fassung vom 27. Februar 2009 kann die KV Berlin auf Antrag eines Arztes Praxisbesonderheiten feststellen. Diese liegen in der Regel vor, wenn - ein besonderer Versorgungsauftrag und/oder eine besondere, für die Versorgung bedeutsame fachliche Spezialisierung besteht und - zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen RLV-Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 15 % vorliegt, wobei die morbiditätsbezogene Differenzierung des Regelleistungsvolumens nach Beschluss Teil F Anlage 2 Nr. 6 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 23.10.2008 zu berücksichtigen ist. Ein besonderer Versorgungsauftrag bzw. eine besondere, für die Versorgung bedeutsame Spezialisierung können z.B. sein: - Durchführung von Leistungen nach GOP 01410, 01413; - Durchführung von Leistungen nach GOP 20330, 20331, 20335, 20336, 20351, 20352; - Durchführung von Leistungen nach GOP 34502, 34503 bei akuter oder chronischer Schmerzsymptomatik; - Durchführung von Leistungen nach GOP 30130 EBM durch Allergologen oder - Durchführung von Leistungen des Kapitels 4.4 und 4.5 durch Kinderärzte; Vorliegend besteht in der Praxis des Klägers weder ein besonderer Versorgungsauftrag noch eine besondere für die Versorgung bedeutsame Spezialisierung. Für die Frage, wann ein besonderer

Versorgungsauftrag oder eine besondere, für die Versorgung bedeutsame fachliche Spezialisierung vorliegt, kann die Rechtsprechung des BSG zum besonderen Versorgungsbedarf im Rahmen der Erweiterung der Zusatz- und Praxisbudgets gemäß Nr. 4.3 der Allgemeinen Bestimmungen A I., Teil B, EBM 1996 zumindest sinngemäß herangezogen werden (siehe hierzu das Urteil der Kammer vom 8.6.2011 – S 83 KA 439/10 (unveröffentlicht) sowie – für die Zeit vor Geltung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.8.2008 – BSG, Urteile vom 29.6.11, B 6 KA 17/10 R u.a.). Danach setzte der besondere Versorgungsbedarf eine im Leistungsangebot der Praxis tatsächlich zum Ausdruck kommende Spezialisierung und eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung voraus, die messbaren Einfluss auf den Anteil der im Spezialisierungsbereich abgerechneten Punkte im Verhältnis zur Gesamtpunktzahl der Praxis hat. Dies erforderte vom Leistungsvolumen her, dass bei dem Arzt das durchschnittliche Punktzahlvolumen je Patient in dem vom Budget erfassten Bereich die Budgetgrenze übersteigt und zudem, dass bei ihm im Verhältnis zum Arztgruppendurchschnitt eine signifikant überdurchschnittliche Leistungshäufigkeit vorliegt, die zwar allein noch nicht ausreicht, aber immerhin ein Indiz für eine entsprechende Spezialisierung darstellt (vgl. zuletzt BSG, Urteil vom 22.3.2006 – B 6 KA 80/04 R, juris, m.w.N.). Diese Kriterien sind auch unter Geltung der RLV geeignet, das Merkmal der besonderen, für die Versorgung bedeutsamen Spezialisierung zu konkretisieren (vgl. BSG, Urteile vom 29.06.2011, a.a.O.). Eine vom Durchschnitt abweichende Praxisausrichtung, die Rückschlüsse auf einen Versorgungsbedarf erlaubt, kann sich auch hier in einem besonders hohen Anteil der in einem speziellen Leistungsbereich abgerechneten Punkte im Verhältnis zur Gesamtpunktzahl zeigen. Zur Begründung einer versorgungsrelevanten Besonderheit genügt es allerdings nicht, lediglich ein "Mehr" an fachgruppentypischen Leistungen abzurechnen (vgl. dazu BSG, Urteil vom 29.6.2011 B 6 KA 20/10 R). Die Überschreitung des praxis-individuellen RLV muss vielmehr darauf beruhen, dass in besonderem Maße spezielle Leistungen erbracht werden. Dabei wird es sich typischerweise um arztgruppenübergreifend erbrachte spezielle Leistungen handeln, die eine besondere (Zusatz-)Qualifikation und eine besondere Praxisausstattung erfordern. Deutliches Indiz für einen solchen speziellen Leistungsbereich ist die entsprechende Ausweisung dieser Leistungen im EBM (BSG, Urteil vom 29.6.2011 – B 6 KA 17/10 R, juris Rdnr. 22). Die Praxisbesonderheiten müssen die Behandlungsweise des Arztes zudem dauerhaft und nachhaltig prägen (Engelhard, in Hauck/Noftz, SGB V, EL 10/09, § 87b Rdnr. 51). Dies setzt in Anknüpfung an die Rechtsprechung des BSG zur Anerkennung eines Versorgungsschwerpunktes jeweils eine Überschreitung des Durchschnitts bzw. einen Anteil der Spezialleistungen von mindestens 20 % voraus (BSG, a.a.O., Rdnr. 23 m.w.N.). Um einerseits von einem dauerhaften Versorgungsbedarf auszugehen zu können, andererseits aber auch Schwankungen zwischen den Quartalen aufzufangen, ist nicht auf jedes einzelne Quartal abzustellen. Ausreichend ist, dass sich die Überschreitungen als Durchschnittswert in einem Gesamtzeitraum von vier aufeinander folgenden Quartalen ergeben (BSG, a.a.O.). Diese für die Zeit vor dem 1.1.2009 ergangene und den HVV für den Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen betreffende Rechtsprechung des BSG kann grundsätzlich auch für die Zeit ab dem 1.1.2009 herangezogen werden (ebenso SG Marburg, Urteil vom 23.11.2011 – S 11 KA 414/10; Urteil vom 16.11.2011 – S 12 KA 614/10; vgl. auch BSG, Urteile vom 29.6.2011 – B 6 KA 17/10 R, juris Rdnr. 31 und B 6 KA 20/10 R, juris Rdnr. 22), zumal Teil F Nr. 3.6 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.8.2008 selbst nicht näher konkretisiert, wann vom Vorliegen einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung auszugehen ist, sondern in quantitativer Hinsicht lediglich (zusätzlich) eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fachgruppenfallwerts von 30 % fordert. Dasselbe gilt grundsätzlich auch für die Zeit ab dem Quartal II/2009, weil der HVV für das Land Berlin ab diesem Zeitpunkt die Definition aus Teil F Nr. 3.6 des Beschlusses des erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.8.2008 weitgehend wortgleich übernimmt und lediglich die 30%-Grenze durch eine 15%-Grenze ersetzt. Die Anwendbarkeit der vom BSG aufgestellten Grundsätze für die Zeit ab dem 1. 1.2009 gilt auch in Bezug auf die 20 % - Grenze bezüglich der Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts und des Anteils der spezialisierten Leistungen am Gesamtpunktzahlvolumen über 4 Quartale, da der Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses keine abweichende Aussage dazu trifft, wann die Praxisbesonderheiten die Behandlungsweise des Arztes dauerhaft und nachhaltig prägen (vgl. Engelhard, a.a.O.) und dementsprechend eine "für die Versorgung bedeutsame" fachliche Spezialisierung darstellen. Die 30%-Grenze bzw. (ab dem Quartal II/2009) die 15%-Grenze nach § 5 Abs. 9 HVV betrifft nicht die Frage, wann eine für die Versorgung bedeutsame fachliche Spezialisierung vorliegt, sondern die sich daran anschließende Frage, unter welchen Voraussetzungen diese eine Erhöhung des RLV rechtfertigt. Die Beurteilung, ob Praxisbesonderheiten vorliegen, unterliegt der uneingeschränkten gerichtlichen Nachprüfung. Der Beklagten steht insoweit kein – der gerichtlichen Nachprüfung nur eingeschränkt zugänglicher – Beurteilungsspielraum zu. Die Beantwortung der Frage, ob die zu beurteilende Praxis eine für die Versorgung bedeutsame fachliche Spezialisierung aufweist, hängt von ermittel- und feststellbaren Umständen wie der Struktur des Leistungsangebots dieser Praxis, der Analyse der Abrechnungen in der Vergangenheit sowie einem Vergleich mit den entsprechenden Daten anderer Praxen ab. Ein Erkenntnis- oder Einschätzungsvorrang der KÄV, der eine Rücknahme der gerichtlichen Kontrolle der Rechtsanwendung legitimieren könnte, besteht insoweit nicht (vgl. dazu BSG, Urteil vom 6.9.2000 – B 6 KA 40/99 R = SozR 3-2500 § 87 Nr. 26 sowie BSG, Urteile vom 29.6.2011, a.a.O.). Unter Berücksichtigung der vorgenannten Grundsätze liegen Praxisbesonderheiten in der Praxis des Klägers nicht vor. Zu dieser Überzeugung gelangt die mit einem Facharzt für Allgemeinmedizin fachkundig besetzte Kammer nach Auswertung der von der Beklagten im vorliegenden Verfahren und in dem Parallelverfahren S 83 KA 233/11 vorgelegten Abrechnungsstatistiken und unter Berücksichtigung des Vortrags des Klägers und seines Praxisgemeinschaftspartners in der mündlichen Verhandlung. Der Kläger hat keine speziellen und von der Typik der Arztgruppe abweichenden Leistungen angegeben, die er im Vergleich zur Arztgruppe überdurchschnittlich häufig abrechnet. Er hat insofern lediglich auf das hohe Alter seiner Patienten und auf die überdurchschnittlich häufige Abrechnung des Chronikerzuschlags (EBM-Nr. 03212) verwiesen. Ein überdurchschnittlich hohes Alter der Patienten stellt aber schon deshalb keine anzuerkennende Praxisbesonderheit dar, weil dieser Umstand bereits über den Morbiditätsfaktor Alter (Altersfaktor) abschließend Berücksichtigung findet (Engelhard, a.a.O., § 87b Rdnr. 51). Auch die Behandlung eines überdurchschnittlich hohen Anteils an chronisch kranken Patienten stellt keine Praxisbesonderheit dar. Unabhängig davon, dass auch dieser Aspekt im Rahmen des Morbiditätsfaktors Alter mit Berücksichtigung findet, da der Anteil chronischer Erkrankungen (erst recht der vom Kläger im Verwaltungsverfahren angegebenen Erkrankungen Diabetes, KHK, Asthma bronchiale, COPD) mit zunehmendem Alter naturgemäß ansteigt, gehört die Behandlung chronisch kranker Patienten – und damit die Abrechnung des Chronikerzuschlages gem. der EBM-Nr. 03212 – aber zum typischen Spektrum einer allgemeinmedizinischen hausärztlichen Praxis und beruht nicht darauf, dass in besonderem Maße spezielle – von der Typik der Arztgruppe abweichende – Leistungen erbracht werden. Dies zeigt sich neben der Verortung dieser Leistungsposition bei den hausärztlichen Versichertenpauschalen auch daran, dass die EBM-Nr. 03212 ausweislich der von der Beklagten im Parallelverfahren S 83 KA 233/11 vorgelegten Abrechnungsstatistiken auch von der Fachgruppe im Durchschnitt in über 40 % der Fälle abgerechnet wird. Zur Begründung einer versorgungsrelevanten Besonderheit genügt es aber gerade nicht, lediglich ein "Mehr" an fachgruppentypischen Leistungen abzurechnen (BSG, Urteil vom 29.6.2011 – B 6 KA 20/10 R, juris Rdnr. 17f.). Die Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus, KHK, Asthma bronchiale und COPD gehört zum typischen Spektrum einer allgemeinmedizinischen Praxis. Auch die vom Kläger und Dr. R in der mündlichen Verhandlung nochmals dargelegte umfassende Untersuchung und Behandlung der Patienten insbesondere im Bereich der Diagnostik (u.a. Belastungs-EKG gem. EBM-Nr. 03321, Langzeit-EKG gem. EBM-Nr. 03322, Langzeitblutdruckmessung gem. EBM-Nr. 03324 und spiographische Untersuchung gem. EBM-Nr. 03330) stellt im Rahmen einer allgemeinmedizinischen Praxis keine Besonderheit dar, was sich bereits aus der entsprechenden Verortung dieser

Leistungen im EBM ergibt. Allein die "ganzheitliche" Betreuung der Patienten ist in einer allgemeinmedizinischen Praxis schon angesichts des umfassenden hausärztlichen Versorgungsauftrages (vgl. zu diesem etwa BSG, Urteil vom 22.03.2006 – B 6 KA 76/04 R, juris Rdnrn. 23ff.; vgl. auch BSG, Urteil vom 15.11.1995 – 6 RKA 58/94, juris Rdnr. 23) nicht fachgruppenuntypisch. Der Verweis des Klägers auf das Urteil des SG Marburg vom 23.11.2011 (S 11 KA 414/10, juris) verfängt insofern nicht. Danach können zwar ausnahmsweise auch fachgruppentypische Leistungen eine Praxisbesonderheit darstellen. Eine solche Ausnahme liegt hier jedoch nicht vor. Im Fall des SG Marburg erbrachte eine von nur 7 Praxen der Fachgruppe der Humangenetiker hochspezialisierte Leistungen der Syndromdiagnostik. Die Versorgung vermehrt chronisch kranker Patienten durch einen Hausarzt ist damit nicht zu vergleichen. Eine Pflicht zur generellen Berücksichtigung aller Praxisbesonderheiten besteht von Verfassungs wegen nicht (BSG, Urteil vom 23.02.2005 – B 6 KA 55/03 R, juris Rdnr. 28 m.w.N.). Könnte jeder Arzt ein auf seine spezielle Praxissituation zugeschnittenes Leistungskontingent beanspruchen, würde dies der mit der Einführung der RLV bezweckten Mengensteuerung zuwiderlaufen (vgl. BSG, a.a.O.). Aufgabe des Bewertungsausschusses und der regionalen Gesamtvertragspartner ist es in diesem Rahmen nur, den mit jeder notwendig typisierenden und generalisierenden Regelung im Einzelfall möglicherweise einhergehenden Verwerfungen in angemessener Weise Rechnung zu tragen, um im Einzelfall für den Arzt unverhältnismäßige und somit gegen sein Grundrecht aus Art 12 Abs 1 GG verstoßende Ergebnisse zu vermeiden (vgl. BSG, a.a.O.). Diesen Anforderungen genügen die Regelungen in den Beschlüssen des (erweiterten) Bewertungsausschusses und im HVV. Soweit der Kläger die Führung einer Diabetes-Schwerpunktpraxis als Praxisbesonderheit geltend macht, hat er keine speziellen Leistungen benannt, die er im Verhältnis zur Fachgruppe überdurchschnittlich häufig erbringt. Die einzigen insofern in Betracht kommenden Laborleistungen (vgl. die EBM-Nr. 32022) werden außerhalb des RLV vergütet (vgl. § 3 lit. h), Ziff. VII HVV). Sofern der Kläger dargelegt hat, dass sich der Diabetes-Schwerpunkt in der vermehrten Abrechnung der Chronikerpauschale widerspiegeln, weil diese Patienten die Praxis mehrfach im Quartal aufsuchen würden, wird auf die obigen Ausführungen zur vermehrten Abrechnung der Chronikerpauschale verwiesen. Sich allein daraus ergebende Mehranforderungen sind stellen in einer allgemeinmedizinischen Praxis keine Praxisbesonderheit dar und sind zudem über den Morbiditätsfaktor Alter überwiegend mit abgegolten. Nur ergänzend sei insofern darauf hingewiesen, dass der vom Kläger in der mündlichen Verhandlung geltend gemachte hohe Überweisungsanteil, der sich anhand der von der Beklagten zur Streitwertberechnung überreichten Abrechnungsdaten der streitbefangenen Quartale noch nachvollziehen ließ, in den von der Beklagten im Parallelverfahren des Dr. R S 83 KA 233/11 vorgelegten Abrechnungsstatistiken der vormaligen Berufsausübungsgemeinschaft im Jahr 2008 keine Entsprechung gefunden hat. Die reduzierten Versichertenpauschalen nach den EBM-Nrn. 03121 und 03122 wurden in sämtlichen Quartalen des Jahres 2008 von der damaligen Berufsausübungsgemeinschaft sogar unterdurchschnittlich häufig (i.d.R. in weniger als 1 % der Fälle) abgerechnet. Insofern dürfte vieles dafür sprechen, dass der deutlich erhöhte Überweisungsanteil ab dem Quartal II/2009 im Zusammenhang mit der Umwandlung der vormaligen Berufsausübungsgemeinschaft in eine Praxisgemeinschaft steht. Da anzuerkennende Praxisbesonderheiten nicht vorlagen, kommt es auf die Rechtmäßigkeit der von der Beklagten im Rahmen der Anerkennung von Praxisbesonderheiten angestellten Berechnungen (Vergleich des budgetierten Fallwerts des Vorjahresquartals mit dem RLV-Fallwert des betreffenden Quartals und Berücksichtigung der Fallzahlentwicklung unter Geltung der Individualbudgets) vorliegend nicht an. Insofern sei nur ergänzend darauf hingewiesen, dass die Kammer die Einschätzung der Klägerbevollmächtigten teilt, dass im Rahmen des Fallwertvergleichs grundsätzlich die unbudgetierten Fallwerte des Vorjahresquartals zu vergleichen sind (vgl. dazu die Urteile der Kammer vom 30.11.2011 – S 83 KA 159/10 und S 83 KA 199/10). C. Nach alledem erweist sich der angefochtene Bescheid nur insoweit als rechtswidrig, als es für die Berechnung des RLV nach Auflösung der Berufsausübungsgemeinschaft mit Dr. R an der zwingend erforderlichen rechtlichen Grundlage im HVV fehlt. Insofern war die Beklagte unter teilweiser Aufhebung des angefochtenen Bescheides zur Neubescheidung zu verpflichten, wobei sie vor der Neubescheidung auf eine Änderung Ergänzung des HVV für das Jahr 2009 hinzuwirken hat. Im Übrigen war die Klage abzuweisen. Da die Rechtsauffassung des Gerichts auch hinsichtlich des erforderlichen Inhalts der zu treffenden Übergangsregelung für die Umwandlung von Kooperationsformen (nur Aufteilung des RLV, kein Wachstum) erheblich von derjenigen des Klägers abweicht, war die Klage auch insoweit im Übrigen abzuweisen (vgl. Keller, in Meyer-Ladewig u.a., SGG, 9. Aufl., § 141 Rdnr. 11a). D. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i.V.m. § 155 Abs. 1 Satz 1 VwGO. Der Kläger begehrte ausweislich der Ausführungen zum Streitwert eine Erhöhung seines RLV für die Quartale III/2009 und IV/2009 soweit, dass er nicht mehr der Abstaffelung unterliegt und sämtliche Leistungen voll vergütet werden. Ein Anspruch darauf besteht nicht. Vielmehr erscheint zweifelhaft, ob der Kläger im Rahmen der vorzunehmenden Neubescheidung überhaupt ein höheres RLV erhalten wird. Die Neuzuweisung des RLV im Zuge der Auflösung der Berufsausübungsgemeinschaft mit Dr. R dürfte der Regelung in § 6 Abs. 6 des HVV 2010 entsprechen und es erscheint nahe liegend, dass die Gesamtvertragspartner die für 2009 zu treffende Regelung entsprechend der im HVV 2010 getroffenen Regelung ausgestalten werden. Mit seinen wesentlichen Begehren, nämlich der Gestattung eines uneingeschränkten Wachstums bis zum Fachgruppendurchschnitt und der Anerkennung von Praxisbesonderheiten, ist der Kläger nicht durchgedrungen. Insofern erscheint es angemessen, ihm den deutlich überwiegenden Teil der Kosten des Verfahrens aufzuerlegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2014-07-25