

## B 6 KA 15/11 R

Land  
Bundesrepublik Deutschland  
Sozialgericht  
Bundessozialgericht  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
6  
1. Instanz  
SG Nürnberg (FSB)  
Aktenzeichen  
S 6 KA 24/06  
Datum  
07.02.2008  
2. Instanz  
Bayerisches LSG  
Aktenzeichen  
L 12 KA 15/08  
Datum  
24.11.2010  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 6 KA 15/11 R  
Datum  
21.03.2012  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Die Leistungsbegrenzung, die ein MVZ hinnehmen muss, wenn es in einem übertorsorgten Planungsbereich einen Arzt unter Job-Sharing-Bedingungen anstellt, ist auf das gesamte Abrechnungsvolumen des MVZ und nicht nur auf das Punktzahlvolumen zu beziehen, das auf dem Fachgebiet abgerechnet worden ist, dem der anzustellende Arzt angehört.

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 24. November 2010 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen.

Gründe:

I

1

Umstritten ist, wie die Leistungsbegrenzung eines medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) zu berechnen ist, dem im Rahmen eines sog Job-Sharing-Modells die Anstellung eines Arztes genehmigt wird.

2

Der klagende Chirurg Dr. P. ist Inhaber eines MVZ (im Folgenden: Kläger). Dieses wurde im März 2006 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, nachdem Dr. P. ebenso wie der fachärztlich tätige Internist Dr. G. ihre Zulassung eingebracht hatten. Zusammen mit der Zulassung beantragte der Kläger die Genehmigung der Anstellung des Arztes für Chirurgie Dr. R. Dieser Arzt war zuvor als angestellter Arzt in der vertragsärztlichen Praxis von Dr. P. tätig gewesen. Der Planungsbereich des MVZ war nach einer Entscheidung des Landesausschusses wegen Überversorgung für Neuzulassungen in der Gruppe der Chirurgen gesperrt. Zwischenzeitlich ist Dr. R. bei dem Kläger ausgeschieden, auch sein Nachfolger Dr. H. ist nicht mehr dort tätig. Dr. P. schied 2009 ebenfalls zunächst aus dem MVZ aus und übte seine chirurgische Tätigkeit in Einzelpraxis mit einem Job-Sharing-Assistenten aus, blieb aber Inhaber des MVZ. Im Jahr 2010 kehrte er unter "Mitnahme" seines aktuellen Job-Sharing-Assistenten wieder in das MVZ zurück.

3

Nachdem der Zulassungsausschuss die Anstellung von Dr. R. genehmigt hatte, legte er ein Punktzahlvolumen fest, das in den auf die Genehmigung der Anstellung von Dr. R. folgenden Quartalen nicht wesentlich, dh nicht um mehr als 3 %, überschritten werden durfte. Gegen diese Beschränkung richtete sich der Widerspruch des Klägers, der zunächst allein damit begründet wurde, dass für Dr. R. nur hilfsweise eine Anstellungsgenehmigung unter den Job-Sharing-Bedingungen beantragt worden sei, weil richtigerweise eine Sonderbedarfszulassung in Form der umfangmäßig nicht beschränkten Anstellung im MVZ gewährt werden müsse. Der beklagte Berufungsausschuss wies den Widerspruch mit dem Hinweis zurück, der Antrag auf Sonderbedarfszulassung sei abgelehnt worden, deswegen dürfe Dr. R. nur als angestellter Arzt unter Job-Sharing-Bedingungen im MVZ tätig werden; die insoweit maßgebliche Leistungsgrenze habe der Zulassungsausschuss richtig ermittelt (Bescheid vom 24.8.2006).

4

Im Klageverfahren vor dem SG Nürnberg hat der Kläger das Verfahren hinsichtlich der begehrten Sonderbedarfs "Zulassung" für Dr. R. nicht

mehr weiter verfolgt und sein Begehren dahin umgestellt, dass die Begrenzung des Leistungsvolumens des MVZ für die Zeit nach dem Einstieg von Dr. R. nicht auf die vom MVZ insgesamt abgerechneten Punkte, sondern nur auf die chirurgischen Leistungen zu beziehen sei. Dem hat das SG entsprochen und den Beklagten verurteilt, die Punktzahlvolumenbeschränkung allein bezogen auf den "Fachbereich" Chirurgie neu festzustellen (Urteil vom 7.2.2008).

5

Auf die Berufung der zu 1. beigeladenen Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) hat das LSG das sozialgerichtliche Urteil aufgehoben und die Klage, die es als Fortsetzungsfeststellungsklage gewertet hat, abgewiesen (Urteil vom 24.11.2010). Es hat diese Entscheidung damit begründet, der Beklagte habe eine rechtmäßige Feststellung zur Beschränkung des Praxisumfangs des klagenden MVZ getroffen und eine wirksame Leistungsbeschränkung festgelegt. Das LSG ist der Auffassung, bei Anwendung des § 23c der Bedarfsplanungsrichtlinie-Ärzte (BedarfsplRL) - über § 39 BedarfsplRL auch für MVZ - sei zwischen Punktzahlvolumen und Überschreitungsvolumen zu unterscheiden. Das maßgebliche Punktzahlvolumen könne bei MVZ wie bei Gemeinschaftspraxen nur in dem Sinne verstanden werden, dass die Summe aller in der bisherigen Gemeinschaftspraxis bzw im MVZ abgerechneten Punkte gemeint sei. Für die Berechnung des Überschreitungsvolumens sei bei fachverschiedenen Gemeinschaftspraxen und MVZen auf das Leistungsvolumen des fachidentischen Vertragsarztes abzustellen. Es bestehe keine Rechtsgrundlage dafür, den in § 23c BedarfsplRL verwendeten Begriff des Gesamtpunktzahlvolumens nicht auf die gesamte Gemeinschaftspraxis bzw das gesamte MVZ zu beziehen, sondern nur auf einen Teil der dort in einem bestimmten Fachgebiet erbrachten Leistungen. Anknüpfungspunkt von Gesamtpunktzahlvolumen und Leistungsbeschränkung könne aufgrund der einheitlichen Leistungsabrechnung in Gemeinschaftspraxis und MVZ nur das Punktzahlvolumen aller dort tätigen Ärzte sein, wie es in die gemeinsame Abrechnung eingegangen sei. Aus dem von den Beteiligten angeführten Senatsurteil vom 26.6.2002 ([B 6 KA 28/01 R = SozR 3-2500 § 85 Nr 47](#)) ergebe sich nichts anderes.

6

Mit seiner Revision rügt der Kläger eine fehlerhafte Anwendung der § 23c und § 23d iVm § 39 BedarfsplRL sowie eine Verletzung des [Art 12 Abs 1 GG](#) infolge der vom Berufungsgericht vorgenommenen Auslegung dieser Vorschriften. Er macht geltend, auf der Grundlage der Rechtsauffassung des Berufungsgerichts werde ihm die Ausweitung der fachärztlich-internistischen Leistungen im MVZ, die grundsätzlich vertragsarztrechtlich möglich sei, erschwert, obwohl für fachärztlich-internistische Leistungen kein zusätzlicher Arzt angestellt werde. Richtigerweise müssten die Job-Sharing-Begrenzungen der Anstellung des Arztes Dr. R. auf die chirurgischen Leistungen beschränkt bleiben. Das könne nur in der Weise geschehen, dass innerhalb des MVZ zwischen den fachärztlich-internistischen und den chirurgischen Leistungen unterschieden werde. Das Abrechnungsvolumen für die chirurgischen Leistungen dürfe nach Beginn der Tätigkeit des anzustellenden Arztes Dr. R. nur um maximal 3 % des Durchschnittsumsatzes der Fachgruppe der Chirurgen wachsen. Wie demgegenüber die Gesamtpunktzahl des MVZ anwachse, wie sich also insbesondere die internistischen Leistungen entwickelten, müsse außer Betracht bleiben. Jede andere Betrachtungsweise hätte zur Folge, dass die Anstellung eines Arztes unter Job-Sharing-Bedingungen bewirke, dass faktisch auch alle Fachgebiete, in denen der anzustellende Arzt nicht tätig werde und berufsrechtlich nicht tätig werden dürfe, in ihrer Entwicklung bzw Ausweitung gehemmt seien. Das sei mit dem Wortlaut der § 23c und § 23d BedarfsplRL nicht ohne Weiteres vereinbar, widerspreche aber zumindest diametral dem Sinn dieser Regelungen und stünde, wenn es denn zwingend aus dem Wortlaut der maßgeblichen Vorschriften abzuleiten sein sollte, mit dem Grundrecht des Inhabers eines MVZ aus [Art 12 Abs 1 GG](#) nicht in Einklang.

7

Praktische Schwierigkeiten, die die Beigeladene zu 1. anführe, soweit von ihr eine getrennte Berechnung der Punktzahlen je nach den verschiedenen, in einem MVZ repräsentierten Fachgebieten verlangt werde, bestünden nicht in der von der Beigeladenen zu 1. geltend gemachten Form und seien im Übrigen - im Hinblick auf die grundrechtliche Gewährleistung der Berufsausübungsfreiheit des Klägers - nachrangig. Auf der Grundlage der seit 2008 geltenden Vorschriften über die lebenslange persönliche Arztnummer müsse es auch der Beigeladenen zu 1. - wie schon zuvor anderen KÄVen - möglich sein, jede in einem MVZ abgerechnete Leistung einem bestimmten Fachgebiet zuzuordnen. Auf dieser Basis sei die Beigeladene zu 1. in der Lage, ein fachgebietsbezogenes Gesamtpunktzahlvolumen innerhalb eines MVZ zu ermitteln, auf das dann die Vorschriften über die Leistungsbeschränkung als Voraussetzung für die Genehmigung der Anstellung eines Arztes unter Job-Sharing-Bedingungen anzuwenden seien.

8

Der Kläger beantragt, das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 24. November 2010 aufzuheben und die Berufung der Beigeladenen zu 1. gegen das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 7. Februar 2008 zurückzuweisen.

9

Der Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

10

Aus § 23a Satz 1 BedarfsplRL ergebe sich, dass sich die Partner einer Gemeinschaftspraxis vor der Zulassung eines Arztes im Job-Sharing-Modell, der in dieser Gemeinschaftspraxis tätig werden wolle, bzw vor der Anstellung dieses Arztes unter Job-Sharing-Bedingungen verpflichten müssten, den bestehenden Praxisumfang nicht auszuweiten und dazu die vom Zulassungsausschuss festgelegten Leistungsbeschränkungen einzuhalten. Wenn diese Regelung, die über § 39 BedarfsplRL entsprechend für MVZ gelte, nicht leerlaufen solle, könne sie sich nur auf das Gesamtleistungsvolumen der Gemeinschaftspraxis bzw des MVZ beziehen. Es sei rechtlich und tatsächlich unmöglich, dass auf dem Fachgebiet A tätige Vertragsärzte eine verbindliche Erklärung des Inhalts abgäben, Leistungsbeschränkungen auf dem Fachgebiet B einhalten bzw beachten zu wollen. Der eigenständige Zulassungsstatus des MVZ könne nur so verstanden werden, dass Leistungsbeschränkungen sich immer auf alle in den MVZ erbrachten und abgerechneten Leistungen bezögen. Soweit der Kläger sich darauf berufe, bei dieser Auslegung der maßgeblichen Vorschriften der BedarfsplRL werde die Ausweitung der Tätigkeit des MVZ auf Fachgebieten, in denen der anzustellende Arzt nicht tätig werde, praktisch erschwert, könne das tatsächlich zutreffen, sei aber jedem Betreiber eines MVZ

bekannt und in die Entscheidung über die Aufnahme von Ärzten im Job-Sharing-Modell einzubeziehen.

11

Die zu 1. beigelegene KÄV teilt den Standpunkt des Beklagten, ohne einen eigenen Antrag zu stellen.

12

Die übrigen Beigeladenen äußern sich nicht.

II

13

Die Revision des Klägers hat keinen Erfolg. Die Abweisung der Klage durch das Berufungsgericht steht mit Bundesrecht in Einklang.

14

Die Klage ist zulässig. Der Senat lässt offen, ob sich das ursprüngliche Anfechtungsbegehren des Klägers dadurch erledigt hat, dass Dr. R. seine Tätigkeit als angestellter Arzt im MVZ zwischenzeitlich beendet hat. Die dahingehende Auffassung des Berufungsgerichts ist nicht zwingend, weil die allein noch umstrittene Begrenzung des Leistungsumfangs des MVZ für die Zeit nach der Anstellung des Dr. R. auch nach dessen Ausscheiden - etwa im Verhältnis zwischen dem Kläger und der zu 1. beigelegenen KÄV bei der Honorarberechnung - weiter wirken kann (zur Weiteranwendung der früheren Sach- und Rechtslage vgl. zB BSG [SozR 4-2500 § 106 Nr 18](#) RdNr 15/16 betr Honorarkürzungsstreit). Jedenfalls hat der Kläger - soweit von einer Erledigung seines Begehrens ausgegangen wird - ein berechtigtes Interesse iS des [§ 131 Abs 1 Satz 3 SGG](#) an der Feststellung, dass der Beklagte die mit der Anstellung eines Arztes für Chirurgie unter Job-Sharing-Bedingungen verbundene Leistungsbeschränkung des MVZ falsch festgelegt hat. Diese Berechnungsweise würde nach den übereinstimmenden Erklärungen der Beteiligten in der mündlichen Verhandlung auch bei künftigen Anstellungsanträgen praktiziert, so dass aus der Sicht des Klägers Wiederholungsgefahr besteht.

15

In der Sache hat das LSG richtig entschieden. Gesetzliche Grundlage für die Beschränkung des abrechenbaren Punktzahlvolumens im Zuge der Anstellung eines Arztes in einem MVZ sind [§ 101 Abs 1 Satz 1 Nr 4](#) und 5 SGB V. Danach erlässt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien Ausnahmebestimmungen über die Zulassung bzw die Anstellung von Ärzten in Praxen bzw MVZ in Planungsbereichen mit Zulassungsbeschränkungen, soweit sich die Praxen oder die MVZ gegenüber dem Zulassungsausschuss verpflichten, den bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich zu überschreiten. Dem hat der G-BA entsprochen und Regelungen über drei verschiedene Konstellationen von Job-Sharing-Modellen erlassen.

16

Zunächst waren die Vorschriften über die Anstellung von Ärzten in vertragsärztlichen Praxen in den "Richtlinien über die Beschäftigung von angestellten Praxisärzten in der Vertragsarztpraxis (Angestellte-Ärzte-Richtlinien)" in der ab dem 31.1.2002 geltenden Fassung geregelt. Die entsprechenden Regelungen über die Job-Sharing-Zulassung enthalten die §§ 23a ff BedarfspIRL. Ausdrückliche Regelungen über die Anstellung von Ärzten im MVZ existierten bis zum 31.3.2007 nicht. Erst zum 1.4.2007 ist in § 39 BedarfspIRL bestimmt worden, dass die Regelungen der §§ 23a bis 23g BedarfspIRL über die Zulassung unter den Bedingungen des Job-Sharing-Modells auch für die Anstellung von Ärzten in einem MVZ gelten.

17

Zutreffend gehen die Beteiligten übereinstimmend davon aus, dass im Jahr 2006 für die Anstellung eines Arztes in einem MVZ keine Regelungslücke in der Weise bestanden hat, dass solche Anstellungen in Planungsbereichen mit Zulassungsbeschränkungen ohne Verpflichtung des MVZ zur Leistungsbeschränkung möglich gewesen wären. Vielmehr waren insoweit die Regelungen in Ziff 3. der "Angestellte-Ärzte-Richtlinien" entsprechend anzuwenden, soweit sich aus den Unterschieden zwischen einer Anstellung in einer vertragsärztlichen Praxis ([§ 95 Abs 9 SGB V](#)) und in einem MVZ nichts Abweichendes ergab. Die Verweisung des [§ 72 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) auf die entsprechende Geltung der die Vertragsärzte betreffenden Vorschriften für MVZ hat auch die Richtlinien des G-BA über die Anstellung von Ärzten erfasst.

18

Die Regelungen in Ziff 1.3 der "Angestellte-Ärzte-Richtlinien" stimmen sinngemäß mit § 23a Nr 4 BedarfspIRL und die Regelungen in Ziff 3.1 und 3.2 der "Angestellte-Ärzte-Richtlinien" stimmen wörtlich mit § 23c und § 23d BedarfspIRL überein, die über § 39 Satz 1 BedarfspIRL seit dem 1.4.2007 für die Anstellung von Ärzten in einem MVZ gelten. Soweit im Folgenden im Interesse einer besseren Verständlichkeit allein die Vorschriften der BedarfspIRL zitiert werden, ändert das nichts daran, dass für die Entscheidung des Beklagten im Jahr 2006 die "Angestellte-Ärzte-Richtlinien" maßgeblich waren.

19

Nach § 23a Nr 4 BedarfspIRL hat der Zulassungsausschuss einen Arzt in einem Planungsbereich, für dessen Arztgruppe Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, zur gemeinsamen Berufsausübung mit einem bereits zugelassenen Arzt derselben Arztgruppe zuzulassen, soweit der Vertragsarzt und der Antragsteller sich gegenüber dem Zulassungsausschuss schriftlich bereit erklären, während des Bestandes der Gemeinschaftspraxis mit dem Antragsteller den zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehenden Praxisumfang nicht

wesentlich zu überschreiten und die dazu nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmung vom Zulassungsausschuss festgelegte Leistungsbegrenzung anzuerkennen. Die entsprechenden Erklärungen sind nach dem zweiten Halbsatz der Nr 4 des § 23a BedarfspIRL von allen Vertragsärzten abzugeben, soweit der Antragsteller in eine bereits gebildete Gemeinschaftspraxis aufgenommen werden soll. Die näheren Regelungen über die Berechnung des nach Zulassung abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens enthalten § 23c BedarfspIRL (= Ziff 3.1 Angestellte-Ärzte-Richtlinien) für den Regelfall und § 23d BedarfspIRL (= Ziff 3.2 Angestellte-Ärzte-Richtlinien) für Ausnahmefälle.

20

Dem § 23d Satz 3 BedarfspIRL liegt zugrunde, dass auch die Aufnahme bzw Anstellung eines weiteren Vertragsarztes in eine bereits bestehende Gemeinschaftspraxis unter Job-Sharing-Bedingungen möglich ist. Nach dem zweiten Halbsatz des Satzes 3 ist in diesem Fall für die Leistungsbeschränkung "Bezugsgröße das Leistungsvolumen des fachidentischen Vertragsarztes". Wird diese Regelung über § 39 Satz 1 BedarfspIRL auf ein MVZ, das definitionsgemäß fachverschieden ist, angewandt, bedarf der Klärung, was mit Leistungsvolumen "als Bezugsgröße" für die Leistungsbeschränkung gemeint ist. Das LSG bezieht diese Wendung allein auf die Ermittlung des Überschreitendvolumens iS des § 23c Satz 3 BedarfspIRL und nicht auf die Ermittlung des bisherigen Ausgangsvolumens.

21

Die Anwendung der Vorschriften über die Leistungsbeschränkung im Job-Sharing-Modell wirft im unmittelbaren Anwendungsbereich des § 23a BedarfspIRL, also bei der Aufnahme eines Arztes in eine bisher als Einzelpraxis geführte Praxis, keine Probleme auf. Das maximale Abrechnungsvolumen der (künftigen) Gemeinschaftspraxis übersteigt das bisherige Abrechnungsvolumen des Einzelarztes hinaus um 3 % des Durchschnittsumsatzes der betroffenen Fachgruppe. Das kann je nach Abrechnungsvolumen in der bisherigen Einzelpraxis deutlich mehr und deutlich weniger sein als 3 % des Umsatzes, der bisher in der Einzelpraxis erzielt worden ist. Für eine fachgleiche Gemeinschaftspraxis, in der künftig ein weiterer Arzt trotz bestehender Zulassungsbeschränkungen tätig werden soll, gilt nichts anderes. Das maximale Abrechnungsvolumen der bisherigen Praxis, geteilt durch die Zahl der dort tätigen Ärzte, wird um 3 % des Fachgruppendurchschnitts erhöht.

22

Die Anwendung der maßgeblichen Vorschrift auf den Eintritt eines Job-Sharing-Partners in eine bereits bestehende fachverschiedene Gemeinschaftspraxis ist ebenfalls insofern grundsätzlich unproblematisch, als klar ist, dass beim Eintritt eines zusätzlichen Arztes in diese Praxis das maximale Abrechnungsvolumen um 3 % des Durchschnittsumsatzes der Fachgruppe, welcher dieser Arzt angehört, erhöht wird. Umstritten ist allein, ob das Abrechnungsvolumen der bisherigen fachverschiedenen Gemeinschaftspraxis - dann entsprechend auf ein MVZ angewandt - Basis des Zuwachses ist oder ob zumindest aus dem Sinn der Regelung des § 23d Satz 3 Halbsatz 2 BedarfspIRL zu folgern ist, dass auch für die Ermittlung der Gesamtpunktzahlvolumina im Sinne der Ausgangsbasis nur auf die fachidentischen Leistungen der bisherigen Gemeinschaftspraxis - entsprechend übertragen auf das MVZ - abzustellen ist. Ersteres trifft zu.

23

Nach § 23c Satz 1 BedarfspIRL legt der Zulassungsausschuss in einer verbindlichen Feststellung zur Beschränkung des Praxiseumfangs auf der Grundlage der gegenüber dem Vertragsarzt (den Vertragsärzten) in den vorausgegangenen mindestens vier Quartalen ergangenen Abrechnungsbescheiden quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumina fest. Diese Punktzahlvolumina sind gemäß § 23a Satz 2 BedarfspIRL so festzulegen, dass die in einem entsprechenden Vorjahresquartal gegenüber dem erstzugelassenen Vertragsarzt anerkannte Punktzahlanforderung um nicht mehr als 3 % überschritten werden. An diese Grundregel schließt § 23d Satz 3 BedarfspIRL an, wenn dort bei der Aufnahme in eine bestehende Gemeinschaftspraxis eine Minderung der Begrenzung entsprechend der Zahl der bereits in ihr tätigen Vertragsärzte angeordnet wird. Gefordert ist also eine Division des abgerechneten Punktzahlvolumens "der" Gemeinschaftspraxis durch die Zahl ihrer Mitglieder, bzw - nach heute geltendem Recht - durch die Zahl der vollen Versorgungsaufträge iS des [§ 95 Abs 3 Satz 1 SGB V](#), die in der Gemeinschaftspraxis bzw im MVZ wahrgenommen werden. Zu dem so errechneten Volumen sind dann nach § 23c Satz 3 und § 23d Satz 3 Halbsatz 2 BedarfspIRL 3 % des durchschnittlichen Umsatzes der Arztgruppe des anzustellenden Arztes zu addieren. Dann steht der maximale Abrechnungsumfang fest.

24

Die Zuwachsregelung ist so zu verstehen, dass sie nur für den hinzutretenden Job-Sharing-Partner und den ihm zugeordneten, voll zugelassenen Arzt gilt. Das Job-Sharing in einer Gemeinschaftspraxis wird nicht anders behandelt, als wenn ein Arzt mit einem bisher in Einzelpraxis tätigen Vertragsarzt eine Gemeinschaftspraxis gründet: Rechnerisch wird das auf einen einzelnen Arzt der Gemeinschaftspraxis oder des MVZ entfallende maximale Leistungsvolumen um 3 % des Durchschnittsumsatzes der Fachgruppe des anzustellenden Arztes erhöht.

25

Eine andere Beurteilung der Berechnung folgt auch nicht aus den Ausführungen des Senats im Beschluss vom 31.8.2011 - [B 6 KA 1/11 R](#) -. Dort ist zwar unter I der Gründe (RdNr 3) ausgeführt, "die Zulassungsgremien legten die Leistungsobergrenze für die Job-Sharing-Praxis auf der Grundlage des Leistungsvolumens fest, das Dr. V. in den Quartalen IV/2002 bis III/2003 bzw in den Quartalen II/2003 bis I/2004 abgerechnet hatte, unter Zubilligung einer Überschreitung um 3 % des Leistungsvolumens des Durchschnitts der Fachgruppe". Diese Wendung ist jedoch nicht zutreffend. Nach den Angaben des Sächsischen LSG im Urteil - [L 1 KA 7/09](#) -, das zum Senatsbeschluss vom 31.8.2011 geführt hat, belief sich das Leistungsvolumen der dort klagenden Gemeinschaftspraxis auf zwischen ca 40 und 50 Millionen Punkten pro Quartal. Derartige Honorarvolumina können sich nach dem Gesamtzusammenhang der Ausführungen des Sächsischen LSG nur auf "die Klägerin", also auf die aus vier bzw fünf Radiologen bestehende Gemeinschaftspraxis beziehen. Dementsprechend ist auch im Urteil des Sächsischen LSG ausgeführt, dass das Überschreitendvolumen auf der Grundlage der Punktzahlanforderung aller bisherigen Partner zu bestimmen ist. Die angeführte Wendung im Beschluss des Senats vom 31.8.2011 enthält lediglich eine verkürzte deskriptive Darstellung. Auf die rechtlichen Aussagen in diesem Beschluss hat das keinen Einfluss.

26

Im Ausgangspunkt teilt auch der Kläger diese Sicht der Berechnung der Leistungsbeschränkung, hält aber für fachverschiedene Gemeinschaftspraxen und MVZ eine abweichende Beurteilung für geboten. Dem folgt der Senat nicht. Normativer Ausgangspunkt der Auffassung des Klägers ist § 23d Satz 3 zweiter Halbsatz BedarfspIRL. Diese Regelung lautet: "Handelt es sich um eine fachverschiedene Gemeinschaftspraxis, so ist für die Leistungsbeschränkung Bezugsgröße das Leistungsvolumen des fachidentischen Vertragsarztes". Mit dieser Bestimmung hat sich der Senat in einem Urteil vom 26.6.2002 - [B 6 KA 28/01 R \(SozR 3-2500 § 85 Nr 47 S 402\)](#) befasst. In diesem Verfahren ging es darum, wie Honoraranteile von fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen nach deren Auflösung auf die einzelnen Honorartöpfe der Fachgruppe zu verteilen sind. Der Senat hat eine Regelung der (früheren) KÄV Südwürttemberg gebilligt, die das Honorar nach Kopfteilen aufgeteilt und der jeweiligen Arztgruppe zugewiesen hat, der der aus der Gemeinschaftspraxis ausscheidende Arzt nunmehr zuzuordnen ist. In diesem Zusammenhang hat der Senat zu § 23d BedarfspIRL ausgeführt, aus der Regelung, wonach Bezugsgröße für die Leistungsbeschränkung das Leistungsvolumen des fachidentischen Vertragsarztes ist, sei abzuleiten, dass sich im Rahmen der sog Job-Sharing-Zulassung in Planungsbereichen mit Zulassungsbeschränkungen die Obergrenze des Abrechnungsvolumens an der Arztgruppe orientiert, der der neu zuzulassende Arzt angehört. Damit sei gewährleistet, dass in einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis auch derjenige Arzt, auf den nach seinem persönlichen Leistungszuschnitt oder den für sein Fachgebiet typischen Verhältnissen ein hoher Umsatz entfällt, seinen Arbeitseinsatz zu Gunsten eines neu in die Praxis aufzunehmenden Arztes reduzieren kann. Das würde erschwert, wenn für einen neu in eine fachübergreifende Gemeinschaftspraxis eintretenden Arzt die Obergrenze allein auf den Durchschnittsumsatz der gesamten Gemeinschaftspraxis bezogen würde. Ein für die einzelne KÄV verbindliches bundesrechtliches Strukturprinzip, wonach in allen Fragen, die eine fachübergreifende Gemeinschaftspraxis betreffen, nach fachgruppenbezogenen Umsätzen differenziert werden müsste, lasse sich daraus nicht ableiten.

27

Diese Wendung versteht der Kläger so, dass jedenfalls bei Eintritt eines Arztes in eine fachübergreifende Gemeinschaftspraxis dem Sinn der Begrenzungsregelungen entsprochen würde, wenn auf das Leistungsvolumen lediglich des Arztes abgestellt wird, der sich die Versorgungsaufgaben auf seinem Fachgebiet mit einem neuen Job-Sharing-Partner teilt. Die oben wieder- gegebene Wendung des Senats ist aber nicht zwingend in dem Sinne zu verstehen, dass dem bereits auf der Ebene der Berechnung des Ausgangspfadonds Rechnung getragen werden muss. Vielmehr wird dem Gedanken der Ausrichtung der Leistungsbeschränkung auf das jeweilige Fachgebiet auch dadurch hinreichend entsprochen, dass die Zuwachsregelung des § 23d Satz 3 BedarfspIRL auf das durchschnittliche Umsatzvolumen der Arztgruppe bezogen wird, der (auch) der Job-Sharing-Partner angehört.

28

Der Kläger weist weiter im Ausgangspunkt zutreffend darauf hin, dass die Ermittlung des Gesamtpunktzahlvolumens ohne Differenzierung nach den von der Anstellung eines Arztes betroffenen Fachgebieten die Auswirkung haben kann, dass das Wachstum des gesamten MVZ als Folge der Anstellung eines Arztes begrenzt wird. So hat die Anstellung des Dr. R. auf der Grundlage des angefochtenen Beschlusses des Beklagten bewirkt, dass auch die internistischen Leistungen des MVZ nicht mehr ausgeweitet werden konnten, soweit der mit der Anstellung des Chirurgen Dr. R. verbundene Umsatzzuwachs um 3 % des durchschnittlichen Umsatzes dieser Arztgruppe schon ausgeschöpft ist. Diese Konsequenz ist indessen auf der Basis der geltenden Regelungen hinzunehmen, verstößt nicht gegen [Art 12 Abs 1 GG](#) und kann für die Zukunft allenfalls durch eine umfassende Neuregelung der Job-Sharing-Zulassung bzw Anstellung durch den G-BA geändert werden.

29

Das MVZ tritt der KÄV als Einheit gegenüber. Die Zuordnung der im MVZ erbrachten Leistungen zu einem bestimmten Arzt war bzw ist weder lückenlos möglich noch uneingeschränkt geboten. Zum hier maßgeblichen Zeitpunkt (2006) war schon rein tatsächlich für die KÄV nicht erkennbar, welcher Arzt welche in einem MVZ berechnete Leistung erbracht hat. Ob sich das im Zuge der ab 2008 eingeführten "lebenslangen einheitlichen Arztnummer" geändert hat, bedarf hier keiner Klärung: Auch die Zuordnung von in der Vergangenheit abgerechneten Leistungen zu einem bestimmten Arzt erlaubt keine trennscharfe Abgrenzung eines "Fachgebietes" innerhalb eines MVZ. Im Fall des Klägers, also bei einem MVZ mit zwei Ärzten, die auf Fachgebieten mit allenfalls in Randbereichen überschneidenden Leistungen tätig sind, mag eine klare Zuordnung ansatzweise möglich sein, im Falle eines größeren MVZ mit zahlreichen Ärzten eher benachbarter Fachgebiete (Chirurgie/Orthopädie, kardiologische und pulmologische Schwerpunkte in der Inneren Medizin) dürfte eine klare Abgrenzung jedoch kaum eindeutig gelingen. Zudem müssten stets die allgemeinen Leistungen des MVZ, die nicht von vornherein nur in einem Fachgebiet oder Schwerpunkt anfallen, sachgerecht aufgeteilt werden. Das ist kaum möglich und jedenfalls sehr manipulationsanfällig. Unklar ist im Übrigen, wie verfahren werden sollte, wenn mehrere Ärzte in dem Schwerpunkt tätig sind, den auch der neue Job-Sharing-Partner anbietet. Klärungsbedürftig wäre weiterhin, ob es dann auf den Arzt ankommen soll, dem der neue Partner "zugeordnet" werden soll, oder ob eine Art fachgebiets- oder schwerpunktorientierte "Innen-Gemeinschaftspraxis" oder "Innen-MVZ" gebildet werden muss mit der Folge, dass es auf den Durchschnitt der Gemeinschaftspraxis-Partner mit demselben Schwerpunkt ankäme. Offen ist auch, wie vorzugehen wäre, wenn die Partner der Gemeinschaftspraxis oder die Ärzte im MVZ unabhängig von ihrem Fachgebiet bzw Schwerpunkt tatsächlich in ganz unterschiedlichem Umfang tätig sind: Dann kann die Interessenlage ganz unterschiedlich sein: will etwa ein älterer Arzt sich entlasten, weil ihm sein bisheriger Tätigkeitsumfang zu groß ist, würde die Gemeinschaftspraxis profitieren, wenn nur auf seinen Umsatz abzustellen wäre. Will er sich entlasten, nachdem er seinen Tätigkeitsumfang schon vermindert hat, wäre es für die Gemeinschaftspraxis besser, gerade nicht auf seinen individuellen - schon reduzierten - Umsatz abzustellen. Diese Erwägungen zeigen, dass im Rahmen des § 23c BedarfspIRL auf der ersten Stufe der Ermittlung der quartalsbezogenen Gesamtpunktzahlvolumina Gemeinschaftspraxis und MVZ nur als Einheit beachtet werden können. Jede Individualisierung auf einzelne Ärzte, deren Abrechnungsverhalten gegenüber der KÄV nur sehr eingeschränkt nachvollziehbar ist, führt zu kaum lösbaren praktischen Schwierigkeiten und/oder stellt die Ermittlung des "Gesamtpunktzahlvolumens" faktisch zur Disposition der Gemeinschaftspraxis/des MVZ.

30

Die dargestellte Unmöglichkeit, auf der Grundlage der Regelungen der § 23c, § 23d BedarfspIRL ein fachgebiets- oder schwerpunktbezogenes "Teilabrechnungsvolumen" zu bilden, wirkt unmittelbar auf die Auslegung dieser Vorschriften ein. Ob § 23c Satz 1

BedarfsplRL im Lichte des § 23d Satz 3 BedarfsplRL eine Auslegung erlauben würde, dass die "Gesamtpunktzahlvolumina" nicht auf das MVZ, sondern auf eines der dort repräsentierten Fachgebiete bezogen wird, kann offenbleiben. Diese Auslegung hätte nämlich zur Folge, dass die Zuwachsbegrenzung nach der Anstellung eines weiteren Arztes faktisch nicht verlässlich und mit zumutbarem Aufwand realisierbar wäre. Weil der Gesetzgeber aber in [§ 101 Abs 1 Satz 1 Nr 4](#) und 5 SGB V die Zulassung in gesperrten Planungsbereichen an die "nicht wesentliche" Überschreitung des bisherigen Praxisumfangs gebunden hat, kommen Job-Sharing-Zulassungen und -Anstellungen nur in Betracht, wenn die Einhaltung der Umfangsbeschränkung umgesetzt werden kann. Das war zumindest im hier maßgeblichen Zeitraum (2006) nur auf der Grundlage der vom LSG vorgenommenen Auslegung der §§ 23c, 23d BedarfsplRL möglich, wonach auch bei fachverschiedenen Gemeinschaftspraxen und MVZ das Gesamtpunktzahlvolumen durch die Gesamtheit der abgerechneten Leistungen gebildet wird.

31

Rechte des Klägers sind dadurch nicht verletzt. Auf Zulassungen oder die Genehmigung von Arztanstellungen im MVZ besteht in überversorgten Planungsbereichen grundsätzlich kein Anspruch. Die Verpflichtung zur Umsatzbeschränkung iS des [§ 101 Abs 1 Satz 1 Nr 4](#) und 5 SGB V ist deshalb keine Einschränkung von Beschäftigungsmöglichkeiten, die iS des [Art 12 Abs 1 Satz 2 GG](#) rechtfertigungsbedürftig wäre. Die praktisch durchsetzbare Umsatzbeschränkung eröffnet vielmehr erst Zulassungs- oder Anstellungsmöglichkeiten, die unter Versorgungsgesichtspunkten in überversorgten Bereichen nicht geboten und deshalb nach den Zielen der Bedarfsplanung eher unerwünscht sind. Prüfungsmaßstab ist daher allein das Gleichbehandlungsgebot des [Art 3 Abs 1 GG](#). Dieses ist jedoch als Folge der einheitlichen Ermittlung des Gesamtpunktzahlvolumens eines MVZ ohne Differenzierung nach Fachgebieten nicht verletzt.

32

Eine Ungleichbehandlung je nach Status (MVZ oder fachverschiedene Gemeinschaftspraxis) liegt nicht vor: für beide gelten dieselben Regeln. Die chirurgischen Leistungen können im MVZ des Klägers in Folge der Anstellung des Dr. R. genauso ausgeweitet werden, als wenn Dr. R. in einer chirurgischen Einzel- oder Gemeinschaftspraxis angestellt werden würde. Wirtschaftlich betroffen ist der Kläger als Träger des MVZ lediglich im Hinblick auf die mittelbaren Begrenzungen der Zuwachsmöglichkeiten in der Inneren Medizin. Wenn er aber die Leistungen auf diesem Fachgebiet innerhalb eines MVZ anbieten will, muss er die damit verbundenen Konsequenzen der einheitlichen Leistungserbringung "aus einer Hand" hinnehmen.

33

Soweit der Kläger geltend macht, die vom Senat geteilte Rechtsauffassung des LSG erschwere die gesetzgeberisch gewollte Entwicklung des MVZ, ist damit nicht die Anwendung des geltenden Rechts, sondern die Gestaltung der Rechtslage in der Zukunft angesprochen. Der G-BA hat Gelegenheit zu prüfen, ob das Prinzip der Einheitlichkeit der Leistungserbringung im MVZ und in fachverschiedenen Gemeinschaftspraxen im Interesse einer zielgenaueren Ausrichtung der Zuwachsbegrenzung (allein) auf das von einer Zulassung oder Arztanstellung betroffene Fachgebiet gelockert werden soll. Wenn sich der G-BA dazu entschließen sollte, muss er vorab die oben aufgeworfenen Fragen zur Umsetzung einer rein fachgebietsorientierten Zuwachsbegrenzung klären, damit die Zulassungsgremien ohne unzumutbar großen Verwaltungsaufwand zeitnah bei Anstellungsanträgen von MVZ über die Zuwachsbegrenzung entscheiden können. Zudem muss verhindert werden, dass die Handhabung der Zuwachsbegrenzung weitgehend einer optimierenden Gestaltung durch das MVZ überantwortet wird, soweit dieses nämlich selbst durch den MVZ-internen Zuschnitt von "Fachgebieten" den Ausgangswert für die Umsatzbegrenzung beeinflussen kann.

34

Ob der G-BA Änderungen der Zuwachsbegrenzungsregelungen vornimmt, obliegt seiner Gestaltungsfreiheit als Normgeber (dazu zuletzt Senatsurteil vom 14.12.2011 - [B 6 KA 29/10 R](#)). Das Grundgesetz gebietet eine Änderung der geltenden Rechtslage jedenfalls nicht. Die Job-Sharing-Zulassung wie die entsprechende Arztanstellungsoption sind durch das 2. GKV-NOG zum 1.7.1997 eingeführt worden, um bei Beibehaltung von Zulassungsbeschränkungen zusätzliche Beschäftigungsmöglichkeiten für Ärzte zu schaffen (vgl [BT-Drucks 13/7264 S 65](#)). Dass dieser Aspekt angesichts der grundlegend günstigeren Lage hinsichtlich der beruflichen Betätigungsmöglichkeiten von Ärzten im Jahre 2012 noch eine relevante Rolle spielt, liegt zumindest nicht auf der Hand. Zudem hat der Gesichtspunkt der schrittweisen Reduzierung der Tätigkeit des zugelassenen, typischerweise älteren Vertragsarztes in Einzelpraxis, der für die Ermöglichung der Job-Sharing-Zulassung angeführt werden kann, zumindest in größeren MVZ eine allenfalls untergeordnete Rolle gespielt. Solange der Gesetzgeber an Zulassungsbeschränkungen festhält - und daran besteht im Hinblick auf die Neuregelungen im GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22.12.2011 ([BGBl I 2983](#)) kein Zweifel - sind verfassungsrechtlich die Vorgaben des Zulassungsrechts am Ziel des Abbaus von Überversorgung und nicht am Ziel der Optimierung des - auch gesetzkonformen - Leistungsumfangs in MVZ auszurichten.

35

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 SGG](#) iVm [§ 154 Abs 2 VwGO](#). Der Kläger hat die Kosten des ohne Erfolg eingelegten Rechtsmittels zu tragen. Die Erstattung der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen ist nicht geboten, weil diese keine Anträge gestellt haben.

Rechtskraft  
Aus  
Login  
BRD  
Saved  
2012-12-20