S 11 KA 739/16

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Hessen
Sozialgericht	Sozialgericht Marburg
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 11 KA 739/16
Datum	29.01.2020

2. Instanz

Aktenzeichen	L 4 KA 7/20
Datum	22.03.2023

3. Instanz

Datum	28.08.2024

Auf die Berufung der KlÃ¤gerin wird das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 29. Januar 2020 aufgehoben.

Die Beklagte wird unter Ãnderung des Honorarbescheides fÃ¼r das Quartal IV/2015 vom 3. April 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Oktober 2016 verpflichtet, der KlÃ¤gerin fÃ¼r das Quartal IV/2015 den Aufschlag bei der Zusatzpauschale der GOP 04040 EBM von 14 Punkten in der HÃ¶he von 1.796,01 Euro festzusetzen und zu zahlen.

Die Beklagte trÃ¤gt die Kosten des erst- und zweitinstanzlichen Verfahrens.

Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten um die HÃ¶he von vertragsÃ¤rztlichen Honorarzahlungen fÃ¼r das Quartal IV/2015.

Die KlÃ¤gerin stellt eine BerufsausÃ¼bungsgesellschaft (BAG) dar, deren Mitglieder,

Frau Dr. A. und Herr B., im streitgegenstÃ¤ndlichen Zeitraum (seit dem 1. Januar 2015) als FachÃ¤rzte fÃ¼r Kinder- und Jugendmedizin mit Praxissitz in A-Stadt an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung teilnahmen. Frau Dr. A. verfÃ¼gt als Jobsharing Junior Partnerin seit dem 1. Januar 2015 Ã¼ber eine vinkulierte (eingeschrÃ¤nkte) Zulassung. Nach dem Zulassungsbeschluss des Zulassungsausschusses fÃ¼r Ãrzte bei der KassenÃ¤rztlichen Vereinigung Hessen vom 28. Oktober 2014 ist Frau Dr. A. zur gemeinsamen vertragsÃ¤rztlichen TÃ¤tigkeit mit Herrn B. zugelassen. Durch die vinkulierte Zulassung darf Frau Dr. A. in einem an sich gesperrten Versorgungsbereich tÃ¤tig sein und nach 10 Jahren den Arztsitz des Jobsharing-Partners Ã¼bernehmen. In diesem Zusammenhang verpflichteten sich Frau Dr. A. und Herr B., den Umfang der frÃ¼heren Einzelpraxis von Herrn B. nicht wesentlich zu Ã¼berschreiten.

Mit Honorarbescheid vom 3. April 2016 stellte die Beklagte fÃ¼r das Quartal IV/2015 einen Gesamthonoraranspruch von 69.738,48 â¬ fest. Bei der Berechnung der Zusatzpauschale fÃ¼r die Wahrnehmung des hausÃ¤rztlichen Versorgungsauftrages gemÃ¤Ã Â§ 73 Abs. 1 Sozialgesetzbuch FÃ¼nftes Buch â Gesetzliche Krankenversicherung â (SGB V) nach der GebÃ¼hrenordnungsposition (GOP) des Einheitlichen BewertungsmaÃstabes (EBM) berÃ¼cksichtigte die Beklagte 635 BehandlungsfÃ¤lle pro Arzt (Behandlungsfallzahl der Praxis gesamt: 1.307, abzÃ¼glich einer nicht-relevanten Behandlungsfallzahl von 37 als relevante Fallzahl: 1.270 wovon 1.179 BehandlungsfÃ¤lle von Frau Dr. A. und 89 BehandlungsfÃ¤lle von Herrn B. berÃ¼cksichtigt wurden, Bl. 1, 33, 34 der Verwaltungsakte der Beklagten â VA -). Bei Praxen mit weniger als 400 hausÃ¤rztlichen BehandlungsfÃ¤llen je Kinderarzt sei ein Abschlag i.H.v. 14 Punkten und bei mehr als 1.200 BehandlungsfÃ¤llen ein Aufschlag i.H.v. 14 Punkten auf die GOP 04040 vorzunehmen. Die Behandlungsfallzahl je Arzt werde ermittelt, indem die relevante Behandlungsfallzahl der Praxis durch die Anzahl der in der Praxis tÃ¤tigen KinderÃ¤rzte dividiert werde. FÃ¼r die Bestimmung der Anzahl der KinderÃ¤rzte sei der Umfang der TÃ¤tigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berÃ¼cksichtigen. Bei der Division der relevanten Fallzahl von 1.270 durch 2 KinderÃ¤rzte der Praxis ergebe sich keine BerÃ¼cksichtigung eines Zu- oder Abschlages. Gegen den Honorarbescheid vom 3. April 2016 erhob die KlÃ¤gerin mit Schreiben vom 7. Juni 2016 Widerspruch und begrÃ¼ndete dies mit der NichtgewÃ¤hrung des Aufschlags auf die Vorhaltepauschale nach der GOP 04040 EBM. Aufgrund der Konstellation einer BAG im Jobsharing-Verfahren bestehe fÃ¼r die Mitglieder gemeinsam eine LeistungsbeschrÃ¤nkung. Die BehandlungsfÃ¤lle kÃ¶nnten dadurch nicht oder nur minimal gesteigert werden. Aufgrund dessen solle auch die relevante gemeinsame Behandlungsfallzahl von 1.270 fÃ¼r den streitgegenstÃ¤ndlichen Zuschlag im Gesamten als Grundlage der Berechnung dienen.Â

Gegen die Honorarbescheide der Beklagten vom 3. Juli 2015 (Quartal I/2015), vom 30. September 2015 (Quartal II/2015), vom 6. Januar 2016 (Quartal III/2015) erhob die KlÃ¤gerin unter dem 2. September 2015, 22. November 2015 und dem 26. Februar 2016 jeweils Widerspruch. Mit Widerspruchsbescheid vom 26. Oktober 2016 wies die Beklagte diese zurÃ¼ck.

Die KlÃ¤gerin hat gegen den Widerspruchsbescheid vom 26. Oktober 2016 am 21. November 2016 Klage zu dem Sozialgericht Marburg erhoben. Mit Beschluss vom 29. November 2016 hat das Sozialgericht Marburg die Verfahren fÃ¼r die Quartale II/2015 bis IV/2015 abgetrennt und als separate Verfahren mit den Az.: S 16 KA 737/16 (Quartal II/2015), S 16 KA 738/16 (Quartal III/2015) und S 16 KA 739/16 (Quartal IV/2015) gefÃ¼hrt. Zur BegrÃ¼ndung hat die KlÃ¤gerin auch im Klageverfahren darauf hingewiesen, dass der Honoraranspruch fÃ¼r das Quartal IV/2015 neu festzusetzen sei, soweit der Aufschlag auf die Vorhaltepauschale nach der GOP 04040 EBM nicht gewÃ¤hrt worden sei. Da die KlÃ¤gerin eine Zulassung als Jobsharing-BAG habe, habe sie letztendlich nur einen Versorgungsauftrag als FachÃ¤rzte fÃ¼r Kinder- und Jugendmedizin inne. Soweit fÃ¼r die Bestimmung der Anzahl der Ãrzte der Umfang der TÃ¤tigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berÃ¼cksichtigen sei und ein Versorgungsauftrag von 1,0 vorliege, kÃ¶nne zur Berechnung der Anzahl der Ãrzte letztendlich nur der Versorgungsauftrag von 1,0 zugrunde gelegt werden. Im Rahmen des vorliegenden Modelles teile sich ein bereits zugelassener Vertragsarzt seinen Versorgungsauftrag mit einem zusÃ¤tzlich tÃ¤tigen Arzt. Bei der Bedarfsplanung werde dieser zusÃ¤tzliche Teilnehmer an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung nicht mitgezÃ¤hlt. Als relevante Fallzahl fÃ¼r die Berechnung zur Bewertung der Vorhaltepauschale sei die Fallzahl der Praxis insgesamt zu berÃ¼cksichtigen. Die Beklagte hat im Klageverfahren an ihrer Rechtsauffassung, dass vorliegend keine ZuschlÃ¤ge (14 Punkte = 10%) nach der Vorhaltepauschale gewÃ¤hrt werden kÃ¶nnten, festgehalten. Nach dem klaren Wortlaut der Legende der GOP 04040 bezÃ¶gen sich die jeweiligen Grenzzahlen immer auf einen einzelnen Arzt in der Praxis, was bedeute, dass in einer BAG die gesamten von der BAG erbrachten BehandlungsfÃ¤lle durch die Anzahl der dort tÃ¤tigen KinderÃ¤rzte zu teilen sei. Regelungen ausschlieÃlich bezÃ¼glich der Bedarfsplanung im Jobsharing-Modell tangierten nicht die Honorarverteilung. So erhalte Frau Dr. A. auch wie alle anderen Ãrzte ein eigenes Regelleistungsvolumen und sei auch wie alle anderen zugelassenen Ãrzte in der Honorarverteilung zu berÃ¼cksichtigen. Hieraus ergÃ¤ben sich fÃ¼r die BAG der KlÃ¤gerin sogar Vorteile, indem sie durch die GrÃ¼ndung einer fachgleichen kinderÃ¤rztlichen BAG einen 22,5% Aufschlag auf die Grundpauschale erhalten wÃ¼rde. Die Ansicht, dass die Mitglieder der KlÃ¤gerin sich die Zulassung quasi teilten und entsprechend behandelt werden mÃ¼ssten als ob jeder Einzelne von ihnen einen Zulassungsanteil von weniger als 1 habe, widerspreche dem Wesen des Jobsharings und auch der diesbezÃ¼glichen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (B 6 KA 36/12 R und B 6 KA 43/12 R). Der Umfang der TÃ¤tigkeit sei laut Zulassungsbeschluss auch nicht begrenzt worden. Es bestehe lediglich eine Punktzahlobergrenze. Auf die mÃ¼ndliche Verhandlung vom 29. Januar 2020, in der das Sozialgericht gleichfalls das Verfahren S 11 KA 686/16 verhandelt hat, hat dieses die Klage abgewiesen und die KlÃ¤gerin verurteilt, die Kosten des Verfahrens zu tragen. In seinen EntscheidungsgrÃ¼nden fÃ¼hrt das Sozialgericht im Wesentlichen folgendes aus:

â€Der streitgegenstÃ¤ndliche Aufschlag auf die Zusatzpauschale zu den GOP 04000 und 04030 fÃ¼r die Wahrnehmung des hausÃ¤rztlichen Versorgungsauftrags gem. Â§ 73 Abs. 1 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch â€ Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) ist im fÃ¼nften Absatz der Anmerkung zur GOP

04040 im EBM vorgesehen. Er kommt Praxen zugute, in denen ein Facharzt fÃ¼r Kinder- und Jugendmedizin vertragsÃ¤rztliche Leistungen durchfÃ¼hrt und berechnet. Das trifft auf die KlÃ¤gerin zu. Entscheidende Voraussetzung ist sodann, dass die Praxis im Quartal auf mehr als 1.200 â□□BehandlungsfÃ¤lle je Arztâ□□ kommt. Die Berechnung dieses Quotienten ist in der Anmerkung zur GOP 04040 selbst vorgegeben. Zu dividieren ist die Gesamtzahl der BehandlungsfÃ¤lle einer Praxis durch die Anzahl der Ã□rzte, wobei deren â□□Umfang der TÃ¤tigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berÃ¼cksichtigenâ□□ ist.
Vor diesem rechtlichen Hintergrund erweist sich die Vorgehensweise der Beklagten als rechtmÃ¤Ã□ig. Sie hat zutreffend die Zahl der BehandlungsfÃ¤lle beider Gesellschafter der KlÃ¤gerin addiert und sodann durch zwei geteilt. Der so gebildete Quotient liegt deutlich unter 1.200, so dass die KlÃ¤gerin die fÃ¼r den Aufschlag vorausgesetzte Anzahl von â□□BehandlungsfÃ¤llen je Arztâ□□ nicht erreicht hat.
Entgegen der Ansicht der KlÃ¤gerin bietet das ihrer BerufsausÃ¼bungsgemeinschaft zugrundeliegende Job-Sharing-VerhÃ¤ltnis keine hinreichende Grundlage, um die Gesamtzahl der BehandlungsfÃ¤lle der Praxis nur durch eins zu dividieren. In der Anmerkung zur GOP 04040 findet sich zu diesem speziellen Fall keine Sonderregelung. Daher ist von der allgemeinen Vorgabe auszugehen, dass der Umfang der TÃ¤tigkeit laut Zulassungsbescheid maÃ□gebend ist. Sowohl Frau Dr. A. als auch Herr B. sind zur vertragsÃ¤rztlichen Versorgung zugelassen. Ihre Zulassungsbescheide enthalten keine Regelung Ã¼ber einen reduzierten Umfang der TÃ¤tigkeit. Daher ist jeder der beiden Ã□rzte mit einem Zulassungsumfang von 1,0 zu berÃ¼cksichtigen. Daran Ã¤ndert auch die vinkulierte Zulassung von Frau Dr. A. als Job-Sharing-Juniorpartnerin nichts. Irrelevant fÃ¼r den vorliegenden Fall ist damit, dass sich die Job-Sharing-Partner verpflichtet haben, den Umfang der frÃ¼heren Einzelpraxis von Herrn B. nicht wesentlich zu Ã¼berschreiten. Zwar ist der Praxisumfang der KlÃ¤gerin zur Durchsetzung dieser Leistungsbegrenzung im streitgegenstÃ¤ndlichen Zeitraum durch Festlegung eines quartals-bezogenen Gesamtpunktzahlvolumens fÃ¼r das 1. Leistungsjahr beschrÃ¤nkt gewesen. Darauf kommt es aber nach dem oben Gesagten nicht an. Denn Rechtsfolge dieser Leistungsbegrenzung ist ja gerade, dass dadurch ausnahmsweise die â□□Zulassungâ□□ eines Arztes in einem Planungsbereich, fÃ¼r den ZulassungsbeschrÃ¤nkungen angeordnet sind, erreicht werden kann (Â§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V). Zwar ist diese Zulassung nach MaÃ□gabe von Â§ 101 Abs. 3 SGB V beschrÃ¤nkt. Dort ist aber auch geregelt, wann die BeschrÃ¤nkung und die Leistungsbegrenzung enden. Da es sich demnach um vorÃ¼bergehende Belastungen handelt, die zudem bewusst in Kauf genommen werden, um trotz einer Ã□berversorgung eine Zulassung zu erlangen, erscheint es der Kammer vertretbar, dass im EBM an dieser Stelle nur nach dem Umfang der TÃ¤tigkeit laut Zulassungsbescheid differenziert wird und weitere Besonderheiten auÃ□er Betracht bleiben. Ein VerstoÃ□ gegen hÃ¶herrangiges Recht liegt darin nicht.â□□

Mit Beschluss vom 14. April 2020 hat das Sozialgericht den Streitwert nach einer Probeberechnung der Beklagten auf 1.796,01 â□¬ festgesetzt. Im Rahmen der Berechnung hat die Beklagte den streitigen Betrag fÃ¼r das Quartal IV/2015 mit 1.796,01 â□¬ netto (1.847,89 â□¬ brutto) berechnet (Bl. 40 der GA).

Gegen das den ProzessbevollmÃ¤chtigten der KlÃ¤gerin am 18. Februar 2020 zugestellte Urteil hat diese am 17. MÃ¤rz 2020 Berufung bei dem Hessischen Landessozialgericht eingelegt. Soweit seitens des Sozialgerichts ausgefÃ¼hrt werde, dass sowohl Frau Dr. A. als auch Herr B. zur vertragsÃ¤rztlichen Versorgung zugelassen seien und der Zulassungsbescheid keine Regelung Ã¼ber einen reduzierten Umfang der TÃ¤tigkeit enthalte, sodass beide Ãrzte mit einem Zulassungsumfang von 1,0 zu berÃ¼cksichtigen seien, sei entgegenzuhalten, dass der Beschluss des Zulassungsausschusses aus der Sitzung vom 28. Oktober 2014, ausgefertigt am 4. Februar 2015, im Tenor ausfÃ¼hre, dass Frau Dr. A. zur âgemeinsamen vertragsÃ¤rztlichen TÃ¤tigkeit mit Herrn B. zugelassenâ sei. Dies zeige, dass gerade keine separate Zulassung von Frau Dr. A. vorliege. Vielmehr liege beim Jobsharing die Besonderheit darin begrÃ¼ndet, dass die Zulassung in einem gesperrten Planungsbereich erfolge und die Partner der BAG zu einer Leistungsbegrenzung verpflichtet seien, die den bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich Ã¼berschreite. Aus diesem Grund kÃ¶nne die Regelung nach der GOP 04040 EBM in diesen Konstellationen nicht darauf abzielen, dass durch die Anzahl der Ãrzte dividiert werde. Es mÃ¼sse tatsÃ¤chlich ein Versorgungsauftrag von 1,0 zugrunde gelegt werden. Es bestehe eine Praxis mit einem Versorgungsauftrag, der von zwei Mitgliedern der BAG ausgefÃ¼llt werde. Auch im EBM der betreffenden GOP werde fÃ¼r die Bestimmung der Anzahl der Ãrzte auf den Umfang der TÃ¤tigkeit laut Zulassungs- und Genehmigungsbescheid RÃ¼ckgriff genommen. Der KlÃ¤gerin sei durchaus bewusst gewesen, dass durch die Zulassung im Rahmen des Jobsharings eine Punktzahlobergrenze bestehe, bei deren Ãberschreitung eine HonorarrÃ¼ckforderung geltend gemacht werde. Grund hierfÃ¼r sei, die Bedarfsplanung durch das Hinzutreten eines weiteren Leistungserbringers nicht zu umgehen. Zwar bestehe mit der Zulassung im Rahmen des Jobsharings eine unbegrenzte Berechtigung zur Teilnahme an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung. Eine Ausweitung des Praxisumfangs auf 2.400 BehandlungsfÃ¤lle wÃ¼rde die Teilnahme am Jobsharing-Verfahren ad absurdum fÃ¼hren. Entgegen der Auffassung der Beklagten interpretiere die KlÃ¤gerin die Kooperationsform einer Gesellschaft, die durch das Jobsharing begrÃ¼ndet werde, nicht als Teilung einer Zulassung. Im Fall einer Teilung des Versorgungsauftrages wÃ¤re fÃ¼r die Bestimmung der Anzahl der Ãrzte der Umfang der TÃ¤tigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berÃ¼cksichtigen, sodass fÃ¼r beide Ãrzte ein hÃ¤lftiger Versorgungsauftrag vorgelegen hÃ¤tte. In diesem Fall wÃ¤re die Fallzahl lediglich durch eins dividiert worden, sodass die Voraussetzungen zur Anerkennung des Zuschlags gegeben wÃ¤ren. Bereits aus diesem Grund kÃ¶nne im Rahmen des Jobsharings keine Schlechterstellung im Vergleich zur Teilung des Versorgungsauftrags vorgenommen werden. Zur BestÃ¤tigung seines Vorbringens hat die KlÃ¤gerin den Beschluss des Zulassungsausschusses vom 28. Oktober 2014, Frau Dr. A. betreffend, vorgelegt.Â

Die KlÃ¤gerin beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 29. Januar 2020 aufzuheben und den Honorarbescheid der Beklagten fÃ¼r das Quartal IV/2015 vom 3. April 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Oktober 2016 abzuÃ¤ndern und die Beklagte zu verpflichten, ihr fÃ¼r das Quartal IV/2015 den Aufschlag bei der Zusatzpauschale der GOP 04040 EBM von 14 Punkten in der HÃ¶he von 1.796,01

Euro netto festzusetzen und zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Sie hÃ¤lt die erstinstanzliche Entscheidung fÃ¼r zutreffend. Ein Jobsharing habe keinerlei Einfluss auf honorarverteilende Regelungen. Die Vorgaben, aus denen sich eine Begrenzung der TÃ¤tigkeit im Jobsharing ergebe, seien bereits in der Bedarfsplanungsrichtlinie geregelt und betrÃ¤fen ausschlieÃlich die Bedarfsplanung. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts besitze eine Begrenzung der Punktoberzahlgrenze im Jobsharing keinen Einfluss auf Regelungen des EBM oder der Honorarverteilung und die Berechtigung zur Teilnahme an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung werde nach dem Bundessozialgericht durch ein laufendes Jobsharing nicht begrenzt. Insoweit werde laut Leistungslegende der GOP 04040 EBM fÃ¼r die Bestimmung der Anzahl der Ãrzte gemÃ¤Ã Nr. 1 der PrÃ¤ambel 4.1 der Umfang der TÃ¤tigkeit laut Zulassungbeschluss auch nicht begrenzt (lediglich eine Punktoberzahlgrenze, nicht jedoch die Leistungserbringung). Das Wort â gemeinsamâ im Rahmen des Zulassungsbeschlusses beschreibe lediglich die Kooperationsform einer Gesellschaft, die durch das Jobsharing erst begrÃ¼ndet werde und keine Teilung der Zulassung. Aufgrund der rechtsdogmatisch strikten Trennung der beiden Regelungsbereiche kÃ¶nne dies dazu fÃ¼hren, dass die KlÃ¤gerin bei mehr als 2.400 BehandlungsfÃ¤llen zunÃ¤chst einen 10% Aufschlag im Rahmen der Honorarberechnung erhalte, sich jedoch andererseits zeitlich nachfolgend bei der ÃberprÃ¼fung der Einhaltung der Punktoberzahlgrenzen (bei Ãberschreitung) nach einem Leistungsjahr mit HonorarrÃ¼ckforderungen konfrontiert sehe.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes nimmt der Senat auf die Gerichtsakte und die VerwaltungsvorgÃ¤nge der Beklagten Bezug, die Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung waren.

EntscheidungsgrÃ¼nde

Die zulÃ¤ssige Berufung ist auch begrÃ¼ndet.

Die KlÃ¤gerin hat einen Anspruch auf NachvergÃ¼tung fÃ¼r das Quartal IV/2015 in der geltend gemachten HÃ¶he.

Die kombinierte Anfechtungs-, Verpflichtungs- und Leistungsklage gegen den erlassenen Honorarbescheid vom 3. April 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Oktober 2016 (Â§ 54 Abs. 1, Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz â SGG -) ist zulÃ¤ssig und auch begrÃ¼ndet. Gegenstand des Berufungsverfahrens ist der Anspruch der KlÃ¤gerin auf weitere VergÃ¼tung fÃ¼r das Quartal IV/2015 und der dazu erlassene und von ihr angefochtene Honorarbescheid der Beklagten vom 3. April 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Oktober 2016.

Rechtsgrundlage fÃ¼r den Anspruch der KlÃ¤gerin auf hÃ¶heres Honorar ist Â§ 85

SGB V in der im IV. Quartal 2015 geltenden Fassung (vom 22. Dezember 2011, BGBl I S. 2983). Danach steht jedem Vertragsarzt ein Anspruch auf Teilhabe an den von den Krankenkassen entrichteten GesamtvergÃ¼tungen entsprechend der Art und dem Umfang der von ihm erbrachten abrechnungsfÃ¤higen Leistungen nach MaÃgabe der Verteilungsregelungen im HonorarverteilungsmaÃstab zu. Das NÃ¤here zu Inhalt und Umfang der abrechnungsfÃ¤higen Leistungen ist im Einheitlichen BewertungsmaÃstab fÃ¼r Ã¤rztliche Leistungen (EBM-Ã) bestimmt, an dessen Vorgaben die KassenÃ¤rztliche Vereinigung bei der Ausgestaltung ihrer Honorarverteilung gebunden ist. Â

Streitig ist im Berufungsverfahren allein, ob der KlÃ¤gerin ein Aufschlag i.H. von 14 Punkten auf die GOP 04040 EBM (2015) â Zusatzpauschale zu den GOP 04000 EBM (Versichertenpauschale) und 04030 EBM (Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme zwischen 19:00 und 7:00 Uhr, an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. bei persÃ¶nlichem Arzt-Patienten-Kontakt) fÃ¼r die Wahrnehmung des hausÃ¤rztlichen Versorgungsauftrags gemÃ¤Ã Â§ 73 Abs. 1 SGB V zu gewÃ¤hren ist. Dies ist nach der Auffassung des Senats der Fall.

FÃ¼r die Auslegung der genannten GOP EBM ist in erster Linie der Wortlaut der Regelung maÃgebend. Hierbei kommt der Beklagten auch kein Beurteilungsspielraum zu. Zur Frage der Auslegung einer GOP folgt der Senat nach eigener ÃberprÃ¼fung der stÃ¤ndigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts. Dieses fÃ¼hrt insoweit in seiner Entscheidung vom 25. November 2020, B 6 KA 14/19 R, zitiert nach juris Rdnr. 18 aus:

âGrund fÃ¼r die besondere Bedeutung des Wortlauts ist nach der zu den GOP des EBM-Ã ergangenen stÃ¤ndigen Rechtsprechung des Senats (BSG Urteil vom 11.12.2013 â B 6 KA 14/13 R â SozR 4-2500 Â§ 87 Nr 28 RdNr 11; zuletzt: BSG Urteil vom 11.9.2019 â B 6 KA 22/18 R â SozR 4-5531 Nr 01210 Nr 1 RdNr 13 jeweils mwN) zum einen, dass das vertragliche Regelwerk dem Ausgleich der unterschiedlichen Interessen von Ãrzten und Krankenkassen dient und es vorrangig Aufgabe des Normgebers des EBM-Ã â des Bewertungsausschusses gemÃ¤Ã Â§ 87 Abs. 1 SGB V â ist, Unklarheiten zu beseitigen. Zum anderen folgt die primÃ¤re Bindung an den Wortlaut aus dem Gesamtkonzept des EBM-Ã als einer abschlieÃenden Regelung, die keine ErgÃ¤nzung oder LÃ¼ckenfÃ¼llung durch RÃ¼ckgriff auf andere Leistungsverzeichnisse bzw. GebÃ¼hrenordnungen oder durch analoge Anwendung zulÃ¤sst. Raum fÃ¼r eine systematische Interpretation im Sinne einer Gesamtschau der in innerem Zusammenhang stehenden vergleichbaren oder Ã¤hnlichen LeistungstatbestÃ¤nde besteht nur dann, wenn der Wortlaut eines Leistungstatbestandes zweifelhaft ist und es einer Klarstellung bedarf. Eine entstehungsgeschichtliche Auslegung kommt bei unklaren oder mehrdeutigen Regelungen ebenfalls in Betracht, kann allerdings nur anhand von Dokumenten erfolgen, in denen die Urheber der Bestimmungen diese in der Zeit ihrer Entstehung selbst erlÃ¤utert haben. Leistungsbeschreibungen dÃ¼rfen weder ausdehnend ausgelegt noch analog angewendet werden. Diese GrundsÃ¤tze gelten auch fÃ¼r KostenerstattungstatbestÃ¤nde, sofern sie eine Pauschalerstattung vorsehen (BSG Urteil vom 11.12.2013 â B 6 KA 14/13 R â

SozR 4-2500 Â§ 87 Nr 28 RdNr 11; BSG Urteil vom 16.12.2015 â□□ B 6 KA 39/15 R â□□ SozR 4-5531 Nr 40100 Nr 1 RdNr 25).â□□

Obligater Leistungsinhalt der GOP 04040 EBM ist die Vorhaltung der zur ErfÃ¼llung von Aufgaben der hausÃ¤rztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen, einmal im Behandlungsfall. Dies ist zwischen den Beteiligten unstreitig. Die BerechnungsfÃ¤higkeit der Vorhaltepauschale dient der StÃ¤rkung der Wahrnehmung des hausÃ¤rztlichen Versorgungsauftrags (vgl. hierzu: Landessozialgericht fÃ¼r das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 17. Februar 2021, L 11 KA 50/19; Bundessozialgericht, Urteil vom 28. Oktober 2015, B 6 KA 42/14 R â□□ zitiert nach juris). Bei Praxen mit weniger als 400 BehandlungsfÃ¤llen je Arzt gemÃ¤Ã□ Nr. 12 der PrÃ¤ambel 4.1, in denen ein Arzt gemÃ¤Ã□ Nr. 1 der PrÃ¤ambel 4.1 vertragsÃ¤rztliche Leistungen durchfÃ¼hrt und berechnet (BehandlungsfÃ¤lle der Praxis gemÃ¤Ã□ Nr. 12 der PrÃ¤ambel 4.1, in denen ein Arzt gemÃ¤Ã□ Nr. 1 der PrÃ¤ambel 4.1 vertragsÃ¤rztliche Leistungen durchfÃ¼hrt und berechnet, dividiert durch Anzahl der Ã□rzte gemÃ¤Ã□ Nr. 1 der PrÃ¤ambel 4.1) ist ein Abschlag i.H. von 14 Punkten auf die GOP 04040 vorzunehmen. Bei Praxen mit mehr als 1.200 BehandlungsfÃ¤llen je Arzt gemÃ¤Ã□ Nr. 12 der PrÃ¤ambel 4.1, in denen ein Arzt gemÃ¤Ã□ Nr. 1 der PrÃ¤ambel 4.1 vertragsÃ¤rztliche Leistungen durchfÃ¼hrt und berechnet, ist ein Aufschlag i.H. von 14 Punkten auf die GOP 04040 vorzunehmen. FÃ¼r die Bestimmung der Anzahl der Ã□rzte gemÃ¤Ã□ Nr. 1 der PrÃ¤ambel 4.1 ist dabei der Umfang der TÃ¤tigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berÃ¼cksichtigen (Anmerkung 5 der GOP 04040 EBM).Â

Ausgehend von dem Tenor des Beschlusses des Zulassungsausschusses vom 28. Oktober 2014 ist fÃ¼r die Bestimmung der Anzahl der Ã□rzte gemÃ¤Ã□ Nr. 1 der PrÃ¤ambel 4.1 bei der GOP 04040 EBM dabei von 1 Arzt auszugehen. Eine Division der BehandlungsfÃ¤lle der Praxis durch 2 FachÃ¤rzte fÃ¼r Kinder- und Jugendmedizin hat nach der Auffassung des Senats wegen der Besonderheiten des Jobsharings nicht zu erfolgen.

Ausweislich des Beschlusses des Zulassungsausschusses fÃ¼r Ã□rzte vom 28. Oktober 2014 liegt hier ein so genanntes Jobsharing in der Variante einer Jobsharing-Zulassung der JuniorÃ¤rztin in Verbindung mit einer BAG-Bildung zwischen Seniorarzt und JuniorÃ¤rztin nach Â§ 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V vor. Der bereits zugelassene Seniorarzt teilt seinen Versorgungsauftrag mit einer zusÃ¤tzlich tÃ¤tig werdenden JuniorÃ¤rztin und einigt sich mit dieser Ã¼ber Umfang und Aufteilung der gemeinsamen Leistungserbringung intern. Bei der Bedarfsplanung wird der Juniorarzt als zusÃ¤tzlicher Teilnehmer an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung nicht mitgezÃ¤hlt (Frehse in: Schnapp/Wigge, Handbuch des Vertragsarztrechts, 3. Auflage 2017, Â§ 5 C Rdnr. 38). Die Zulassung des Jobsharing-Partners ist dabei an die Zulassung des Praxispartners gebunden. Die Beendigung der BAG fÃ¼hrt automatisch zur Beendigung der Jobsharing-Zulassung (Plagemann, MÃ¼nchener Anwaltshandbuch Sozialrecht, 5. Auflage 2018, Teil D. SGB V â□□ Gesetzliche Krankenversicherung, Â§ 19 Rdnr. 83). Frau Dr. A. wurde als FachÃ¤rztin fÃ¼r Kinder- und Jugendmedizin fÃ¼r den Vertragsarztsitz A-StraÃ□e, A-Stadt, zur gemeinsamen vertragsÃ¤rztlichen TÃ¤tigkeit mit Herrn B. gemÃ¤Ã□ Â§ 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V in Verbindung mit Abschnitt 9 Â§ 40 der Bedarfsplanungs-Richtlinie

(BPlRL) mit Wirkung zum 1. Januar 2015 zugelassen. Die Zulassung ist nach dem Beschluss gemÃ¤Ã Â§ 101 Abs. 3 SGB V auf die Dauer der gemeinsamen vertragsÃ¤rztlichen TÃ¤tigkeit mit Herrn B. beschrÃ¤nkt. In zulassungsbeschrÃ¤nkten Planungsbereichen kÃ¶nnen Ãrzte ausnahmsweise zur vertragsÃ¤rztlichen Versorgung zugelassen werden, wenn sie ihre TÃ¤tigkeit zusammen mit einem bereits zugelassenen Arzt in einer BAG aufnehmen, Â§ 101 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. Abs. 3 SGB V. Die Vorschrift dient der Schaffung zusÃ¤tzlicher BeschÃ¤ftigungsmÃ¶glichkeiten fÃ¼r Ãrzte, ohne damit zugleich eine Leistungsausweitung auszulÃ¶sen. Voraussetzung ist zum einen, dass sich beide Partner der Gemeinschaftspraxis gegenÃ¼ber dem Zulassungsausschuss verpflichten, den bisherigen (abrechenbaren) Leistungsumfang beizubehalten bzw. nicht wesentlich zu Ã¼berschreiten (vgl. Â§ 4 BPlRL), d.h. das quartalsbezogene Gesamtpunktezahlvolumen des bisherigen Praxisinhabers, errechnet auf Basis der vorausgegangenen mindestens vier Quartale, verbunden mit einem Aufschlag von 3% darf nicht Ã¼berschritten werden. Zum anderen muss eine FachgebietsidentitÃ¤t zwischen beiden Partnern bestehen (vgl. hierzu ausfÃ¼hrlich den Beschluss des Zulassungsausschusses vom 28. Oktober 2014 und ergÃ¤nzend: Bundessozialgericht, Urteile vom 28. August 2013, B 6 KA 36/12 R und B 6 KA 43/12 R; Bundessozialgericht, Urteile vom 17. MÃ¤rz 2021, B 6 KA 32/19 R und vom 13. Februar 2019, B 6 KA 58/17 R, zitiert nach juris; Frehse und Wigge in: Schnapp/Wigge, Handbuch des Vertragsarztrechts, 3. Auflage 2017, Â§ 5 C Rdnr. 38 und Â§ 6 Rdnr. 119 m.w.N.).Â

Hierbei verkennt der Senat nicht, dass vorliegend, worauf die Beklagte zutreffend hinweist, keine hÃ¤lftige Zulassung der Mitglieder der BAG vorliegt. Der Senat folgt jedoch nicht der von der Beklagten vertretenen Auffassung, dass nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts Regelungen ausschlieÃlich bezÃ¼glich der Bedarfsplanung im Jobsharing-Modell nicht die Honorarverteilung tangieren. Nach der statusrechtlichen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts begrenzt die Jobsharing-Obergrenze nicht die Berechtigung des Arztes, gegenÃ¼ber Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung Leistungen zu erbringen. Sie beschrÃ¤nkt aber gerade den Umfang der Leistungen, die gegenÃ¼ber der KassenÃ¤rztlichen Vereinigung abrechnungsfÃ¤hig sind und stellt damit einen expliziten Bezug auch zum EBM her. Hierzu fÃ¼hrt das Bundessozialgericht in seiner Entscheidung vom 13. Februar 2019, B 6 KA 58/17 R â zitiert nach juris â Rdnr. 22ff explizit aus:

â Die Obergrenze regelt nicht das â AuÃenverhÃ¤ltnisâ zum Patienten, sondern das â Abrechnungsverhaltenâ gegenÃ¼ber der KÃV. In diesem Sinne definiert auch die Bedarfsplanungs-Richtlinie in der hier noch maÃgebenden Fassung vom 15.2.2007 (BAnz 2007, 3491; im Folgenden: BedarfsplRL aF) in Â§ 23c Abs 1 S 1 (jetzt inhaltsgleich in Â§ 42 Abs 1 S 1 BedarfsplRL) die Abrechnungsobergrenze als â Gesamtpunktzahlvolumina â¦, welche bei der Abrechnung â¦ als LeistungsbeschrÃ¤nkung maÃgeblich sind (Obergrenze)â.

Grundlage der LeistungsbeschrÃ¤nkung fÃ¼r Jobsharing-Praxen ist Â§ 92 Abs 1 S 2 Nr 9, Â§ 101 Abs 1 S 1 Nr 4 SGB V iVm Â§Â§ 23a ff BedarfsplRL aF. Mit der Genehmigung der Anstellung eines weiteren Arztes erfolgt eine fÃ¶rmliche Zuerkennung der Teilnahmeberechtigung im Sinne der statusrechtlichen

Rechtsprechung des Senats; damit steht fest, dass der angestellte Arzt zur Teilnahme an der Versorgung berechtigt ist. Der im Rahmen des Jobsharings angestellte Arzt (wie auch der zugelassene Partner) darf vertragsÃ¤rztlich tÃ¤tig werden und muss die LeistungsbeschrÃ¤nkungen nach Â§ 101 Abs 1 S 1 Nr 4 und 5 SGB V beachten. Auch bei Ãberschreitungen der Grenzen bleiben die Behandlungen der Versicherten jedoch vertragsÃ¤rztliche Leistungen, fÃ¼r die allerdings nur begrenztes Honorar gewÃ¤hrt wird. Eine im Rahmen des Jobsharings erteilte, mit der Festsetzung von Abrechnungsobergrenzen verbundene Anstellungsgenehmigung (oder Zulassung) hat nicht zur Folge, dass der betroffene Arzt nur Ã¼ber eine entsprechend begrenzte Berechtigung zur Teilnahme an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung verfÃ¼gt. Vielmehr ist er auch dann (weiterhin) zur Behandlung gesetzlich krankenversicherter Patienten berechtigt, wenn er mit weiteren Behandlungen seine Abrechnungsobergrenze Ã¼berschreiten wÃ¼rde.

FÃ¼r eine BeschrÃ¤nkung der â□□Leistungsbegrenzungâ□□ auf einen Abrechnungsausschluss spricht auch deren Zweck. Die durch Art 1 Nr 35 des Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-NOG vom 23.6.1997, BGBl I 1520) eingefÃ¼hrten Regelungen in Â§ 101 Abs 1 S 1 Nr 4 und 5 SGB V dienen der Flexibilisierung, â□□ohne mit diesen Regelungen die Gefahr einer Leistungsausweitung auszulÃ¶senâ□□ (vgl Ausschussbericht zum 2. GKV-NOG, BT-Drucks 13/7264 S 65). Die zusÃ¤tzliche Zulassung eines Jobsharing-Arztes (bzw die entsprechende Genehmigung der Anstellung) sollte weitgehend kostenneutral gestaltet werden (Zeller/Zalewski in Liebold/Zalewski, Kassenarztrecht, Stand August 2010, Â§ 101 SGB V RdNr 12). Im Fokus stand damit die finanzielle StabilitÃ¤t der GKV; fÃ¼r diese ist es aber â□□ grundsÃ¤tzlich â□□ ohne Bedeutung, ob bestimmte Leistungen erbracht werden, wenn damit keine (zusÃ¤tzliche) VergÃ¼tung verbunden ist.

Da es sich bei der Leistungsbegrenzung im Rahmen der Jobsharing-Regelungen nicht um ein aus der Ãberschreitung einer Abrechnungsgrenze resultierendes Leistungserbringungsverbot handelt, werden auch bei Ãberschreitung der Jobsharing-Obergrenze alle abgerechneten Leistungen bis zum abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumen gemÃ¤Ã Â§ 23c/Â§ 23k BedarfsplRL 2007 (jetzt Â§ 60 BedarfsplRL vom 20.12.2012) mit einer punktemÃ¤Ãigen Anerkennungsquote wie beim seinerzeitigen honorarbegrenzenden Praxisbudget (abrechenbare begrenzte Gesamtpunktzahl gem Teil B Nr 1 EBM-Ã 1996) vergÃ¼tet.â□□

Soweit die Beklagte im Rahmen ihrer Argumentation zusÃ¤tzlich auf den BAG-Aufschlag auf die Grundpauschale RÃ¼ckgriff nimmt, ist dies mit den oben dargestellten AuslegungsgrundÃ¤tzen des Bundessozialgerichts, die GOP EBM betreffend, nicht vereinbar.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 197a Sozialgerichtsgesetz (SGG) i.V.m. Â§Â§ 154 Abs. 1, 162 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Revision ist zuzulassen, da die Voraussetzungen des Â§ 160 Abs. 2 SGG im Sinne einer grundsÃ¤tzlichen Bedeutung vorliegen.Â

Â

Erstellt am: 08.09.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024