## S 38 KA 338/17

## Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land Bundesrepublik Deutschland

Sozialgericht Bundessozialgericht

Sachgebiet Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung -

Kategorie Urteil
Bemerkung Rechtskraft -

Deskriptoren Vertragsärztliche Versorgung –

Kassenärztliche Vereinigung - Regelung

im Honorarverteilungsmaßstab zu

Kooperationszuschlägen für

Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten – Geltung

auch für Jobsharing-

Berufsausübungsgemeinschaften und

Jobsharing-Anstellungen
Fine Regelung in einem

Leitsätze Eine Regelung in einem

Honorarverteilungsmaßstab zu Kooperationszuschlägen für

Berufsausübungsgemeinschaften und für Praxen mit angestellten Ärzten erfasst

auch Jobsharing-

Berufsausübungsgemeinschaften und Jobsharing-Anstellungen, soweit diese nicht ausdrücklich ausgenommen sind.

SGB V § 87b Abs 1 S 1; SGB V § 87b Abs 1 S 2; SGB V § 87b Abs 2 S 1; SGB V § 87b

<u>Abs 2 S 2</u>; SGB V <u>§ 87b Abs 4</u>; KÄVHVM BY

Abschn B Nr 7.3.6 Abs 3 S 4

1. Instanz

Normenkette

Aktenzeichen S 38 KA 338/17 Datum 21.03.2018

2. Instanz

Aktenzeichen L 12 KA 21/18 Datum 16.01.2019

3. Instanz

Datum 17.03.2021

Â

Auf die Revision des Klägers werden die Urteile des Bayerischen Landessozialgerichts vom 16. Januar 2019 und des Sozialgerichts MÃ⅓nchen vom 21. März 2018 sowie der Widerspruchsbescheid der Beklagten vom 12. Juli 2017 aufgehoben. Die Beklagte wird verpflichtet, Ã⅓ber den Honoraranspruch des Klägers fÃ⅓r das Quartal 1/2016 unter Abänderung des Honorarbescheides vom 17. August 2016 mit der MaÃ□gabe neu zu entscheiden, dass der Honorarberechnung ein um 10% erhöhtes Regelleistungsvolumen zugrunde zu legen ist.

Die Beklagte trÄxgt die Kosten des Verfahrens in allen Rechtszügen.

Â

Gründe:

I

Â

1

Die Beteiligten streiten dar  $\tilde{A}^{1/4}$ ber, ob die Beklagte bei der Berechnung des Honorars des Kl $\tilde{A}$ ¤gers aus vertrags  $\tilde{A}$ ¤rztlicher T $\tilde{A}$ ¤tigkeit f $\tilde{A}^{1/4}$ r das Quartal  $\tilde{A}$  1/2016 einen 10% igen Zuschlag auf das Regelleistungsvolumen (RLV) zu ber  $\tilde{A}^{1/4}$ cksichtigen hat.

Â

2

Der Kläger ist als Facharzt fýr Lungenâ $\square$  und Bronchialheilkunde im Bezirk der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÃ $\square$ V) zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Seit dem 1.10.2015 beschäftigte er eine angestellte Ã $\square$ rztin im Rahmen eines sog Jobsharings.

Â

3

Gegen den ihm für das Quartal 1/2016 erteilten Honorarbescheid legte der Kläger Widerspruch mit der Begründung ein, dass die Beklagte einen 10%igen Zuschlag auf das Regelleistungsvolumen in die Berechnung des Honorars hätte einstellen mÃ⅓ssen. Nach Abschnitt B Nr 7.3.6 des maÃ□gebenden HonorarverteilungsmaÃ□stabs der Beklagten (im Folgenden: HVM) sei der Zuschlag BerufsausÃ⅓bungsgemeinschaften (BAGen), Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und Praxen mit angestellten Ã□rzten zu gewähren. Die Beklagte wies den Widerspruch des Klägers mit der BegrÃ⅓ndung zurÃ⅓ck, dass die

Zuschlagsregelung bei Jobsharingâ Praxen keine Anwendung finde.

Â

4

Das SG MÃ<sup>1</sup>/<sub>4</sub>nchen hat die dagegen gerichtete Klage des Klägers abgewiesen (Urteil vom 21.3.2018  $\hat{a} \square \square \hat{A} = \frac{\hat{A} \times \hat{A} \times \hat{$ LSG zurückgewiesen. Die Beklagte habe eine Regelung zu einem 10%igen Zuschlag auf das RLV nichtstandortübergreifender fach- und schwerpunktgleicher BAGen, MVZ und Praxen mit angestellten Ã\(\textit{\Gamma}\)rzten der gleichen Arztgruppe getroffen. Danach bestehe Anspruch auf den Zuschlag zwar grundsÄxtzlich auch für Praxen mit angestellten Ã∏rzten. Auf Jobsharingâ∏∏Konstellationen sei die Regelung jedoch nicht anwendbar. Der 10%ige Zuschlag auf das RLV sei als Ausgleich für die praxisbezogene anstelle einer arztbezogenen Fallzahlbestimmung für das RLV eingeführt worden. Die geänderte Fallzählung habe sich für BAGen, nicht jedoch für Einzelpraxen mit Jobsharing-Angestellten nachteilig ausgewirkt, weil nach dem hier geltenden HVM für den Jobsharingâ∏∏Angestellten kein eigenes RLV gebildet werde. Die Arztfälle des Jobsharing-Angestellten seien vielmehr dem anstellenden Arzt anzurechnen. Das habe zur Folge, dass bei Einzelpraxen mit Jobsharingâ∏Angestellten die ArztfĤlle identisch mit den BehandlungsfĤllen des anstellenden Arztes seien. Dadurch habe sich die Umstellung von der Arztfallzahl auf die Behandlungsfallzahl bei Jobsharingâ∏Praxen nicht ausgewirkt, sodass es auch keiner Ausgleichsregelung bedurft habe. AuA⊓erdem sei zu berA¼cksichtigen, dass Jobsharingâ□□Praxen einer Leistungsbegrenzung unterlĤgen. Mit dieser Leistungsbegrenzung wĤre ein 10%iger Aufschlag auf das RLV nicht zu vereinbaren. Durch den Jobsharingâ∏∏Arzt dýrfe es zu keiner Ausweitung des Leistungsumfangs kommen. Dagegen könne der KlĤger auch nicht mit Erfolg einwenden, dass auch in der Grľndung einer Jobsharingâ∏∏Praxis eine kooperative Behandlung des Patienten liege. Der BAGânnZuschlag finde seine Rechtfertigung neben dem Nachteilsausgleich auch in der Förderung der gemeinschaftlichen Berufsausübung von Ã∏rzten. Die Vorteile einer BAG zB in Gestalt einer besseren Auslastung teurer medizinischer GerÄxte oder des Angebots IAxngerer Sprechzeiten wA¼rden auf die Jobsharingâ∏Anstellung mit Leistungsbegrenzung nur in sehr eingeschrĤnktem MaÃ⊓e zutreffen. Eine Jobsharingâ∏∏Zulassung oder eine Jobsharing-Anstellung habe nicht in erster Linie eine kooperative Berufsausübung und die damit verbundenen Vorteile für den Patienten zum Ziel, sondern stelle eine Möglichkeit dar, auch bei Anordnung von ZulassungsbeschrĤnkungen gerade jungen Ä∏rzten eine Tätigkeit innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung zu ermöglichen. Die FA¶rderung von Jobsharing-Konstellationen durch Zuerkennung eines Zuschlags in Höhe von 10% würde der für diese Kooperationsform geltenden UmsatzbeschrÄxnkung zuwiderlaufen.

Â

5

Mit seiner Revision macht der Kläger eine Verletzung des â§â 87b Absâ 2 Satzâ 2 SGB V geltend. Ferner habe das LSG Abschnitt B Nr 7.3.6 HVM der Beklagten unzutreffend ausgelegt. Auch bei dieser Regelung handele es sich um eine revisible Norm, da sich deren Geltungsbereich faktisch über den Bezirk des Berufungsgerichts hinaus erstrecke. Gleichlautende Vorschriften wA\(^1\)/4rden auch im Bezirk des Badenâ∏∏Württembergischen LSG, im Bezirk des LSG Niedersachsenâ∏Bremen sowie im Bezirk des Hessischen LSG gelten. Dass sich der in anderen LSGâ∏Bezirken geltende HVM in Punkten unterscheide, auf die es hier für die Entscheidung nicht ankomme, sei unmaÃ∏geblich. Insbesondere der im Bezirk des Badenâ∏Württembergischen LSG geltende HVM entspreche in den hier relevanten Punkten dem im Bezirk des Bayerischen LSG geltenden HVM. Die ̸bereinstimmung der honorarverteilungsrechtlichen Regelungen sei aus Gründen der Rechtsvereinheitlichung bewusst und gewollt. Das folge aus dem Umstand, dass mit den Regelungen zum sog BAGâ∏Zuschlag jeweils die Vorgaben zur Honorarverteilung der KassenĤrztlichen Bundesvereinigung (KÃ\BV) gemäÃ\ §Â 87b Abs 4 SGBÂ V umgesetzt worden seien.

Â

6

Die Beklagte habe sein Honorar zu Unrecht ohne ErhĶhung des RLV um den sog BAGâ∏Zuschlag berechnet. Dabei sei das LSG davon ausgegangen, dass der BAGâ∏Zuschlag dem Ausgleich von Fallzählungsverlusten im Zusammenhang mit der Umstellung der Fallzählung von Arztâ∏ auf Behandlungsfälle diene. Schon nach dem Wortlaut des Abschnitts B Nr 7.3.6 HVM werde der vom Kläger begehrte Zuschlag aber nicht gewährt, um Fallzählungsverluste auszugleichen, sondern in Umsetzung der Vorgaben der KÃ∏BV sowie der gesetzlichen Vorgaben in §Â 87b Abs 2 Satz 2 SGB V und damit zur Förderung der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen. Es bestehe auch kein Widerspruch zwischen der Erhöhung der RLVâ∏Grenze und der für Jobsharing-Praxen geltenden Leistungsbegrenzung. Der Kooperationszuschlag habe keine Auswirkungen auf die bedarfsplanerische Leistungsbeschränkung für Iobsharingâ∏Praxen.

Â

7

Der Einwand des LSG, dass eine ErhĶhung des RLV ausscheide, weil dem angestellten Jobsharer kein eigenes RLV zugewiesen werde, sei unsystematisch. Die Regelung zum zehnprozentigen sog BAGâ∏Zuschlag setze am RLV der Praxis an. Entscheidend für die Zuschlagsregelung sei nicht, wie viele RLV zugewiesen würden, sondern allein, ob die in der Praxis tätigen Ã∏rzte kooperativ tätig würden. Das sei auch beim Jobsharing der Fall. Sinn und Zweck des 10%igen Aufschlags würden ebenfalls dafür sprechen, diesen auch Jobsharingâ∏Praxen zu gewähren. Die in §Â 87b Abs 2 Satz 2 SGB V vorgesehene Förderung kooperativer Versorgungsformen sei auch auf Jobsharing-Konstellationen zu

beziehen. Die kontinuierliche Betreuung von Patienten während der Woche, des Quartals oder des Jahres sei mit einem Jobsharing besser möglich als fýr einen Einzelkämpfer. Soweit die KÃ□BVâ□□Vorgaben die Möglichkeit vorsähen, abweichende Regelungen für Jobsharingâ□□Anstellungen zu treffen, sei davon jedenfalls kein Gebrauch gemacht worden.

Â

8

Der KlĤger beantragt,

die Urteile des Bayerischen LSG vom 16.1.2019 und des SG MÃ⅓nchen vom 21.3.2018 sowie den Widerspruchsbescheid der Beklagten vom 12.7.2017 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, Ã⅓ber den Honoraranspruch des Klägers fÃ⅓r das Quartal 1/2016 unter Abänderung des Honorarbescheides vom 17.8.2016 mit der MaÃ□gabe neu zu entscheiden, dass der Honorarberechnung ein um 10% erhöhtes Regelleistungsvolumen zugrunde gelegt wird.

Â

9

Die Beklagte beantragt, die Revision zurĽckzuweisen.

Â

10

Der KlÄxger falle mit seiner Einzelpraxis mit Jobsharing-Angestellten schon nicht in den Anwendungsbereich der Ausgleichsregelung nach Abschnitt B Nr 7.3.6 HVM. Nach den auf der Grundlage des <u>§Â 87b Abs 4 SGBÂ V</u> ergangenen K̸BVâ∏∏Vorgaben habe die KÃ∏V lediglich zu prüfen, ob Tatbestände fþr eine angemessene Berücksichtigung der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür vorgesehenen Versorgungsformen bei der Honorarverteilung vorliegen. Diese Prüfung habe hier zu dem Ergebnis geführt, dass Jobsharing-Angestellte bei dem sog BAG-Zuschlag keine Berücksichtigung finden würden. Der Kläger übersehe, dass den von ihm in Bezug genommenen Regelungen in Abschnitt B Nr 7.3 HVM die Regelungen in Abschnitt B Nr 7.2 HVM vorgeschaltet seien. Danach bekĤmen Jobsharing-Angestellte kein eigenes RLV. Hintergrund sei, dass die Jobsharingâ∏∏Anstellung bekanntermaÃ∏en nicht der Praxisausweitung dienen solle. Ferner übersehe der Kläger, dass Hintergrund der Einführung des BAGâ Daschlags die Umstellung von der Orientierung am Arztfall auf den Behandlungsfall bei der Berechnung des RLV gewesen sei. Diese Umstellung sei für BAGen und MVZ relevant gewesen, weil die Zahl der Arztfälle hier in der Regel höher als die Zahl der Behandlungsfälle ist. Um BAGen und MVZ gleichwohl weiterhin zu fĶrdern und Nachteile infolge der verĤnderten FallzĤhlung möglichst zu vermeiden, habe der Bewertungsausschuss gleichzeitig mit der

Umstellung der Fallzählung eine Zuschlagsregelung beschlossen. FÃ⅓r Einzelpraxen und Praxisgemeinschaften habe die Umstellung keine Auswirkung gehabt, sodass es fÃ⅓r sie keiner Ausgleichsregelung bedurft habe. Gleiches gelte fÃ⅓r Einzelpraxen mit Jobsharing-Angestellten, weil dem anstellenden Arzt die Arztfälle des Jobsharingâ∏Angestellten zugerechnet wÃ⅓rden mit der Folge, dass auch hier die Zahl der Behandlungsfälle identisch mit der Zahl der Arztfälle sei.

Â

11

Im  $\tilde{A}$  brigen  $\tilde{A}$  nne die Behauptung des  $\tilde{A}$  gers, dass in anderen  $\tilde{A}$  brigen  $\tilde{A}$  nne die Behauptung des  $\tilde{A}$  gers, dass in anderen  $\tilde{A}$  brigen gleiche Regelungen gelten  $\tilde{A}$  roten, nicht nachvollzogen werden. Allein aus einem aus dem Zusammenhang gerissenen Abschnitt eines Normtextes  $\tilde{A}$  nnten keine  $\tilde{A}$  ckschl $\tilde{A}$  sse gezogen werden. Richtig sei, dass der HVM der  $\tilde{A}$  Baden $\tilde{A}$  Baden $\tilde{A}$  with  $\tilde{A}$  roten berg mit dem hier ma $\tilde{A}$  gebenden HVM zumindest systematisch vergleichbar sei, weil auch dort  $\tilde{A}$  robsharing $\tilde{A}$  Angestellte kein eigenes RLV zu bilden sei.

Â

Ш

Â

12

Die Revision des Klägers ist begründet. Entgegen der Auffassung der Vorinstanzen hat die Beklagte dem Kläger im Quartal 1/2016 höheres Honorar unter Zugrundelegung eines um 10 % höheren RLV (sog BAGâ∏Zuschlag) zu gewähren.

Â

13

1. Gesetzliche Grundlage der Verteilungsregelungen, deren Auslegung hier im Streit steht, ist <u>ŧÅ 87b AbsÅ 1 SatzÅ 1</u> undÅ 2 SGBÅ V in der Fassung des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKVå\(\text{G}\)\(\text{Versorgungsstrukturge-setz}\) \(\frac{\text{A}}{\text{D}}\)\(\text{A}\)\(\text{G}\)\(\text{Vom 22.12.2011}\) (BGBlÅ I 2983). Danach verteilt die K\(\text{A}\)\(\text{V}\)\ die vereinbarten Gesamtverg\(\text{A}\)\(\text{4}\)tungen an die \(\text{A}\)\(\text{Trzte}\), Psychotherapeuten, MVZ sowie erm\(\text{A}\)\(\text{xchtigten Einrichtungen, die an der vertrags\(\text{A}\)\(\text{xrztlichen Versorgung teilnehmen, getrennt f\(\text{A}\)\(\text{4}\)\rd die Bereiche der haus\(\text{A}\)\(\text{xrztlichen und der fach\(\text{A}\)\(\text{xrztlichen Versorgung.}\) Dabei wendet sie den Verteilungsma\(\text{A}\)\(\text{Stab an, der im Benehmen mit den Landesverb\(\text{A}\)\(\text{nnkenkassen und den Ersatzkassen festgesetzt worden ist. Der Verteilungsma\(\text{A}\)\(\text{Stab hat gem\(\text{A}\)\(\text{A}\)\(\text{B}\)\(\text{A 87b Abs\(\text{A}\) 2 Satz\(\text{A}\) 1 SGB\(\text{A}\)\(\text{V}\) Regelungen vorzusehen, die verhindern, dass die T\(\text{A}\)\(\text{tigkeit des Leistungserbringers}\(\text{A}\)\(\text{4}\)\(\text{ber}\)

seinen Versorgungsauftrag nach <u>§Â 95 Abs 3 SGB V</u> oder seinen Ermächtigungsumfang hinaus übermäÃ∏ig ausgedehnt wird; dabei soll dem Leistungserbringer eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe seines zu erwartenden Honorars ermöglicht werden. Der VerteilungsmaÃ∏stab hat der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen (<u>§Â 87b Abs 2 Satz 2 SGB V</u>).

Â

14

2. Der im Bezirk der Beklagten geltende HVM regelte die Mengenbegrenzung im Quartal 1/2016 auf der Grundlage von RLV und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZV). Die die Summe von RLV und QZV (Obergrenze) ù⁄4berschreitenden Leistungen werden nach Abschnitt B Nr 7.1.4 Satz 1 HVM mit einem abgesenkten Preis (quotiert) vergù⁄4tet.

Â

15

Von dieser Quotierung war der KlĤger im Quartal 1/2016 betroffen, weil die von ihm und seiner Angestellten erbrachten Leistungen die von der Beklagten aus RLV und QZV ermittelte Obergrenze ýberschritt, noch bevor die Jobsharingâ∏Obergrenze erreicht wurde. Die Beklagte ist von einer zu niedrigen RLV/QZVâ∏Obergrenze ausgegangen und hat das Honorar des Klägers zu niedrig festgesetzt, weil sie angenommen hat, dass das RLV des Klägers nicht um den sog BAGâ∏Zuschlag nach Abschnitt B Nr 7.3.6 Abs 3 Satz 4 Buchst b HVM zu erhöhen sei. Die Beklagte hätte der Honorarberechnung ein um 10% höheres RLV zugrunde legen mýssen.

Â

16

Abschnitt B Nr 7.3.6 Abs 3 Satz 4 Buchst b HVM bestimmt, dass das praxisbezogene RLV â∏bei nicht standortübergreifenden fachâ∏ und schwerpunktgleichen BAGen, MVZ und Praxen mit angestellten Ã∏rzten der gleichen Arztgruppe gemäÃ∏ Abschnitt E, Anlage 1 Nr 2 um 10 Prozent erhöhtâ∏ wird. Der Kläger war im Quartal 1/2016 in einer â∏Praxis mit angestellten Ã∏rzten der gleichen Arztgruppeâ∏ im Sinne dieser Vorschrift tätig.

Â

17

a) Bei der in Abschnitt B Nr 7.3.6 Abs 3 Satz 4 Buchst b HVM getroffenen Regelung zum zehnprozentigen Kooperationszuschlag auf das RLV handelt es sich entgegen der Auffassung der Beklagten um revisibles Recht.

Â

18

Nach <u>§Â 162 SGG</u> kann die Revision nur darauf gestützt werden, dass das angefochtene Urteil auf einer Verletzung von Bundesrecht oder einer sonstigen im Bezirk des Berufungsgerichts geltenden Vorschrift beruht, deren Geltungsbereich sich über den Bezirk des Berufungsgerichts hinaus erstreckt. Zwar handelt es sich beim HVM der Beklagten um eine Satzung, deren Geltungsbereich sich allein auf den Bezirk der beklagten K̸V Bayern und den damit übereinstimmenden Bezirk des Bayerischen LSG erstreckt. Auch das Satzungsrecht von K̸Ven und die Vereinbarungen der Gesamtvertragspartner sind aber nach stRspr des Senats revisibel, wenn in verschiedenen LSGâ∏Bezirken inhaltlich gleiche Vorschriften gelten und diese ̸bereinstimmung nicht nur zufällig, sondern im Interesse einer Rechtsvereinheitlichung bewusst und gewollt ist (BSG Urteil vom 12.12.2018 â∏∏ B 6 KA 41/17 R â∏∏ SozR 4â∏∏2500 §Â 117 Nr 7 RdNr 14 und zuletzt BSG Urteil vom 30.9.2020 â□□ B 6 KA 5/19 R â□□ juris RdNr 14, zur VerĶffentlichung in SozRÂ 4 vorgesehen). Das Vorliegen dieser Voraussetzungen hat der Kläger hier â∏∏ wie erforderlich (vgl dazu BSG Urteil vom 6.11.2002 â∏ B 6 KA 9/02 R â∏ SozR 3â∏2500 §Â 81 Nr 9 RdNr 15 mwN)Â â∏ dargelegt.

Â

19

Bereits mit Wirkung zum 1.1.2009 hat der Bewertungsausschuss in ErgĤnzung von Teil F des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.8.2008  $(D\tilde{A} \square BI\ 2008,\ A\hat{A}\ 1988)$  eine bundesweit geltende Regelung zu einem Aufschlag in Höhe von 10% für â∏arztgruppenâ∏ und schwerpunktgleiche BAGen und Praxen mit angestellten Ä\(\Pi\)rzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktesâ∏ eingeführt (Teil B Nr 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 164. Sitzung am 17.10.2008, DÃ∏BI 2008, 582, 585). Mit der Abschaffung der bundeseinheitlich geltenden gesetzlichen Vorgaben zur Mengenbegrenzung durch RLV (vgl BSG Urteil vom 2.8.2017 â∏∏ <u>BÂ 6Â KA</u> 16/16Â RÂ  $\hat{a}$  ∏ SozR  $4\hat{a}$  ∏2500 §Â 87b Nr 11 RdNr 27) ist auch die Grundlage für eine bundeseinheitliche Ausgestaltung der RLV durch Regelungen des Bewertungsausschusses entfallen. Allerdings wird ein gewisses Ma̸ an Vereinheitlichung durch die von den K̸Ven zu beachtenden Vorgaben der KÃ∏BV nach <u>§Â 87b Abs 4 SGB V</u> erreicht. Nach <u>§Â 87b Abs 4 Satz 2 SGBÂ V</u> (in der hier ma̸gebenden Fassung des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung  $\hat{a} \square \square \hat{A}$  GKV $\hat{a} \square \square VSG$ ) vom 16.7.2015 (BGBI I 1211) hat die KÃ∏BV Vorgaben insbesondere zu den Regelungen des <u>§Â 87b Abs 2 Satz 1 bis 4 SGBÂ V</u> zu bestimmen; dabei ist das Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen herzustellen. Damit haben sich die Vorgaben auch auf die im Verteilungsma̸stab der KÃ∏Ven vorzusehenden

Regelungen zu Mengenbegrenzung und Kalkulationssicherheit (§Â 87b Abs 2 Satz 1 SGB V) sowie zur Berücksichtigung kooperativer Versorgungsformen in den Verteilungsma̸stäben (§Â 87b Abs 2 Satz 2 SGBÂ V) zu erstrecken. Dementsprechend enthält Teil D der â∏Vorgaben der KÃ∏BV gemäÃ∏ §Â 87b Abs. A 4 SGBA V zur Honorarverteilung durch die Kassen Azrztlichen Vereinigungenâ∏∏ (im Folgenden: KÃ∏BVâ∏∏Vorgaben) auch Vorgaben zur Berücksichtigung kooperativer Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen. Nach Teil D Nr 1 KÃ $\sqcap$ BVâ $\sqcap$  $\sqcap$ Vorgaben prÃ $^{1}$ 4ft die KÃ $\sqcap$ V, ob Tatbestände für eine angemessene Berücksichtigung der kooperativen Behandlung von Patienten in dafÄ<sup>1</sup>/<sub>4</sub>r vorgesehenen Versorgungsformen bei der Honorarverteilung vorliegen. Teil D Nr 2 KÃ∏BVâ∏∏Vorgaben listet Tatbestände auf, bei deren Vorliegen eine Berücksichtigung erfolgen kann. Dazu gehört nach Teil D Nr 2 Buchst a KÃ∏BVâ∏∏Vorgaben die Erhöhung des zu erwartenden praxisbezogenen Honorars â∏bei nicht standortübergreifenden fachâ∏ und schwerpunktgleichen BAGen und Praxen mit angestellten ̸rzten der gleichen Arztgruppe um 10 Prozentâ∏. Nach Teil D Nr 3 KÃ∏BVâ∏∏Vorgaben kann von dem â∏∏Vorschlag gemäÃ∏ 2. zur Förderung der gemeinsamen vertragsÃxrztlichen Versorgung in dafür vorgesehenen Versorgungsformen angegebenen Wertenâ∏ nach MaÃ∏gabe der KÃ∏V abgewichen werden und nach Teil D Nr 4 KÃ⊓BVâ∏Vorgaben ist die Regelung in Nr 2 auch nur in einzelnen Punkten anwendbar.

Â

20

Die im HVM der Beklagten unter Abschnitt B Nr 7.3.6 Abs 3 getroffenen Regelungen zur ErhĶhung des RLV für BAGen, MVZ und für Praxen mit angestellten  $\tilde{A} \sqcap rzten$  ( $\hat{a} \sqcap BAG\hat{a} \sqcap Zuschlag\hat{a} \sqcap I$ ) sind nach Abschnitt BÅ NrÅ 7.3.6 Abs 3 Satz 1 HVM ausdrücklich â∏in Umsetzung der Vorgaben der KÃ∏BV, Teil Dâ∏ ergangen. Dies gilt also auch für die hier maÃ∏gebende Regelung zur zehnprozentigen ErhĶhung des praxisbezogenen RLV nichtstandortA<sup>1</sup>/<sub>4</sub>bergreifender fach- und schwerpunktgleicher BAG, MVZ und Praxen mit angestellten ̸rzten der gleichen Arztgruppe nach Abschnitt B Nr 7.3.6 Abs 3 Satz 4 Buchst b HVM. Damit fast wörtlich übereinstimmende Regelungen finden sich zB in Abschnitt B Nr 8.1.3 Satz 2 Buchst a des im Quartal 1/2016 geltenden HVM der KÃ\(\text{N}\) Niedersachsen sowie in Â\(\hat{\text{A}}\) 9 Abs 5 Buchst a des im Quartal 1/2016 geltenden HVM der KÃ∏V Badenâ∏∏Württemberg. Da sich diese Regelungen an Vorgaben der KÃ∏BV orientieren, die in gewissem Ma̸e zu einer Vereinheitlichung beitragen sollen, steht fest, dass diese Ã\|bereinstimmung nicht nur zuf\( \tilde{A} \) zllig, sondern im Interesse einer Rechtsvereinheitlichung bewusst und gewollt ist (zu Regelungen in Berufsordnungen, die sich an der Musterberufsordnung der BundesĤrztekammer orientieren val BSG Urteil vom 15.7.2020 â∏∏ BÂ 6Â KA 19/19Â RÂ â∏∏ SozR 4â∏2500 §Â 135 Nr 30 RdNr 25Â f).

Â

Die Beklagte kann dem auch nicht mit Erfolg entgegenhalten, dass sich die in den verschiedenen HVM bestehenden Regelungen trotz des im Wesentlichen Ľbereinstimmenden Wortlauts aufgrund unterschiedlicher systematischer ZusammenhĤnge wesentlich voneinander unterscheiden wļrden. Dieser Einwand trifft zwar zB für den im Bezirk der KÃ□V Hessen geltenden HVM zu, weil dort in Nr 1.3.1 Satz 7 HVM 2012 (inhaltlich übereinstimmend mit Abschnitt B Nr 4.5.3 Satz 3 des ab dem 1.7.2020 geltenden HVMâ□Hessen) ausdrücklich als Voraussetzung für den sog BAGâ□Zuschlag geregelt ist, dass â□der Zulassungsumfang der BAG mindestens 1,5 istâ□ (jetzt: â□in der Praxis insgesamt mindestens 1,5 Zulassungsumfänge von RLVâ□relevanten Arztgruppen vertreten sindâ□. Damit stellt sich die im vorliegenden Verfahren maÃ□gebende Frage zum Anspruch einer Jobsharingâ□Praxis mit nur insgesamt einem Versorgungsauftrag im Bezirk dieser KÃ□V nicht. Allerdings existiert eine solche den Anwendungsbereich einschränkende Regelung zum erforderlichen â□□Zulassungsumfangâ□ etwa im Bezirk der KÃ□V Badenâ□Württemberg nicht.

Â

22

Unter dem Aspekt der RevisibilitĤt misst die Beklagte unter systematischen Gesichtspunkten den in Abschnitt B Nr 7.2.4 Abs 1 ihres HVM getroffenen Regelungen zur Bildung des RLV in Jobsharingâ∏Konstellationen besondere Bedeutung zu. Danach begründet â∏die Tätigkeit angestellter Ã∏rzte im Rahmen des Jobsharings und von Jobsharing-Partnern in Jobsharingâ∏Gemeinschaftspraxen/BAGenâ∏ keine zusätzliche Obergrenze, sondern wird dem anstellenden Arzt zugeordnet. Abgesehen davon, dass es auf diese Regelung zur Bildung des RLV für die Auslegung der in Abschnitt B Nr 7.3.6 Abs 3 Satz 4 Buchst b HVM getroffenen Regelungen zum BAG-Zuschlag im Ergebnis nicht ankommt (vgl dazu im Einzelnen nachfolgend b)Â bb) RdNr 27 unterscheidet sich der im Bezirk der Beklagten geltende HVM auch hinsichtlich dieser systematischen Frage jedenfalls nicht von dem im Bezirk der K̸V Badenâ∏∏Württemberg geltenden HVM, der unter §Â 3 Abs 5 bestimmt, dass die von dem Jobsharingâ∏Angestellten oder dem Juniorpartner erbrachten Leistungen in die RLVâ∏Ermittlung des anstellenden Arztes bzw des Seniorpartners einflie̸en, sodass â∏∏ ebenso wie im Bezirk der Beklagten â∏∏ kein eigenes RLV für den Jobsharingâ∏Angestellten bzw den Juniorpartner zu bilden ist. Die Beklagte räumt deshalb ein, dass der im Bezirk der KÃ∏V Badenâ∏∏Württemberg geltende HVM â∏zumindest systematisch vergleichbarâ∏ sei. Das trifft auch nach Auffassung des Senats zu. Da auch im Älbrigen keine wesentlichen Unterschiede zwischen den genannten Regelungen erkennbar sind und insbesondere keine Unterschiede im Wortlaut bestehen, denen im vorliegenden Zusammenhang eine inhaltliche Bedeutung zukommen könnte, steht damit fest, dass auch auÃ∏erhalb des Bezirks der beklagten KÃ□V Vorschriften gelten, die den hier maÃ□gebenden Regelungen in Abschnitt B Nr 7.3.6 Abs 3 Satz 4 Buchst b HVM â∏∏ nicht nur zufällig â∏∏ inhaltlich gleichen.

Â

23

b) Eine Arztpraxis wie die des Klā¤gers, in der ein weiterer Arzt im Rahmen des Jobsharings beschā¤ftigt wird, gehā¶rt zu den in Abschnitt Bâ Nrâ 7.3.6 Absâ 3 Satzâ 4 Buchstâ bâ HVM genannten â∏Praxen mit angestellten Ã∏rzten der gleichen Arztgruppeâ∏. Der Wortlaut der Regelung ist insoweit eindeutig (nachfolgendâ aa) und eine vom Wortlaut abweichende einschrā¤nkende Auslegung der Regelung ist auch unter Berã¼cksichtigung systematischer Gesichtspunkte (nachfolgend bb), der Entstehungsgeschichte (nachfolgend cc) sowie von Sinn und Zweck der Regelung (nachfolgend dd) nicht geboten.

Â

24

aa) Fýr Anstellungen im Rahmen eines sog Jobsharings gelten insofern Besonderheiten, als die Anstellungsgenehmigung in einem Planungsbereich fýr den (bezogen auf die jeweilige Arztgruppe) Zulassungsbeschränkungen angeordnet worden sind, nach §Â 101 Abs 1 Satz 1 Nr 5 SGB V, §Â 58 Abs 5 Bedarfsplanungsâ∏Richtlinie nur unter der Voraussetzung erteilt werden kann, dass sich der anstellende Vertragsarzt zu einer Leistungsbegrenzung verpflichtet, die den bisherigen Praxisumfang im Grundsatz nicht wesentlich Ã⅓berschreitet. Die Einzelheiten dazu sind in §Â 60 Abs 1 iVm §Â§Â 42 bis 45 Bedarfsplanungsâ∏Richtlinie geregelt. AuÃ∏erdem wird die Fachidentität zwischen anstellendem und angestelltem Arzt vorausgesetzt (vgl §Â 101 Abs 1 Satz 1 Nr 5 SGB V, §Â 59 Bedarfsplanungsâ∏Richtlinie).

Â

25

Die genannten Besonderheiten Ĥndern indes nichts daran, dass es sich bei der Anstellung im Rahmen eines Jobsharing um eine Anstellung handelt. Auch eine Praxis, in der sich anstellender und angestellter Arzt einen vollen Versorgungsauftrag teilen, ist deshalb eine Praxis mit angestelltem Arzt. Der Begriff der Anstellung wird soweit ersichtlich jedenfalls im Bereich des Vertragsarztrechts einheitlich in diesem Sinne verwendet: Nach <u>§Â 92 Abs 1 Satz 2 Nr 9</u>, <u>§Â 101 Abs 1 Satz 1 Nr 5 SGB V</u> bezieht sich die dem Gemeinsamen Bundesausschuss im Zusammenhang mit dem Jobsharing erteilte ErmĤchtigung auf â∏Regelungen für die Anstellung von Ã∏rzten bei einem Vertragsarztâ∏. Auch die in <u>§Â 95 Abs 9 SGB V</u> getroffenen Regelungen zu den Voraussetzungen für die Anstellung von Ã∏rzten bei Vertragsärzten beziehen mit Satz 2 Anstellungen im Rahmen eines Jobsharing ausdrücklich ein. Damit übereinstimmend wird ein angestellter Arzt in §Â 1a Nr 8 Bundesmantelvertrag â∏ Ã∏rzte (BMVâ∏Ā∏) als Arzt mit genehmigter Beschäftigung in einer Arztpraxis oder einem MVZ gemäÃ∏ <u>§Â 95 Abs 9 SGB V</u> bzw <u>§Â 95 Abs 1 SGB V</u> definiert. Durch die Bezugnahme

auf §Â 95 Abs 9 SGB V werden auch die in Satz 2 dieser Regelung angesprochenen sog Jobsharingâ∏Anstellungen einbezogen. Eine Regelung, der entnommen werden könnte, dass der Begriff der Anstellung im HVM der Beklagten anders zu definieren sein könnte, enthalten weder der HVM noch die KÃ∏BVâ∏Vorgaben, deren Umsetzung ua die Regelung in Abschnitt B Nr 7.3.6 Abs 3 Satz 4 Buchst b HVM dient. Auch eine Praxis, in der ein Arzt unter den besonderen für das Jobsharing geltenden Bedingungen angestellt worden ist, ist daher eine Praxis mit angestelltem Arzt, sodass die Zuschlags-Regelung des Abschnitts B Nr 7.3.6 Abs 3 Satz 4 Buchst b HVM jedenfalls nach ihrem Wortlaut im Falle des Klägers anwendbar ist.

Â

26

Wenn die Beklagte eine vom Wortlaut abweichende Regelung hÄxtte treffen wollen, hätte dazu im Ã∏brigen Anlass bestanden, nachdem das SG Hamburg bereits mit Urteil vom 25.4.2012 (SÂ 3Â KA 211/10) und nachfolgend das LSG Hamburg mit Urteil vom 25.2.2015 (LÂ 5Â KA 10/12, juris; vgl auch die zustimmende Anmerkung von Hildebrand, AMK 2015, Nr 6, 8) entschieden hat, dass eine im Quartal 4/2009 bundesweit geltende Regelung des Bewertungsausschusses zu einer zehnprozentigen Erhöhung des RLV für BAGen (vgl dazu auch 2. a) RdNr 19 sowie 2. b) cc) RdNr 28) auch auf Jobsharingâ∏BAGen anzuwenden ist. Zwar hat das SG München dazu offenbar eine andere Auffassung vertreten als das SG Hamburg und das LSG Hamburg (vgl dazu die in beiden vorinstanzlichen Urteilen zitierte â∏∏ soweit ersichtlich nicht veröffentlichte â∏∏ Entscheidung des SG  $M\tilde{A}^{1/4}$ nchen vom 13.3.2013 â $\square$  $\square$  SÂ 28Â KAÂ 558/11). Das kann jedoch nichts daran Ĥndern, dass angesichts offenbar unterschiedlicher Auffassungen in der Rechtsprechung zur Frage der Anwendbarkeit der Regelungen zum BAGâ∏∏Zuschlag auf Jobsharingâ∏∏Konstellationen unter systematischen Gesichtspunkten eine klarstellende Regelung zu erwarten gewesen wĤre, wenn Jobâ∏Sharingâ∏Praxen nicht erfasst werden sollten. Der Umstand, dass die Beklagte  $\hat{a} \square \square \hat{A}$  anders als etwa die K $\tilde{A} \square V$  Hessen ( $vgl\hat{A}$  2. $\hat{A}$  a)  $RdNr\hat{A}$  21, 2.b) $\hat{A}$  ee) RdNr 32)Â â∏ erstmals in den im Quartal 1/2020 geltenden HVM, nicht jedoch in dem hier ma̸gebenden im Quartal 1/2016 geltenden HVM eine eindeutige Regelung zum Ausschluss einer aus zwei Ã\(\text{Trzten bestehenden}\) Jobsharingâ∏∏Konstellation aufgenommen hat, spricht aus Sicht des Senats gegen eine vom Wortlaut abweichende Auslegung der in Abschnitt B Nr 7.3.6 Abs 3 Satz 4 Buchst b HVM getroffenen Regelung.

Â

27

bb) Der Senat folgt auch nicht der Auffassung der Beklagten, dass die Regelungen zur Erhöhung des RLV in Abschnitt B Nr 7.3.6 Abs 3 Satz 4 HVM nicht anwendbar seien, weil ihnen die Regelungen zur Bildung des RLV in Abschnitt B Nr 7.2.4 HVM â∏vorgeschaltetâ∏ seien. Nach Abschnitt B Nr 7.2.4 HVM

wird bei der aus RLV und QZV zu bildenden Obergrenze ua die TÄxtigkeit eines Arztes, der im Rahmen einer Jobsharingâ∏Anstellung tätig wird, dem anstellenden Arzt zugeordnet. Daraus folgt, dass die Regelung in Abschnitt BÂ 7.2.6 RLV (â∏Berechnung je Praxis bei mehreren Teilnehmernâ∏∏), nach der sich die Berechnung der Obergrenze der Praxis bei BAGen, MVZ und Praxen mit angestellten ̸rzten aus der Addition der RLV je Arzt ergibt, fÃ⅓r eine Praxis mit einer Jobsharing-Anstellung keine praktische Bedeutung erlangt, weil hier von vornherein nur ein RLV â∏ das des anstellenden Arztes â∏ zu bilden ist, und es deshalb keiner Addition mehrerer im ersten Schritt arztbezogen ermittelter RLV und QZV bedarf. Anders ausgedrýckt: Durch die in Abschnitt B Nr 7.2.4Â HVM geregelte Zuordnung der Leistungen des Jobsharingâ∏Angestellten zum anstellenden Arzt ist bei der nach Abschnitt B Nr 7.2.6 RLV vorzunehmenden Addition für den Jobsharingâ∏∏Angestellten ein Wert von Null in Ansatz zu bringen. Das ändert aber nichts daran, dass auch der Jobsharing-Praxis ein RLV zugeordnet wird. RLV und QZV werden nach Abschnitt B Nr 7.2.6 sowie 7.3.1 bezogen auf die gesamte Arztpraxis ermittelt und nach Abschnitt B Nr 7.1.3 HVM der von der gesamten Arztpraxis abgerechneten Leistungsmenge gegenübergestellt. Allein darauf kommt es für die Anwendbarkeit von Abschnitt B Nr 7.3.6 Abs 3 Satz 4 HVM an. Die Vorschrift regelt die Voraussetzungen fÄ<sup>1</sup>/<sub>4</sub>r die ErhĶhung des RLV der Praxis und steht in keinem logischen Zusammenhang mit der Frage, wie dieses praxisbezogene RLV gebildet worden ist. Insbesondere macht Abschnitt B Nr 7.3.6 Abs 3 Satz 4 Buchst b HVM die Erhöhung des RLV nicht davon abhängig, dass Abschnitt B Nr 7.2.6 RLV zur Berechnung je Praxis bei mehreren Teilnehmen Bedeutung erlangt hat. Zwischen Abschnitt B Nr 7.2.4 RLV und Abschnitt B Nr 7.3.6 Abs 3 Satz 4 Buchst b HVM besteht deshalb auch kein Vorrang-Nachrang-VerhĤltnis. Vielmehr sind beide Regelungen nebeneinander anwendbar.

Â

28

cc) Ebenfalls nicht zu ýberzeugen vermag der Einwand der Beklagten, dass eine Erhöhung des RLV um 10% ausgeschlossen sei, weil dieser im Jahr 2009 eingeführte Zuschlag dem Ausgleich von Fallzählungsverlusten dienen würde, die in Jobsharingâ∏Konstellationen von vornherein nicht auftreten könnten. Diese Argumentation ist bereits insofern nicht ganz schlüssig, als â∏Fallzählungsverlusteâ∏ auch bei Jobsharingâ∏BAGen und bei Jobsharingâ∏Anstellungen auftreten können, wenn ein Patient durch die beiden Ã∏rzte einer Praxis behandelt wird. Insofern unterscheidet sich nur der Mechanismus, der zu den Fallzählungsverlusten führt: Während die Behandlungsfälle in Jobsharingâ∏Konstellationen von vornherein einem Arzt zugeordnet werden, sodass nicht einmal zwei â∏Arztfälleâ∏ entstehen, treten Fallzählungsverluste bei anderen BAGen oder Praxen mit angestellten Ã∏rzten aufgrund der behandlungsfallbezogenen Bildung des RLV auf.

Â

Insofern ist allerdings der Einwand der Beklagten zutreffend, dass Jobsharingâ∏Praxen von der geltend gemachten Umstellung von der arztfallbezogenen Berechnung auf die behandlungsfallbezogene Berechnung des RLV im Jahr 2009 nicht betroffen sein konnten, soweit die vom angestellten Arzt erbrachten Leistungen auch schon zu diesem Zeitpunkt dem anstellenden Arzt zugeordnet worden sein sollten. Bei ihnen wären die â∏Fallzählungsverlusteâ∏∏ unabhängig davon bereits durch die genannte Zuordnung der Leistungen zum anstellenden Arzt aufgetreten. Im Ergebnis kommt es darauf jedoch nicht an, sodass auch dahingestellt bleiben kann, ob die zugrundeliegenden Annahmen der Beklagten zutreffen. Ausschlaggebend ist, dass der BAGâ∏Zuschlag auch im Bezirk der Beklagten nicht allein den Zweck verfolgt, FallzĤhlungsverluste zu vermeiden, sondern auch der FĶrderung kooperativer Versorgungsformen dient. Mit den Zielen, die mit Honorarzuschlägen ua fä¼r BAGen verfolgt werden, hat sich der Senat bereits in einem Urteil vom 16.5.2018 (BÂ 6Â KA 15/17Â RÂ â∏∏ SozR 4â∏2500 §Â 87b Nr 15 RdNr 24Â ff) eingehend befasst und dargelegt, dass Regelungen zur FĶrderung von Gemeinschaftspraxen bzw BAGen, die in ihrer Zielsetzung nicht allein auf den Ausgleich von FallzĤhlungsverlusten reduziert werden kA¶nnen, schon lange vor der EinfA¼hrung des zehnprozentigen Zuschlags für fachgleiche BAGen und für Praxen mit angestellten Ã∏rzten bestanden haben, die der Bewertungsausschuss im Jahr 2009 eingefļhrt hat. Die Beklagte formuliert in ihrer Revisionserwiderung (SÂ 4 oben) insofern zutreffend, dass die 2009 eingeführten Regelungen dazu gedient haben, BAGen und MVZ â∏weiterhin zu fördernâ∏. Der Senat zieht damit nicht in Zweifel, dass diese Regelungen zum BAG-Zuschlag auch dem Ziel gedient haben mĶgen, Fallzählungsverluste durch die behandlungsfallbezogene Berechnung des RLV zu kompensieren; sie k\( \tilde{A} \) Innen aber jedenfalls nicht auf diese Zielsetzung reduziert werden. Diese Ambivalenz spiegelt sich auch deutlich in Abschnitt B Nr 7.3.6 HVM wider. Nach Abs 1 dieser Bestimmung wird â∏aufgrund der gewählten Fallzahlbestimmung für das RLV [â∏] zum Ausgleich ein BAG-Zuschlag gewährtâ∏∏. Andererseits wird bezogen auf denselben Zuschlag in Abs 3 formuliert: â∏∏In Umsetzung der Vorgaben der KÃ∏BV, Teil D [â∏¦] wird der kooperativen Behandlung von Patienten wie folgt Rechnung getragen â∏¦â∏∏ Die in Bezug genommenen K̸BVâ∏∏Vorgaben bezeichnen das Ziel des Ausgleichs von Fallzählungsverlusten ebenso wenig wie §Â 87b Abs 2 Satz 2 SGBÂ V, dessen Konkretisierung Teil D KÃ∏BVâ∏∏Vorgaben dient. Vielmehr geht es nach der ̸berschrift von Teil D KÃ∏BVâ∏∏Vorgaben sowie nach Teil D Nr 1 K̸BVâ∏∏Vorgaben um die Berücksichtigung der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen. Zudem wird in Teil D Nr 3 K̸BVâ∏∏Vorgaben formuliert, dass es sich bei den Regelungen unter 2. â∏∏ und damit auch bei der hier im Streit stehenden Erhöhung des RLV fÃ⅓r fachâ∏ und schwerpunktgleiche BAGen und Praxen mit angestellten ̸rzten nach Nr 2 Buchst b â∏∏ um solche zur â∏∏Förderung der gemeinsamen vertragsärztlichen Versorgung in dafür vorgesehenen Versorgungsformenâ∏∏ handelt. Dass eine solche FĶrderung von Gemeinschaftspraxen bzw BAGen rechtmäÃ∏ig ist, entspricht der stRspr des Senats auch schon aus der Zeit vor der Einführung von <u>§Â 87b Abs 2 Satz 2 SGBÂ V</u> mit dem GKVâ∏□VStG (vgl BSG

Beschluss vom 28.1.2004 â $\square$  BÂ 6Â KA 112/03Â BÂ â $\square$  juris RdNr 12; BSG Urteil vom 17.3.2010 â $\square$  BÂ 6Â KA 41/08Â RÂ â $\square$ BSGE 106, 49 = SozR 4â $\square$ 2500 §Â 87 Nr 21, RdNr 15). Daher kann aus dem Umstand, dass es fÃ $^1$ 4r Jobsharingâ $\square$ BAGen und fÃ $^1$ 4r Praxen mit Jobsharingâ $\square$ Angestellten nach den im HVM der Beklagten geltenden Regelungen zur Bildung des RLV ohne Bedeutung ist, ob das RLV arztfallâ $\square$ 0 oder behandlungsbezogen berechnet wird, nicht geschlossen werden, dass die GewÃ $\alpha$ hrung eines BAGâ $\alpha$ 0 Zuschlags in diesen Konstellationen sinnwidrig wÃ $\alpha$ re.

Â

30

dd) Auch der Umstand, dass Anstellungen im Jobsharingâ∏∏Verhältnis die Festlegung von LeistungsbeschrÄxnkungen bzw genauer die Begrenzung der abrechenbaren Leistungen (vgl BSG Urteil vom 28.8.2013 â∏∏ BÂ 6Â KA 36/12Â R â∏∏ SozR 4â∏∏2500 §Â 101 Nr 15 RdNr 23; BSG Urteil vom 13.2.2019 â∏∏ <u>BÂ 6Â KA 58/17Â R</u>Â â∏∏ *SozR 4â*∏∏2500 §Â 106a Nr 22 RdNr 21Â ff) voraussetzt, steht der Anwendung der Regelung zur zehnprozentigen Erhöhung des RLV auf Praxen mit einer Jobsharingâ∏∏Anstellung nicht entgegen. Wie der Senat bereits in einer Entscheidung vom 15.7.2015 (BÂ 6Â KA 26/14Â R  $\hat{A}$   $\hat{a}$ ∏SozR  $4\hat{a}$ ∏2500  $\hat{A}$ § $\hat{A}$  101  $Nr\hat{A}$  18  $RdNr\hat{A}$  33) betont hat, zielen zwar sowohl das RLV als auch die Jobsharingâ\\\ Obergrenze auf die Verhinderung einer Leistungsausweitung. Beide Begrenzungen haben jedoch unterschiedliche Ansatzpunkte: Während die Jobsharingâ∏Obergrenze einer Leistungsausweitung durch das Hinzutreten eines Leistungserbringers in der Jobsharing-Praxis entgegenwirken soll (vgl BSG Urteil vom 28.8.2013 â∏∏ <u>BÂ 6Â KA 36/12Â R</u>Â â∏∏ SozR 4â∏2500 §Â 101 Nr 15 RdNr 25 mwN), dienen RLV der Verhinderung einer übermäÃ∏igen Ausdehnung der Leistungen unter den Bedingungen der Vergütung der Leistungen nach der Euroâ∏Gebührenordnung (zu §Â 87b SGB V in der Fassung des GKVâ∏Wettbewerbsstärkungsgesetzes â∏ŊÂ GKVâ∏∏WSGÂ â∏∏ vom 26.3.2007 vgl BSG Urteil vom 11.12.2013 â∏∏ <u>BÂ 6Â KA 6/13Â R</u>Â â∏∏ *SozR 4â*∏∏2500 §Â 87 Nr 29 RdNr 19). Jobsharingâ∏∏Praxen mit einem RLV unterhalb der Jobsharingâ∏∏Obergrenze können durch eine Erhöhung des RLV wirksam gefördert werden, weil damit ein gröÃ∏erer Teil der erbrachten und abgerechneten Leistungen mit den Preisen nach der Euroâ∏Gebührenordnung bewertet werden kann. Eine solche Förderung steht sowohl im Einklang mit <u>§Â 87b Abs 2 Satz 2 SGB V</u>, der die KÃ∏V verpflichtet, im HVM der kooperativen Behandlung von Patienten in dafÄ<sup>1</sup>/<sub>4</sub>r gebildeten Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen, als auch mit der diese Vorgabe konkretisierenden Regelung in Teil D KÃ∏BVâ∏∏Vorgaben, der die Möglichkeit zur Förderung von BAGen und von Praxen mit angestellten Ã∏rzten ausdrýcklich vorsieht. Dass die kooperative Behandlung in einer BAG unter §Â 87b Abs 2 Satz 2 SGB V fällt, unterliegt keinem Zweifel (vgl zB Engelhard in Hauck/Noftz, SGB V, K §Â 87b RdNr 116, Stand: IX/16; Freudenberg in jurisPKâ∏SGB V, 4. Aufl, §Â 87b RdNr 128). Auch bei der Jobsharingâ∏BAG handelt es sich um eine BAG. Der Vertrag ýber die gemeinsame Berufsausübung ist nach §Â 40 Nr 2 Bedarfsplanungsâ∏∏Richtlinie sogar

Voraussetzung für die Zulassung des Jobsharingâ□□Partners. Dementsprechend wird auch die Jobsharingâ□□BAG als â□□Kooperationâ□□ bezeichnet (vgl zB Wenner/Wiegand, KrV 2015, 140, 144 f). Für Praxen mit einer Jobsharingâ□□Anstellung kann hier insofern nichts anderes gelten, weil Abschnitt B 7.3.6 Abs 3 Satz 4 Buchst b HVM BAGen und Praxen mit angestellten Ã□rzten bezogen auf den Zuschlag auf das RLV zu Recht gleich behandelt.

Â

31

ee) In diesem Zusammenhang weist der Senat darauf hin, dass weder aus §Â 87b Abs 2 Satz 2 SGB V noch aus Teil D KÃ∏BVâ∏∏Vorgaben eine Verpflichtung der KÃ□V abgeleitet werden kann, die Behandlung in einer Jobsharingâ□□BAG oder in einer Praxis mit Jobsharingâ∏∏Anstellung in die Förderung der kooperativen Behandlung einzubeziehen. Nach beiden Regelungen kommt den KÄ

Ven ein weiter Spielraum bezogen auf die Ausgestaltung von Regelungen zu. <u>§Â 87b Abs 2</u> Satz 2 SGBÂ V verlangt nur allgemein, dass der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen â∏angemessen Rechnung zu tragenâ∏ ist und Teil D Nr 2 KÃ∏BVâ∏Vorgaben enthält eine Kannâ∏Regelung, von der nach Nr 3 ausdrücklich auch bezogen auf die angegebenen Werte abgewichen werden und die nach Nr 4 ausdrücklich auch nur in einzelnen Punkten zur Anwendung kommen kann. Damit besteht auch keine Verpflichtung der K̸V, im HVM jede Kooperationsform in die Förderung einzubeziehen. Der Senat verkennt insbesondere nicht, dass es sich bei der Jobsharing-BAG um eine â∏besondere Form der Gemeinschaftspraxisâ∏ (so in der Gesetzesbegründung zur Einführung des §Â 101 Abs 1 Satz 1 Nr 4 SGBÂ V mit dem 2. GKVâ∏Neuordnungsgesetz, BTâ∏Drucks 13/7264, 65) handelt, die sich von anderen Gemeinschaftspraxen bzw BAGen insbesondere dadurch unterscheiden, dass sich nicht mehrere Ä\(\Pi\)rzte unter Einbringung ihrer Zulassung und des damit verbundenen Versorgungsauftrags zur gemeinsamen Berufsausübung zusammenschlieÃ∏en, sondern dass sich ein Arzt seinen Versorgungsauftrag mit einem anderen Arzt teilt und letzterem damit die Teilnahme an der vertragsĤrztlichen Versorgung auch in einem fļr die jeweilige Arztgruppe wegen ̸berversorgung gesperrten Planungsbereich ermöglicht. Die mit einer BAG mit mehr als einem Versorgungsauftrag bestehenden Vorteile bestehen in einer reinen Jobsharing-Konstellation nur in eingeschrĤnktem MaÃ∏e. Zwar kann unter Umständen auch beim Jobsharing in Urlaubsâ∏ und Krankheitsfällen eine Vertretung nach §Â 32 Abs 1 Satz 2 Ã∏rzteâ∏∏ZV vermieden werden, weil der verbleibende Arzt vielfach in der Lage sein wird, wenigstens einen Teil der Behandlungen des ausgefallenen Kollegen zu ýbernehmen. Soweit sich die Arbeitszeiten überschneiden, ist auch ein gewisser kollegialer Austausch möglich, der in einer Einzelpraxis ausgeschlossen wäre. Ob diese Gesichtspunkte im Einzelfall Bedeutung für die Gründung einer Jobsharingâ∏BAG oder für die Jobsharing-Anstellung hatten, oder ob andere Gründe (Reduzierung der TÃxtigkeit des anstellenden Arztes, Schaffung einer AnstellungsmĶglichkeit in einem gesperrten Planungsbereich) im Vordergrund gestanden haben, kann im Ã\[\text{Drigen}\] â∏ entgegen der Auffassung des LSGÂ â∏ im vorliegenden Zusammenhang nicht maà gebend sein, weil die im HVM der Beklagten getroffenen Regelungen die Förderung von Kooperationen nicht von der â ∏ in der Praxis kaum zuverlà ssig aufklà rbaren â∏ Motivation der Teilnehmer abhà ngig macht.

Â

32

Allerdings bietet die Jobsharingâ∏BAG bezogen auf eine effiziente Nutzung teurer Praxisausstattung wegen der Leistungsbegrenzung keine relevanten Vorteile gegenüber der Einzelpraxis. Für das Jobsharing in der Anstellungsvariante gilt insofern nichts grundsÄxtzlich anderes. Das gesetzlich geregelte Ziel der FĶrderung kooperativer Versorgungsformen steht zudem in einem SpannungsverhĤltnis zu dem Ziel, die zusĤtzliche Zulassung des Jobsharingâ∏∏Arztes bzw die Anstellung weitgehend kostenneutral zu gestalten (vgl BSG Urteil vom 13.2.2019 â∏∏ B 6 KA 58/17 R â∏∏ SozR 4â∏∏2500 §Â 106a Nr 22 RdNr 24 mwN). Vor diesem Hintergrund ist es nach Auffassung des Senats grundsÃxtzlich nicht zu beanstanden, wenn die Förderung von Kooperationen in Gestalt von BAGen oder von Praxen mit angestellten ̸rzten davon abhängig gemacht wird, dass mehr als ein Versorgungsauftrag erfļllt wird. Von dieser Möglichkeit hat etwa die KÃ∏V Hessen Gebrauch gemacht, indem sie die Förderung in Gestalt eines Zuschlags auf das RLV auf Praxen beschränkt hat, die mindestens 1,5 VersorgungsauftrĤge zu erfļllen haben. Die Beklagte hat seit dem Quartal 1/2020 in ihrem HVM geregelt, dass der Zuschlag nicht im Hinblick auf die Tätigkeit von Ã□rzten gewährt wird, die nach Abschnitt B Nr 7.2.4Â HVM kein eigenes RLV erhalten. Abschnitt B Nr 7.2.4Â HVM regelt die Bildung des RLV in Jobsharingâ∏∏Konstellationen (Jobsharingâ∏∏Anstellung oder Jobsharingâ∏∏BAG). Der im Quartal 1/2016 im Bezirk der Beklagten geltende HVM sah eine solche Begrenzung des Anwendungsbereichs der Regelung zum Zuschlag auf das RLV der Arztpraxis noch nicht vor, sondern entsprach insofern dem bis heute im Bezirk der K̸V Badenâ∏∏Württemberg geltenden HVM, auf dessen Grundlage die dortige K̸V einen Zuschlag zum RLV im Ã∏brigen konsequent auch solchen Praxen zubilligt, in denen zwei ̸rzte im Rahmen des Jobsharing gemeinsam einen Versorgungsauftrag erfüllen. Für die davon abweichende Praxis der Beklagten gab es im HVM für das Quartal 1/2016 keine rechtliche Grundlage.

Â

33

3. Die Kostenentscheidung beruht auf <u>§Â 197a Abs 1 Satz 1 SGG</u> iVm <u>§Â 154 Abs 1 VwGO</u>. Die Beklagte ist insgesamt unterlegen und hat deshalb die Kosten des Rechtsstreits in vollem Umfang für alle Rechtszüge zu tragen. Â

Erstellt am: 25.01.2022

Zuletzt verändert am: 21.12.2024