

B 6 KA 32/19 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 38 KA 338/17
Datum
21.03.2018
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 12 KA 21/18
Datum
16.01.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 32/19 R
Datum
17.03.2021
Kategorie
Urteil
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.

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

Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens in allen Rechtszügen.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Beklagte bei der Berechnung des Honorars des Klägers aus vertragsärztlicher Tätigkeit für das Quartal 1/2016 einen 10%igen Zuschlag auf das Regelleistungsvolumen (RLV) zu berücksichtigen hat.

2

Der Kläger ist als Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde im Bezirk der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Seit dem 1.10.2015 beschäftigte er eine angestellte Ärztin im Rahmen eines sog Jobsharings.

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 müssen. Nach Abschnitt B Nr 7.3.6 des maßgebenden Honorarverteilungsmaßstabs der Beklagten (im Folgenden: HVM) sei der Zuschlag Berufsausübungsgemeinschaften (BAGen), Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und Praxen mit angestellten Ärzten zu gewähren. Die Beklagte wies den Widerspruch des Klägers mit der Begründung zurück, dass die Zuschlagsregelung bei Jobsharing-Praxen keine Anwendung finde.

4

Das SG München hat die dagegen gerichtete Klage des Klägers abgewiesen (*Urteil vom 21.3.2018 - S 38 KA 338/17*). Die Berufung des Klägers hat das 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 Ärzten der gleichen Arztgruppe getroffen. Danach bestehe Anspruch auf den Zuschlag zwar grundsätzlich auch für Praxen mit angestellten Ärzten. Auf Jobsharing-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 Jobsharing-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 Jobsharing-Angestellten die Arztfälle identisch mit den Behandlungsfällen des anstellenden Arztes seien. Dadurch habe sich die Umstellung von der Arztfallzahl auf die Behandlungsfallzahl bei Jobsharing-Praxen nicht ausgewirkt, sodass es auch keiner Ausgleichsregelung bedürft habe. Außerdem sei zu berücksichtigen, dass Jobsharing-Praxen einer Leistungsbegrenzung unterlägen. Mit dieser Leistungsbegrenzung wäre ein 10%iger Aufschlag auf das RLV nicht zu vereinbaren. Durch den Jobsharing-Arzt dürfe es zu keiner Ausweitung des Leistungsumfanges kommen. Dagegen könne der Kläger auch nicht mit Erfolg einwenden, dass auch in der Gründung einer Jobsharing-Praxis eine kooperative Behandlung des Patienten liege. Der BAG-Zuschlag finde seine Rechtfertigung neben dem Nachteilsausgleich auch in der Förderung der gemeinschaftlichen Berufsausübung von Ärzten. Die Vorteile einer BAG zB in Gestalt einer besseren Auslastung teurer medizinischer Geräte oder des Angebots längerer Sprechzeiten würden auf die Jobsharing-Anstellung mit Leistungsbegrenzung nur in sehr eingeschränktem Maße zutreffen. Eine Jobsharing-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 Zulassungsbeschränkungen gerade jungen Ärzten eine Tätigkeit innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung zu ermöglichen. Die Förderung von Jobsharing-Konstellationen durch Zuerkennung eines Zuschlags in Höhe von 10% würde der für diese Kooperationsform geltenden Umsatzbeschränkung zuwiderlaufen.

5

Mit seiner Revision macht der Kläger eine Verletzung des [§ 87b Abs 2 Satz 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 reversible Norm, da sich deren Geltungsbereich faktisch über den Bezirk des Berufungsgerichts hinaus erstrecke. Gleichlautende Vorschriften würden auch im Bezirk des Baden-Württembergischen LSG, im Bezirk des LSG Niedersachsen-Bremen sowie im Bezirk des Hessischen LSG gelten. Dass sich der in anderen LSG-Bezirken geltende HVM in Punkten unterscheide, auf die es hier für die Entscheidung nicht ankomme, sei unmaßgeblich. Insbesondere der im Bezirk des Baden-Württembergischen LSG geltende HVM entspreche in den hier relevanten Punkten dem im Bezirk des Bayerischen LSG geltenden HVM. Die Übereinstimmung der honorarverteilungsrechtlichen Regelungen sei aus Gründen der Rechtsvereinheitlichung bewusst und gewollt. Das folge aus dem Umstand, dass mit den Regelungen zum sog BAG-Zuschlag jeweils die Vorgaben zur Honorarverteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KÄBV) gemäß [§ 87b Abs 4 SGB V](#) umgesetzt worden seien.

6

Die Beklagte habe sein Honorar zu Unrecht ohne Erhöhung des RLV um den sog BAG-Zuschlag berechnet. Dabei sei das LSG davon ausgegangen, dass der BAG-Zuschlag dem Ausgleich von Fallzählungsverlusten im Zusammenhang mit der Umstellung der Fallzählung von Arzt- 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 KÄBV sowie der gesetzlichen Vorgaben in [§ 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 RLV-Grenze und der für Jobsharing-Praxen geltenden Leistungsbegrenzung. Der Kooperationszuschlag habe keine Auswirkungen auf die bedarfsplanerische Leistungsbeschränkung für Jobsharing-Praxen.

7

Der Einwand des LSG, dass eine Erhöhung des RLV ausscheide, weil dem angestellten Jobsharer kein eigenes RLV zugewiesen werde, sei unsystematisch. Die Regelung zum zehnjährigen sog BAG-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 Ärzte kooperativ tätig würden. Das sei auch beim Jobsharing der Fall. Sinn und Zweck des 10%igen Aufschlags würden ebenfalls dafür sprechen, diesen auch Jobsharing-Praxen zu gewähren. Die in [§ 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 für einen Einzelkämpfer. Soweit die KÄBV-Vorgaben die Möglichkeit vorsähen, abweichende Regelungen für Jobsharing-Anstellungen zu treffen, sei davon jedenfalls kein Gebrauch gemacht worden.

8

Der Kläger beantragt,
die Urteile des Bayerischen LSG vom 16.1.2019 und des SG München vom 21.3.2018 sowie den Widerspruchsbescheid der Beklagten vom 12.7.2017 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, über den Honoraranspruch des Klägers für das Quartal 1/2016 unter Abänderung

des Honorarbescheides vom 17.8.2016 mit der Maßgabe neu zu entscheiden, dass der Honorarberechnung ein um 10% erhöhtes Regelleistungsvolumen zugrunde gelegt wird.

9

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

10

Der Kläger 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 [§ 87b Abs 4 SGB V](#) ergangenen KÄV-Vorgaben habe die KÄV lediglich zu prüfen, ob Tatbestände für 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 bekämen Jobsharing-Angestellte kein eigenes RLV. Hintergrund sei, dass die Jobsharing-Anstellung bekanntermaßen nicht der Praxisausweitung dienen solle. Ferner übersehe der Kläger, dass Hintergrund der Einführung des BAG-Zuschlags 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 fördern und Nachteile infolge der veränderten Fallzählung möglichst zu vermeiden, habe der Bewertungsausschuss gleichzeitig mit der Umstellung der Fallzählung eine Zuschlagsregelung beschlossen. Für Einzelpraxen und Praxisgemeinschaften habe die Umstellung keine Auswirkung gehabt, sodass es für sie keiner Ausgleichsregelung bedurft habe. Gleiches gelte für Einzelpraxen mit Jobsharing-Angestellten, weil dem anstellenden Arzt die Arztfälle des Jobsharing-Angestellten zugerechnet würden mit der Folge, dass auch hier die Zahl der Behandlungsfälle identisch mit der Zahl der Arztfälle sei.

11

Im Übrigen könne die Behauptung des Klägers, dass in anderen KÄV-Bezirken gleiche Regelungen gelten würden, nicht nachvollzogen werden. Allein aus einem aus dem Zusammenhang gerissenen Abschnitt eines Normtextes könnten keine Rückschlüsse gezogen werden. Richtig sei, dass der HVM der KÄV Baden-Württemberg mit dem hier maßgebenden HVM zumindest systematisch vergleichbar sei, weil auch dort für Jobsharing-Angestellte kein eigenes RLV zu bilden sei.

II

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 BAG-Zuschlag) zu gewähren.

13

1. Gesetzliche Grundlage der Verteilungsregelungen, deren Auslegung hier im Streit steht, ist [§ 87b Abs 1 Satz 1](#) und 2 SGB V in der Fassung des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (*GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG*) vom 22.12.2011 (*BGBI I 2983*). Danach verteilt die KÄV die vereinbarten Gesamtvergütungen an die Ärzte, Psychotherapeuten, MVZ sowie ermächtigten Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung. Dabei wendet sie den Verteilungsmaßstab an, der im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen festgesetzt worden ist. Der Verteilungsmaßstab hat gemäß [§ 87b Abs 2 Satz 1 SGB V](#) Regelungen vorzusehen, die verhindern, dass die Tätigkeit des Leistungserbringers über seinen Versorgungsauftrag nach § 95 Abs 3 SGB V oder seinen Ermächtigungsumfang hinaus übermäßig ausgedehnt wird; dabei soll dem Leistungserbringer eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe seines zu erwartenden Honorars ermöglicht werden. Der Verteilungsmaßstab hat der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessene Rechnung zu tragen ([§ 87b Abs 2 Satz 2 SGB V](#)).

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) überschreitenden Leistungen werden nach Abschnitt B Nr 7.1.4 Satz 1 HVM mit einem abgesenkten Preis (quotiert) vergütet.

15

Von dieser Quotierung war der Kläger im Quartal 1/2016 betroffen, weil die von ihm und seiner Angestellten erbrachten Leistungen die von der Beklagten aus RLV und QZV ermittelte Obergrenze überschritt, noch bevor die Jobsharing-Obergrenze erreicht wurde. Die Beklagte ist von einer zu niedrigen RLV/QZV-Obergrenze ausgegangen und hat das Honorar des Klägers zu niedrig festgesetzt, weil sie angenommen hat, dass das RLV des Klägers nicht um den sog BAG-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 müssen.

16

Abschnitt B Nr 7.3.6 Abs 3 Satz 4 Buchst b HVM bestimmt, dass das praxisbezogene RLV "bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen BAGen, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe gemäß Abschnitt E, Anlage 1 Nr 2 um 10 Prozent erhöht" wird. Der Kläger war im Quartal 1/2016 in einer "Praxis mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe" im Sinne dieser Vorschrift tätig.

17

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

18

Nach [§ 162 SGG](#) 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 KÄV Bayern und den damit übereinstimmenden Bezirk des Bayerischen LSG erstreckt. Auch das Satzungsrecht von KÄVen und die Vereinbarungen der Gesamtvertragspartner sind aber nach stRspr des Senats revisibel, wenn in verschiedenen LSG-Bezirken inhaltlich gleiche Vorschriften gelten und diese Übereinstimmung nicht nur zufällig, sondern im Interesse einer Rechtsvereinheitlichung bewusst und gewollt ist (*BSG Urteil vom 12.12.2018 - B 6 KA 41/17 R - SozR 4-2500 § 117 Nr 7 RdNr 14 und zuletzt BSG Urteil vom 30.9.2020 - B 6 KA 5/19 R - juris RdNr 14, zur Veröffentlichung in SozR 4 vorgesehen*). Das Vorliegen dieser Voraussetzungen hat der Kläger hier - wie erforderlich (*vgl dazu BSG Urteil vom 6.11.2002 - B 6 KA 9/02 R - SozR 3-2500 § 81 Nr 9 RdNr 15 mwN*) - dargelegt.

19

Bereits mit Wirkung zum 1.1.2009 hat der Bewertungsausschuss in Ergänzung von Teil F des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28.8.2008 (*DÄBl 2008, A 1988*) eine bundesweit geltende Regelung zu einem Aufschlag in Höhe von 10% für "arztgruppen- und schwerpunktgleiche BAGen und Praxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes" eingeführt (*Teil B Nr 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 164. Sitzung am 17.10.2008, DÄBl 2008, 582, 585*). Mit der Abschaffung der bundeseinheitlich geltenden gesetzlichen Vorgaben zur Mengenbegrenzung durch RLV (*vgl BSG Urteil vom 2.8.2017 - B 6 KA 16/16 R - SozR 4-2500 § 87b Nr 11 RdNr 27*) ist auch die Grundlage für eine bundeseinheitliche Ausgestaltung der RLV durch Regelungen des Bewertungsausschusses entfallen. Allerdings wird ein gewisses Maß an Vereinheitlichung durch die von den KÄVen zu beachtenden Vorgaben der KÄBV nach [§ 87b Abs 4 SGB V](#) erreicht. Nach [§ 87b Abs 4 Satz 2 SGB V](#) (*in der hier maßgebenden Fassung des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung - GKV-VSG*) vom 16.7.2015 (*BGBI I 1211*) hat die KÄBV Vorgaben insbesondere zu den Regelungen des [§ 87b Abs 2 Satz 1 bis 4 SGB V](#) zu bestimmen; dabei ist das Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen herzustellen. Damit haben sich die Vorgaben auch auf die im Verteilungsmaßstab der KÄVen vorzusehenden Regelungen zu Mengenbegrenzung und Kalkulationssicherheit ([§ 87b Abs 2 Satz 1 SGB V](#)) sowie zur Berücksichtigung kooperativer Versorgungsformen in den Verteilungsmaßstäben ([§ 87b Abs 2 Satz 2 SGB V](#)) zu erstrecken. Dementsprechend enthält Teil D der "Vorgaben der KÄBV gemäß [§ 87b Abs. 4 SGB V](#) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen" (im Folgenden: KÄBV-Vorgaben) auch Vorgaben zur Berücksichtigung kooperativer Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen. Nach Teil D Nr 1 KÄBV-Vorgaben prüft die KÄV, ob Tatbestände für eine angemessene Berücksichtigung der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür vorgesehenen Versorgungsformen bei der Honorarverteilung vorliegen. Teil D Nr 2 KÄBV-Vorgaben listet Tatbestände auf, bei deren Vorliegen eine Berücksichtigung erfolgen kann. Dazu gehört nach Teil D Nr 2 Buchst a KÄBV-Vorgaben die Erhöhung des zu erwartenden praxisbezogenen Honorars "bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen BAGen und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 10 Prozent". Nach Teil D Nr 3 KÄBV-Vorgaben kann von dem "Vorschlag gemäß 2. zur Förderung der gemeinsamen vertragsärztlichen Versorgung in dafür vorgesehenen Versorgungsformen angegebenen Werten" nach Maßgabe der KÄV abgewichen werden und nach Teil D Nr 4 KÄBV-Vorgaben ist die Regelung in Nr 2 auch nur in einzelnen Punkten anwendbar.

20

Die im HVM der Beklagten unter Abschnitt B Nr 7.3.6 Abs 3 getroffenen Regelungen zur Erhöhung des RLV für BAGen, MVZ und für Praxen mit angestellten Ärzten ("BAG-Zuschlag") sind nach Abschnitt B Nr 7.3.6 Abs 3 Satz 1 HVM ausdrücklich "in Umsetzung der Vorgaben der KÄBV, Teil D" ergangen. Dies gilt also auch für die hier maßgebende Regelung zur zehnprozentigen Erhöhung des praxisbezogenen RLV nichtstandortübergreifender fach- und schwerpunktgleicher BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten 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 KÄV Niedersachsen sowie in § 9 Abs 5 Buchst a des im Quartal 1/2016 geltenden HVM der KÄV Baden-Württemberg. Da sich diese Regelungen an Vorgaben der KÄBV orientieren, die in gewissem Maße zu einer Vereinheitlichung beitragen sollen, steht fest, dass diese Übereinstimmung nicht nur zufällig, sondern im Interesse einer Rechtsvereinheitlichung bewusst und gewollt ist (zu *Regelungen in Berufsordnungen, die sich an der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer orientieren* vgl BSG Urteil vom 15.7.2020 - [B 6 KA 19/19 R](#) - SozR 4-2500 § 135 Nr 30 RdNr 25 f).

21

Die Beklagte kann dem auch nicht mit Erfolg entgegenhalten, dass sich die in den verschiedenen HVM bestehenden Regelungen trotz des im Wesentlichen übereinstimmenden Wortlauts aufgrund unterschiedlicher systematischer Zusammenhänge wesentlich voneinander unterscheiden würden. Dieser Einwand trifft zwar zB für den im Bezirk der KÄV 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 HVM-Hessen*) ausdrücklich als Voraussetzung für den sog BAG-Zuschlag geregelt ist, dass "der Zulassungsumfang der BAG mindestens 1,5 ist" (jetzt: "in der Praxis insgesamt mindestens 1,5 Zulassungsumfänge von RLV-relevanten Arztgruppen vertreten sind"). Damit stellt sich die im vorliegenden Verfahren maßgebende Frage zum Anspruch einer Jobsharing-Praxis mit nur insgesamt einem Versorgungsauftrag im Bezirk dieser KÄV nicht. Allerdings existiert eine solche den Anwendungsbereich einschränkende Regelung zum erforderlichen "Zulassungsumfang" etwa im Bezirk der KÄV Baden-Württemberg nicht.

22

Unter dem Aspekt der Revisibilität 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 Jobsharing-Konstellationen besondere Bedeutung zu. Danach begründet "die Tätigkeit angestellter Ärzte im Rahmen des Jobsharings und von Jobsharing-Partnern in Jobsharing-Gemeinschaftspraxen/BAGen" 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) bb) RdNr 27 unterscheidet sich der im Bezirk der Beklagten geltende HVM auch hinsichtlich dieser systematischen Frage jedenfalls nicht von dem im Bezirk der KÄV Baden-Württemberg geltenden HVM, der unter § 3 Abs 5 bestimmt, dass die von dem Jobsharing-Angestellten oder dem Juniorpartner erbrachten Leistungen in die RLV-Ermittlung des anstellenden Arztes bzw des Seniorpartners einfließen, sodass - ebenso wie im Bezirk der Beklagten - kein eigenes RLV für den Jobsharing-Angestellten bzw den Juniorpartner zu bilden ist. Die Beklagte räumt deshalb ein, dass der im Bezirk der KÄV Baden-Württemberg geltende HVM "zumindest systematisch vergleichbar" sei. Das trifft auch nach Auffassung des Senats zu. Da auch im Übrigen 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 außerhalb des Bezirks der beklagten KÄV Vorschriften gelten, die den hier maßgebenden Regelungen in Abschnitt B Nr 7.3.6 Abs 3 Satz 4 Buchst b HVM - nicht nur zufällig - inhaltlich gleichen.

23

b) Eine Arztpraxis wie die des Klägers, in der ein weiterer Arzt im Rahmen des Jobsharings beschäftigt wird, gehört zu den in Abschnitt B Nr 7.3.6 Abs 3 Satz 4 Buchst b HVM genannten "Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe". Der Wortlaut der Regelung ist insoweit eindeutig (nachfolgend aa) und eine vom Wortlaut abweichende einschränkende Auslegung der Regelung ist auch unter Berücksichtigung systematischer Gesichtspunkte (nachfolgend bb), der Entstehungsgeschichte (nachfolgend cc) sowie von Sinn und Zweck der Regelung (nachfolgend dd) nicht geboten.

24

aa) Für Anstellungen im Rahmen eines sog Jobsharings gelten insofern Besonderheiten, als die Anstellungsgenehmigung in einem Planungsbereich für den (bezogen auf die jeweilige Arztgruppe) Zulassungsbeschränkungen angeordnet worden sind, nach [§ 101 Abs 1 Satz 1 Nr 5 SGB V](#), § 58 Abs 5 Bedarfsplanungs-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 überschreitet. Die Einzelheiten dazu sind in § 60 Abs 1 iVm §§ 42 bis 45 Bedarfsplanungs-Richtlinie geregelt. Außerdem wird die Fachidentität zwischen anstellendem und angestelltem Arzt vorausgesetzt (vgl [§ 101 Abs 1 Satz 1 Nr 5 SGB V](#), § 59 Bedarfsplanungs-Richtlinie).

25

Die genannten Besonderheiten ändern 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 [§ 92 Abs 1 Satz 2 Nr 9](#), [§ 101 Abs 1 Satz 1 Nr 5 SGB V](#) bezieht sich die dem Gemeinsamen Bundesausschuss im Zusammenhang mit dem Jobsharing erteilte Ermächtigung auf "Regelungen für die Anstellung von Ärzten bei einem Vertragsarzt". Auch die in [§ 95 Abs 9 SGB V](#) getroffenen Regelungen zu den Voraussetzungen für die Anstellung von Ärzten bei Vertragsärzten beziehen mit Satz 2 Anstellungen im Rahmen eines Jobsharing ausdrücklich ein. Damit übereinstimmend wird ein angestellter Arzt in § 1a Nr 8 Bundesmantelvertrag - Ärzte (BMV-Ä) als Arzt mit genehmigter Beschäftigung in einer Arztpraxis oder einem MVZ gemäß [§ 95 Abs 9 SGB V](#) bzw [§ 95 Abs 1 SGB V](#) definiert. Durch die Bezugnahme auf [§ 95 Abs 9 SGB V](#) werden auch die in Satz 2 dieser Regelung angesprochenen sog Jobsharing-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 KÄBV-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.

26

Wenn die Beklagte eine vom Wortlaut abweichende Regelung hätte treffen wollen, hätte dazu im Übrigen Anlass bestanden, nachdem das SG Hamburg bereits mit Urteil vom 25.4.2012 ([S 3 KA 211/10](#)) und nachfolgend das LSG Hamburg mit Urteil vom 25.2.2015 ([L 5 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 Jobsharing-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 - soweit ersichtlich nicht veröffentlichte - Entscheidung des SG München vom 13.3.2013 - S 28 KA 558/11*). Das kann jedoch nichts daran ändern, dass angesichts offenbar unterschiedlicher Auffassungen in der Rechtsprechung zur Frage der Anwendbarkeit der Regelungen zum BAG-Zuschlag auf Jobsharing-Konstellationen unter systematischen Gesichtspunkten eine klarstellende Regelung zu erwarten gewesen wäre, wenn Job-Sharing-Praxen nicht erfasst werden sollten. Der Umstand, dass die Beklagte - anders als etwa die KÄV Hessen (*vgl 2. a) RdNr 21, 2.b) ee) RdNr 32*) - erstmals in den im Quartal 1/2020 geltenden HVM, nicht jedoch in dem hier maßgebenden im Quartal 1/2016 geltenden HVM eine eindeutige Regelung zum Ausschluss einer aus zwei Ärzten bestehenden Jobsharing-Konstellations 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.

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 "vorgesaltet" seien. Nach Abschnitt B Nr 7.2.4 HVM wird bei der aus RLV und QZV zu bildenden Obergrenze ua die Tätigkeit eines Arztes, der im Rahmen einer Jobsharing-Anstellung tätig wird, dem anstellenden Arzt zugeordnet. Daraus folgt, dass die Regelung in Abschnitt B 7.2.6 RLV ("Berechnung je Praxis bei mehreren Teilnehmern"), nach der sich die Berechnung der Obergrenze der Praxis bei BAGen, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten aus der Addition der RLV je Arzt ergibt, für eine Praxis mit einer Jobsharing-Anstellung keine praktische Bedeutung erlangt, weil hier von vornherein nur ein RLV - das des anstellenden Arztes - zu bilden ist, und es deshalb keiner Addition mehrerer im ersten Schritt arztbezogen ermittelter RLV und QZV bedarf. Anders ausgedrückt: Durch die in Abschnitt B Nr 7.2.4 HVM geregelte Zuordnung der Leistungen des Jobsharing-Angestellten zum anstellenden Arzt ist bei der nach Abschnitt B Nr 7.2.6 RLV vorzunehmenden Addition für den Jobsharing-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 für die Erhöhung 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 Teilnehmern 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-Verhältnis. Vielmehr sind beide Regelungen nebeneinander anwendbar.

28

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

29

Insofern ist allerdings der Einwand der Beklagten zutreffend, dass Jobsharing-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 "Fallzahlungsverluste" 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 BAG-Zuschlag auch im Bezirk der Beklagten nicht allein den Zweck verfolgt, Fallzahlungsverluste zu vermeiden, sondern auch der Förderung kooperativer Versorgungsformen dient. Mit den Zielen, die mit Honorarzuschlägen ua für BAGen verfolgt werden, hat sich der Senat bereits in einem Urteil vom 16.5.2018 ([B 6 KA 15/17 R](#) - SozR 4-2500 § 87b Nr 15 RdNr 24 ff) eingehend befasst und dargelegt, dass Regelungen zur Förderung von Gemeinschaftspraxen bzw BAGen, die in ihrer Zielsetzung nicht allein auf den Ausgleich von Fallzahlungsverlusten reduziert werden können, schon lange vor der Einführung des zehnprozentigen Zuschlags für fachgleiche BAGen und für Praxen mit angestellten Ärzten bestanden haben, die der Bewertungsausschuss im Jahr 2009 eingeführt hat. Die Beklagte formuliert in ihrer Revisionserwiderung (S 4 oben) insofern zutreffend, dass die 2009 eingeführten Regelungen dazu gedient haben, BAGen und MVZ "weiterhin zu fördern". Der Senat zieht damit nicht in Zweifel, dass diese Regelungen zum BAG-Zuschlag auch dem Ziel gedient haben mögen, Fallzahlungsverluste durch die behandlungsfallbezogene Berechnung des RLV zu kompensieren; sie können 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 "aufgrund der gewählten Fallzahlbestimmung für das RLV [...] zum Ausgleich ein BAG-Zuschlag gewährt". Andererseits wird bezogen auf denselben Zuschlag in Abs 3 formuliert: "In Umsetzung der Vorgaben der KÄBV, Teil D [...] wird der kooperativen Behandlung von Patienten wie folgt Rechnung getragen ..." Die in Bezug genommenen KÄBV-Vorgaben bezeichnen das Ziel des Ausgleichs von Fallzahlungsverlusten ebenso wenig wie [§ 87b Abs 2 Satz 2 SGB V](#), dessen Konkretisierung Teil D KÄBV-Vorgaben dient. Vielmehr geht es nach der Überschrift von Teil D KÄBV-Vorgaben sowie nach Teil D Nr 1 KÄBV-Vorgaben um die Berücksichtigung der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen. Zudem wird in Teil D Nr 3 KÄBV-Vorgaben formuliert, dass es sich bei den Regelungen unter 2. - und damit auch bei der hier im Streit stehenden Erhöhung des RLV für fach- und schwerpunktgleiche BAGen und Praxen mit angestellten Ärzten nach Nr 2 Buchst b - um solche zur "Förderung der gemeinsamen vertragsärztlichen Versorgung in dafür vorgesehenen Versorgungsformen" handelt. Dass eine solche Förderung von Gemeinschaftspraxen bzw BAGen rechtmäßig ist, entspricht der stRspr des Senats auch schon aus der Zeit vor der Einführung von [§ 87b Abs 2 Satz 2 SGB V](#) mit dem GKV-VStG (vgl BSG Beschluss vom 28.1.2004 - [B 6 KA 112/03 B](#) - juris RdNr 12; BSG Urteil vom 17.3.2010 - [B 6 KA 41/08 R](#) - BSGE 106, 49 = SozR 4-2500 § 87 Nr 21, RdNr 15). Daher kann aus dem Umstand, dass es für Jobsharing-BAGen und für Praxen mit Jobsharing-Angestellten nach den im HVM der Beklagten geltenden Regelungen zur Bildung des RLV ohne Bedeutung ist, ob das RLV arztfall- oder behandlungsbezogen berechnet wird, nicht geschlossen werden, dass die Gewährung eines BAG-Zuschlags in diesen Konstellationen sinnwidrig wäre.

30

dd) Auch der Umstand, dass Anstellungen im Jobsharing-Verhältnis die Festlegung von Leistungsbeschränkungen bzw genauer die Begrenzung der abrechenbaren Leistungen (vgl BSG Urteil vom 28.8.2013 - [B 6 KA 36/12 R](#) - SozR 4-2500 § 101 Nr 15 RdNr 23; BSG Urteil vom 13.2.2019 - [B 6 KA 58/17 R](#) - SozR 4-2500 § 106a Nr 22 RdNr 21 ff) voraussetzt, steht der Anwendung der Regelung zur zehnprozentigen Erhöhung des RLV auf Praxen mit einer Jobsharing-Anstellung nicht entgegen. Wie der Senat bereits in einer Entscheidung vom 15.7.2015 ([B 6 KA 26/14 R](#) - SozR 4-2500 § 101 Nr 18 RdNr 33) betont hat, zielen zwar sowohl das RLV als auch die Jobsharing-Obergrenze auf die Verhinderung einer Leistungsausweitung. Beide Begrenzungen haben jedoch unterschiedliche Ansatzpunkte: Während die Jobsharing-Obergrenze einer Leistungsausweitung durch das Hinzutreten eines Leistungserbringers in der Jobsharing-Praxis entgegenwirken soll (vgl BSG Urteil vom 28.8.2013 - [B 6 KA 36/12 R](#) - SozR 4-2500 § 101 Nr 15 RdNr 25 mwN), dienen RLV der Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Leistungen unter den Bedingungen der Vergütung der Leistungen nach der Euro-Gebührenordnung (zu [§ 87b SGB V in der Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes - GKV-WStG - vom 26.3.2007 vgl BSG Urteil vom 11.12.2013 - \[B 6 KA 6/13 R\]\(#\) - SozR 4-2500 § 87 Nr 29 RdNr 19](#)). Jobsharing-Praxen mit einem RLV unterhalb der Jobsharing-Obergrenze können durch eine Erhöhung des RLV wirksam gefördert werden, weil damit ein größerer Teil der erbrachten und abgerechneten Leistungen mit den Preisen nach der Euro-Gebührenordnung bewertet werden kann. Eine solche Förderung steht sowohl im Einklang mit [§ 87b Abs 2 Satz 2 SGB V](#), der die KÄV verpflichtet, im HVM der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessene Rechnung zu tragen, als auch mit der diese Vorgabe konkretisierenden Regelung in Teil D KÄBV-Vorgaben, der die Möglichkeit zur Förderung von BAGen und von Praxen mit angestellten Ärzten ausdrücklich vorsieht. Dass die kooperative Behandlung in einer BAG unter [§ 87b Abs 2 Satz 2 SGB V](#) fällt, unterliegt keinem Zweifel (vgl zB Engelhard in Hauck/Noftz, SGB V, K § 87b RdNr 116, Stand: IX/16; Freudenberg in jurisPK-SGB V, 4. Aufl, § 87b RdNr 128). Auch bei der Jobsharing-BAG handelt es sich um eine BAG. Der Vertrag über die gemeinsame Berufsausübung ist nach § 40 Nr 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie sogar Voraussetzung für die Zulassung des Jobsharing-Partners. Dementsprechend wird auch die Jobsharing-BAG als "Kooperation" bezeichnet (vgl zB Wenner/Wiegand, KrV 2015, 140, 144 ff). Für Praxen mit einer Jobsharing-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 Ärzten bezogen auf den Zuschlag auf das RLV zu Recht gleich behandelt.

31

ee) In diesem Zusammenhang weist der Senat darauf hin, dass weder aus [§ 87b Abs 2 Satz 2 SGB V](#) noch aus Teil D KÄBV-Vorgaben eine Verpflichtung der KÄV abgeleitet werden kann, die Behandlung in einer Jobsharing-BAG oder in einer Praxis mit Jobsharing-Anstellung in die Förderung der kooperativen Behandlung einzubeziehen. Nach beiden Regelungen kommt den KÄVen ein weiter Spielraum bezogen auf die Ausgestaltung von Regelungen zu. [§ 87b Abs 2 Satz 2 SGB V](#) verlangt nur allgemein, dass der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen "angemessene Rechnung zu tragen" ist und Teil D Nr 2 KÄBV-Vorgaben enthält eine Kann-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 KÄV, im HVM jede Kooperationsform in die Förderung einzubeziehen. Der Senat verkennt insbesondere nicht, dass es sich bei der Jobsharing-BAG um eine "besondere Form der Gemeinschaftspraxis" (so in der Gesetzesbegründung zur Einführung des [§ 101 Abs 1 Satz 1 Nr 4 SGB V](#) mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz, BT-Drucks 13/7264, 65) handelt, die sich von anderen Gemeinschaftspraxen bzw BAGen insbesondere dadurch unterscheiden, dass sich nicht mehrere Ärzte unter Einbringung ihrer Zulassung und des damit verbundenen Versorgungsauftrags zur gemeinsamen Berufsausübung zusammenschließen, sondern dass sich ein Arzt seinen Versorgungsauftrag mit einem anderen Arzt teilt und

letzterem damit die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung auch in einem für die jeweilige Arztgruppe wegen Überversorgung gesperrten Planungsbereich ermöglicht. Die mit einer BAG mit mehr als einem Versorgungsauftrag bestehenden Vorteile bestehen in einer reinen Jobsharing-Konstellation nur in eingeschränktem Maße. Zwar kann unter Umständen auch beim Jobsharing in Urlaubs- und Krankheitsfällen eine Vertretung nach § 32 Abs 1 Satz 2 Ärzte-ZV vermieden werden, weil der verbleibende Arzt vielfach in der Lage sein wird, wenigstens einen Teil der Behandlungen des ausgefallenen Kollegen zu übernehmen. 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 Jobsharing-BAG oder für die Jobsharing-Anstellung hatten, oder ob andere Gründe (Reduzierung der Tätigkeit des anstellenden Arztes, Schaffung einer Anstellungsmöglichkeit in einem gesperrten Planungsbereich) im Vordergrund gestanden haben, kann im Übrigen - entgegen der Auffassung des LSG - im vorliegenden Zusammenhang nicht maßgebend sein, weil die im HVM der Beklagten getroffenen Regelungen die Förderung von Kooperationen nicht von der - in der Praxis kaum zuverlässig aufklärbaren - Motivation der Teilnehmer abhängig macht.

32

Allerdings bietet die Jobsharing-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 grundsätzlich anderes. Das gesetzlich geregelte Ziel der Förderung kooperativer Versorgungsformen steht zudem in einem Spannungsverhältnis zu dem Ziel, die zusätzliche Zulassung des Jobsharing-Arztes bzw die Anstellung weitgehend kostenneutral zu gestalten (vgl BSG Urteil vom 13.2.2019 - [B 6 KA 58/17 R](#) - SozR 4-2500 § 106a Nr 22 RdNr 24 mwN). Vor diesem Hintergrund ist es nach Auffassung des Senats grundsätzlich nicht zu beanstanden, wenn die Förderung von Kooperationen in Gestalt von BAGen oder von Praxen mit angestellten Ärzten davon abhängig gemacht wird, dass mehr als ein Versorgungsauftrag erfüllt wird. Von dieser Möglichkeit hat etwa die KÄV Hessen Gebrauch gemacht, indem sie die Förderung in Gestalt eines Zuschlags auf das RLV auf Praxen beschränkt hat, die mindestens 1,5 Versorgungsaufträge zu erfüllen haben. Die Beklagte hat seit dem Quartal 1/2020 in ihrem HVM geregelt, dass der Zuschlag nicht im Hinblick auf die Tätigkeit von Ärzten gewährt wird, die nach Abschnitt B Nr 7.2.4 HVM kein eigenes RLV erhalten. Abschnitt B Nr 7.2.4 HVM regelt die Bildung des RLV in Jobsharing-Konstellationen (Jobsharing-Anstellung oder Jobsharing-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 KÄV Baden-Württemberg geltenden HVM, auf dessen Grundlage die dortige KÄV einen Zuschlag zum RLV im Übrigen konsequent auch solchen Praxen zubilligt, in denen zwei Ärzte 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.

33

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 SGG](#) iVm [§ 154 Abs 1 VwGO](#). Die Beklagte ist insgesamt unterlegen und hat deshalb die Kosten des Rechtsstreits in vollem Umfang für alle Rechtszüge zu tragen.

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-01-25