

---

## S 2 KA 663/14

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

|               |                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Land          | Bundesrepublik Deutschland                                                                                                                                                                                                                       |
| Sozialgericht | Bundessozialgericht                                                                                                                                                                                                                              |
| Sachgebiet    | Vertragsarztangelegenheiten                                                                                                                                                                                                                      |
| Abteilung     | -                                                                                                                                                                                                                                                |
| Kategorie     | Urteil                                                                                                                                                                                                                                           |
| Bemerkung     | -                                                                                                                                                                                                                                                |
| Rechtskraft   | -                                                                                                                                                                                                                                                |
| Deskriptoren  | Vertragsärztliche Versorgung –<br>Honorarverteilung –<br>Vergütungsobergrenze für Vertragsärzte<br>mit anteiligem Versorgungsauftrag und<br>angestellte Ärzte in Teilzeit – Verletzung<br>des Grundsatzes der<br>Honorarverteilungsgerechtigkeit |
| Leitsätze     | Eine Vergütungsobergrenze, die<br>ausschließlich für Vertragsärzte mit<br>anteiligem Versorgungsauftrag und in<br>Teilzeit angestellte Ärzte gilt, verletzt den<br>Grundsatz der<br>Honorarverteilungsgerechtigkeit.                             |
| Normenkette   | SGb V <a href="#">§ 87b Abs 1</a> F: 2011-12-22; SGb V <a href="#">§ 87b Abs 2 S 1</a> F: 2011-12-22; SGb V <a href="#">§ 95 Abs 3 S 1</a> ; GG Art 3 Abs 1; GG Art 12 Abs 1                                                                     |

#### 1. Instanz

|              |               |
|--------------|---------------|
| Aktenzeichen | S 2 KA 663/14 |
| Datum        | 14.06.2016    |

#### 2. Instanz

|              |              |
|--------------|--------------|
| Aktenzeichen | L 4 KA 57/16 |
| Datum        | 15.01.2019   |

#### 3. Instanz

|       |            |
|-------|------------|
| Datum | 15.07.2020 |
|-------|------------|

Ä

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 15. Januar 2019 wird zur<sup>1</sup>/<sub>4</sub>ckgewiesen. Die Beklagte trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens.

---

Gründe:

I

1

Streitig ist die Höhe des Honoraranspruchs der Klägerin in den Quartalen 2/2013 und 3/2013 und dabei insbesondere, wie das Regelleistungsvolumen (RLV) einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) von Vertragsärzten mit anteiligem Versorgungsauftrag zu bemessen ist.

2

Die beklagte Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) berechnete auch nach dem Ende der bundesgesetzlich vorgeschriebenen Verteilung des vertragsärztlichen Honorars auf der Grundlage von RLV mit Ablauf des Jahres 2011 das Honorar Übergangsweise weiterhin nach RLV ausgehend von der individuellen Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal und einem arztgruppenspezifischen Fallwert. Eine Minderung der Fallwerte erfolgte erst für jeden über 150 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppen hinausgehenden Fall. Abweichend hiervon wurde Ärzten mit einem anteiligen Versorgungsauftrag und angestellten Ärzten mit einer Anstellungsgenehmigung für einen hauptamtlichen oder noch geringeren Versorgungsauftrag ab dem 1.4.2013 bis zur Neuordnung des Vergütungssystems ab dem Quartal 4/2013 ein Gesamt volumen (RLV, qualifikationsbezogenes Zusatzvolumen (QZV) und Praxisbesonderheiten) höchstens bis zum anteiligen durchschnittlichen Umsatz der jeweiligen Arztgruppe im Vorjahresquartal zugewiesen. Vergütungsanteile oberhalb dieser Vergütungsobergrenze wurden lediglich mit abgestaffelten Preisen (Abstaffelungsfaktor 0,1) vergütet.

3

Die Klägerin nimmt als BAG mit acht Orthopäden darunter vier Orthopäden mit hauptamtlichem Versorgungsauftrag -, drei Chirurgen und einem Neurochirurgen an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Für das Quartal 2/2013 wies die Beklagte der Klägerin auf der Grundlage des ab dem 1.4.2013 geltenden Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) ein RLV in Höhe von 360 907,36 Euro zu (Bescheid vom 18.4.2013). Dabei berechnete sie die arztbezogenen RLV für die vier Orthopäden mit hauptamtlichem Versorgungsauftrag auf der Grundlage des anteiligen Durchschnitts der Fachgruppe (20 015,75 Euro; bei einer anteiligen Durchschnittsfallzahl von 519,4) zuzüglich eines 10 %igen BAG-Aufschlags (2001,58 Euro). Für das Quartal 3/2013 wurde ein RLV von 346 280,83 Euro zugewiesen (Bescheid vom 2.7.2013).

4

Die Beklagte setzte das Honorar der Klägerin für das Quartal 2/2013 vor Abzug des Verwaltungskostenbeitrags auf 604 808,68 Euro fest (Honorarbescheid vom

---

14.10.2013). Die Klägerin hatte RLV-relevante Leistungen und Leistungen der QZV in einem Umfang von insgesamt 408 213,02 Euro erbracht, die in Höhe von 334 930,82 Euro vergütet wurden. Für das Quartal 3/2013 setzte die Beklagte den Honoraranspruch der Klägerin vor Abzug des Verwaltungskostenbeitrags auf 644 941,14 Euro fest (Honorarbescheid vom 14.1.2014). RLV-relevante Leistungen und Leistungen der QZV in einem Umfang von insgesamt 410 017,26 Euro wurden in Höhe von 352 076,32 Euro vergütet.

5

Mit Widerspruchsbescheid vom 3.12.2014 wies die Beklagte sämtliche Widersprüche gegen die RLV-Festsetzungen und die Honorarbescheide für die streitbefangenen Quartale zurück. Die rechtlichen Bedenken gegen die Sonderregelung für Vertragsärzte mit anteiligem Versorgungsauftrag teile sie nicht. Das Gesetz bestimme in [Â§ 87b Abs 2 SGB V](#) ausdrücklich, dass der Verteilungsmaßstab Regelungen vorzusehen habe, die verhindern, dass der Vertragsarzt seine Tätigkeit über seinen Versorgungsauftrag nach [Â§ 95 Abs 3 SGB V](#) hinaus übermäßig ausdehne.

6

Das SG hat die Beklagte unter Änderung der RLV-Mitteilungen und der Honorarabrechnungen verurteilt, den Honoraranspruch der Klägerin neu zu bescheiden (Urteil vom 14.6.2016). Die Regelungen des HVM der Beklagten für Ärzte mit anteiligen Arztstellen verstießen gegen [Art 3 GG](#). Sie ermöglichten es diesen Ärzten nicht, über die zugewiesene anteilige durchschnittliche Fallzahl hinaus Patienten zu gewinnen, während diese Möglichkeit Ärzten mit vollem Versorgungsauftrag bis zu einem Anteil von 150 % der durchschnittlichen Fallzahl eingeräumt werde, bevor eine Fallwertabstaffelung eingreife. Damit werde nicht nur verhindert, dass ein Arzt mit anteiligem Versorgungsauftrag seine Tätigkeit übermäßig ausdehne. Ihm werde auch jegliche Möglichkeit genommen, über den anteiligen Durchschnitt hinaus Patienten zu behandeln.

7

Das LSG hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen (Urteil vom 15.1.2019). Die Beklagte sei nicht berechtigt gewesen, die Leistungen der Ärzte mit anteiligem Versorgungsauftrag auch dann anhand eines pauschalen Gesamtvolumens, welches sich allein aus dem Durchschnitt der Arztgruppe errechne, zu vergüten, wenn eine Berechnung anhand der individuellen Fallzahlen ein höheres RLV ergeben hätte. Diese Regelungen des HVM beinhalteten eine verfassungsrechtlich nicht zu rechtfertigende Ungleichbehandlung von Ärzten mit vollem und Ärzten mit anteiligem Versorgungsauftrag. Die Beklagte sei nicht gehindert, den gesetzlichen Auftrag aus [Â§ 87b Abs 2 Satz 2 SGB V](#) umzusetzen und Regelungen im HVM vorzusehen, die eine Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit über den Versorgungsauftrag nach [Â§ 95 Abs 3 SGB V](#) hinaus verhindern. Dieses gesetzliche Ziel rechtfertige aber nicht jede erdenkliche Maßnahme, die zu seiner Verwirklichung geeignet sei. So sei die Beklagte zwar nicht verpflichtet, Ärzten mit

---

anteiligem Versorgungsauftrag ebenso wie Ärzten mit vollem Versorgungsauftrag eine Abrechnung von Leistungen bis zum 1,5-fachen des Gruppendurchschnitts ohne Abstufung des Fallwerts zu ermöglichen. Allerdings dürfte sie die beiden Gruppen nicht derart unterschiedlich behandeln, dass sie der einen Leistungen, die sie über den ihrem Versorgungsauftrag entsprechenden Durchschnitt hinaus erbringe, weitgehend vergelte, dies der anderen Gruppe aber gänzlich verwehre. Gewichtige Unterschiede zwischen Ärzten mit vollem und mit anteiligem Versorgungsauftrag, welche die Ungleichbehandlung rechtfertigten, seien nicht ersichtlich. Ärzte mit vollem und mit anteiligem Versorgungsauftrag unterschieden sich allein in dem zeitlichen Umfang ihrer Berufsausübung.

8

Die Beklagte trägt mit ihrer Revision sinngemäß eine Verletzung des [§ 87b Abs 2 Satz 1 SGB V](#) sowie des aus [Art 3 Abs 1](#) iVm [Art 12 Abs 1 GG](#) abzuleitenden Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Dass der HVM unterschiedliche Regelungen für Ärzte mit unterschiedlichen Versorgungsaufträgen vorsehe, sei nicht zu beanstanden. Zwischen beiden Gruppen von Ärzten bestünden Unterschiede, die eine differenzierende Regelung rechtfertigten, wenn nicht sogar erforderlich machten. So stehe bei dem mit halber Zulassung tätigen Vertragsarzt eine selbst gewählte Beschränkung des Leistungsumfangs im Vordergrund, während bei einem Vertragsarzt mit Vollzulassung an diese Stelle die persönliche Leistungsfähigkeit trete. Dem Umfang der Tätigkeit eines in Vollzeit tätigen Arztes werde letztlich aus zeitlichen und physischen Gründen eine natürliche Grenze gesetzt, selbst wenn eine Wachstumsregelung eine noch umfangreichere Abrechnung zuließe. Dies sei zwar auch bei einem Arzt mit einer anteiligen Arztstelle der Fall, allerdings sei die Spanne, in der dieser über den zugestandenen Versorgungsauftrag hinaus Leistungen erbringen könne, ohne an diese natürliche Grenze zu stoßen, ungleich größer. Bei der Ermittlung der Grenze für das Leistungsvolumen der anteilig beschäftigten Ärzte habe sie die Beklagte auf die durchschnittliche Leistungsfähigkeit der Vertragsärzte abstellen dürfen. Das Abstellen auf besonders effiziente oder leistungsstarke Ärzte sei dagegen nicht erforderlich. Eine mittelbare Diskriminierung weiblicher Vertragsärzte liege nicht vor, da zum Stichtag 15.7.2013 von den in Teilzeit tätigen Vertragsärzten (ohne Ermächtigte und Jobsharer) 47,8 % Männer und 52,2 % Frauen gewesen seien.

9

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 15. Januar 2019 aufzuheben sowie das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 14. Juni 2016 insoweit aufzuheben, als die Beklagte unter Abänderung der RLV-Mitteilungen und der Honorarbescheide für die Quartale 2/2013 und 3/2013 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 3. Dezember 2014 dazu verurteilt worden ist, den Honoraranspruch der Klägerin neu zu bescheiden, und die Klage insgesamt abzuweisen.

10

---

Die Klägerin beantragt, die Revision zurückzuweisen.

11

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Honorarbegrenzungen wie zB Mengenbegrenzungsregelungen durch RLV müssen unter dem Blickwinkel der Honorarverteilungsgerechtigkeit für Vertragsärzte mit hauptberuflichem Versorgungsauftrag gleichermaßen gelten, und zwar auf die Honorarhelfte begrenzt. [§ 95 Abs 3 SGB V](#) fordere ausdrücklich die Gleichbehandlung der Ärzte mit vollem und mit anteiligem Versorgungsauftrag. Ungeachtet des Anteils der in Teilzeit tätigen Vertragsärzte und Vertragsärztinnen diskriminiere die streitbefangene Regelung jedenfalls mittelbar diejenigen Elternteile, die aus familiären Gründen auf eine volle Arztstelle verzichteten. Die streitbefangenen Regelungen des HVM seien im Allgemeinen nicht geeignet, eine übermäßige Ausdehnung des Versorgungsauftrags, insbesondere der Facharztgruppen mit hohen operativen Leistungsanteilen, zu verhindern, da sie nur die Honoraranteile innerhalb der RLV-Systematik begrenze. Vertragsärzte mit einem hohen Anteil extrabudgetärer Leistungen seien von der streitbefangenen Regelung faktisch nicht betroffen. Überwiegend konservativ tätige Orthopäden oder andere Fachärzte mit einem geringen Anteil extrabudgetär zu vergütenden Leistungen seien dagegen durch die Regelung doppelt benachteiligt, weil auch die RLV-Werte der operativ tätigen Orthopäden in die Durchschnittswerte der Fachgruppe einfließen. Da die den anteiligen Fachgruppendurchschnitt übersteigenden Fälle für die RLV-Berechnung im Folgejahr irrelevant seien, wären Vertragsärzte mit anteiligen Versorgungsaufträgen im Allgemeinen kaum mehr zu einer kollegialen Vertretung im Krankheits- oder Urlaubsfall bereit.

II

12

Die Revision der Beklagten bleibt erfolglos. Das LSG hat die Berufung der Beklagten zu Recht und mit zutreffender Begründung zurückgewiesen. Die Bescheide der Beklagten sind rechtswidrig. Die zum 1.4.2013 in Kraft getretene Differenzierung bei der Zuweisung von RLV und QZV zwischen Ärzten mit voller Zulassung und solchen mit hauptberuflichem Versorgungsauftrag bzw angestellten Ärzten mit einer Anstellungsgenehmigung für einen hauptberuflichen oder noch geringeren Versorgungsauftrag (anteilige Arztstellen) ist mit dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit unvereinbar.

13

A. Die Revision ist zulässig. Nach [§ 162 SGG](#) kann die Revision nur darauf gestützt werden, dass das angefochtene Urteil auf der Verletzung einer Vorschrift des Bundesrechts oder einer sonstigen im Bezirk des Berufungsgerichts geltenden Vorschrift beruht, deren Geltungsbereich sich über den Bezirk des Berufungsgerichts hinaus erstreckt. Diesen Anforderungen wird die Revisionsbegründung gerecht. Zwar sind die Regelungen des HVM kein revisibles

---

Recht. Die Normen einer von den zuständigen Vertragspartnern auf Landesebene mit Geltung für das Land – hier Schleswig-Holstein – geschlossenen Vereinbarung sind Landesrecht und kein Bundesrecht. Dieses Landesrecht wird weder dadurch zu Bundesrecht, dass es auf bundesrechtlicher Grundlage beruht noch dadurch, dass auf bundesrechtliche Bestimmungen Bezug genommen wird (Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 13. Aufl 2020, Â§ 162 RdNr 6b). Die Beklagte legt jedoch mit der Rüge der Verletzung des [Â§ 87b Abs 2 Satz 1 SGB V](#) sowie des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit ([Art 3 Abs 1 iVm Art 12 Abs 1 GG](#)) hinreichend dar, dass das angefochtene Urteil auf der Verletzung von Bundesrecht beruhen kann ([Â§ 164 Abs 2 Satz 3 SGG](#)).

14

B. Gegenstand des Revisionsverfahrens sind das Urteil des LSG vom 15.1.2019, die Honorarbescheide vom 14.10.2013 und 14.1.2014 sowie die Bescheide vom 18.4.2013 und vom 2.7.2014, mit denen die Beklagte der Klägerin ein RLV für das jeweilige Quartal zugewiesen hat (alle Bescheide in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 3.12.2014). Die RLV-Zuweisungsbescheide sind jedenfalls solange gesondert anfechtbar, wie ein denselben Zeitraum betreffender Honorarbescheid noch nicht bestandskräftig geworden ist (vgl BSG Urteil vom 15.8.2012 – [B 6 KA 38/11 R](#) – SozR 4-2500 Â§ 87b Nr 1 RdNr 10 f, 13 ff sowie BSG Urteil vom 2.8.2017 – [B 6 KA 16/16 R](#) – SozR 4-2500 Â§ 87b Nr 11 RdNr 38 zur Rechtslage ab dem 1.1.2012; vgl auch BSG Urteil vom 24.10.2018 – [B 6 KA 28/17 R](#) – SozR 4-2500 Â§ 87b Nr 18 RdNr 11).

15

C.1. Die Revision ist unbegründet. Gesetzliche Grundlage der hier anzuwendenden Verteilungsregelungen ist [Â§ 87b Abs 1 SGB V](#) in der Fassung des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) vom 22.12.2011 ([BGBl I 2983](#)). Nach dieser Vorschrift verteilt die KKV die vereinbarten Gesamtvergütungen an die Ärzte, Psychotherapeuten, medizinischen Versorgungszentren (MVZ) sowie ermächtigten Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung. Sie wendet dabei den Verteilungsmaßstab an, der im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen festgesetzt worden ist. Nach [Â§ 87b Abs 2 Satz 1 SGB V](#) hat der Verteilungsmaßstab Regelungen vorzusehen, die verhindern, dass die Tätigkeit des Leistungserbringers über seinen Versorgungsauftrag nach [Â§ 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.

16

Mit der Neufassung des [Â§ 87b SGB V](#) durch das GKV-VStG ist der Gesetzgeber in wesentlichen Punkten zur Verteilungssystematik aus der Zeit vor Inkrafttreten der



---

Änderungen durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) zum 1.1.2004 zurückgekehrt und hat die bundesgesetzlichen Vorgaben, insbesondere die Implementation von RLV, weitgehend zurückgenommen (BSG Urteil vom 2.8.2017 – [B 6 KA 16/16 R](#) – SozR 4-2500 Â§ 87b Nr 11 RdNr 27). Die KVen dürfen im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen seit 2012 die Honorarverteilung wieder weitgehend nach eigenen Präferenzen gestalten, wobei nach [Â§ 87b Abs 4 Satz 2](#) und 3 SGB V Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KÄBV) zu beachten sind (vgl BSG Urteil vom 8.8.2018 – [B 6 KA 26/17 R](#) – SozR 4-2500 Â§ 87b Nr 17). Bis die KVen von dieser Befugnis Gebrauch gemacht hatten, galten die Vorschriften über arzt- und praxisbezogene RLV fort ([Â§ 87b Abs 1 Satz 3 SGB V](#)), im Bereich der Beklagten bis zum Ende des Quartals 3/2013. Die Beklagte war danach in den Quartalen 2/2013 und 3/2013 zwar nicht mehr verpflichtet, die weiterhin vorgeschriebene Leistungsbegrenzung über RLV zu realisieren. Sie war dazu jedoch berechtigt (BSG Urteil vom 24.10.2018 – [B 6 KA 28/17 R](#) – SozR 4-2500 Â§ 87b Nr 18 RdNr 15 – 17).

17

a) Für die RLV-relevanten Arztgruppen, zu denen auch die bei der Klägerin tätigen Fachärzte für Orthopädie gehörten (Teil B Ziffer 1.2 Abs 1 iVm Anl 2 des HVM der KÄV Schleswig-Holstein in der Beschlussfassung der Vertreterversammlung vom 13.2.2013 und 22.3.2013 – im Folgenden: HVM 2013), erfolgte die Berechnung der RLV und QZV nach den als Anl 1 zum HVM genommenen Vorgaben in Teil F des Beschlusses des Bewertungsausschusses (BewA) vom 26.3.2010 (DÄ 2010 Beilage zu Heft 16; im Folgenden: Beschluss BewA), soweit im HVM nichts Abweichendes bestimmt war (Teil B Ziffer 1.1 Abs 1 Satz 1 HVM 2013). Dementsprechend waren die RLV und QZV für das jeweilige Abrechnungsquartal arztbezogen zu ermitteln (Teil F I. Ziffer 1.2.2 Beschluss BewA) und praxisbezogen zuzuweisen (Teil F I. Ziffer 1.3.1 und 1.3.2 Beschluss BewA). Die Höhe des praxisbezogenen RLV ergab sich durch Addition aller arztindividuellen RLV der in einer Praxis tätigen Ärzte (Teil F I. Ziffer 1.3.1 Satz 2 Beschluss BewA). BAG, MVZ und Arztpraxen mit angestellten Ärzten wurde zudem für das RLV ein Aufschlag in Höhe von 10 % gewährt (Teil B Ziffer 2 Abs 15 HVM).

18

Die Höhe des arztbezogenen RLV ergab sich vereinfacht dargestellt aus der Multiplikation der nach Altersklassen gewichteten (vgl Teil F I Ziffer 3.2.2 iVm Anl 7 Nr 3 Beschluss BewA zur Berücksichtigung der Morbidität) individuellen Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal mit dem arztgruppenspezifischen Fallwert (vgl auch BSG Urteil vom 11.12.2013 – [B 6 KA 6/13 R](#) – SozR 4-2500 Â§ 87 Nr 29 RdNr 20). Dabei wurde der arztgruppenspezifische Fallwert erst für über 150 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe hinausgehende RLV-Fälle gemindert und zwar um 25 % für RLV-Fälle über 150 % bis 170 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe, um 50 % für RLV-Fälle über 170 % bis 200 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe und um 75 % für RLV-Fälle über 200 % der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe

---

(Teil F I. Ziffer 3.2.1 Beschluss BewA). Leistungen innerhalb der RLV/QZV wurden zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung, darüber hinausgehende Leistungen quotiert vergütet (Teil C Ziffer 1 Abs 2 Satz 1 und 2 HVM).

19

b) Die Beklagte hielt für Ärzte mit vollem Versorgungsauftrag für die gesamte Übergangszeit bis zur Einführung einer neuen Systematik auf der Grundlage eines Punktzahlvolumens ab dem Quartal 4/2013 (vgl hierzu BSG Urteil vom 2.8.2017 – [B 6 KA 16/16 R](#) – SozR 4-2500 Â§ 87b Nr 11 RdNr 27) an dieser Honorarverteilung fest. Dagegen für Ärzte mit anteiligen Arztstellen ab dem 1.4.2013 aus Gründen der Verhinderung der übermäßigen Ausdehnung vertragsärztlicher Tätigkeit eine arztgruppenspezifische Vergütungsobergrenze ein (Teil C Ziffer 1 Abs 3 Satz 1 HVM 2013). Dabei bezieht der Begriff der „Ärzte mit anteiligen Arztstellen“ nach den Ausführungen des LSG, dessen Auslegung des landesrechtlichen HVM 2013 für den Senat bindend ist (vgl [Â§ 162 SGG](#)), alle Formen der vertragsärztlichen Tätigkeit, insbesondere auch die Mitglieder von BAGen mit hauptberuflichem Versorgungsauftrag, ein (vgl auch LSG Niedersachsen-Bremen Urteil vom 27.3.2019 – [L 3 KA 78/16](#) – juris RdNr 26: angestellte Ärzte nicht von der Formulierung „Ärzte mit zeitlich hauptberuflichem Versorgungsauftrag“ erfasst).

20

Die Vergütungsobergrenze bemäht sich nach dem entsprechenden anteiligen arztstellengewichteten durchschnittlichen Umsatz der jeweiligen Arztgruppe im Vorjahresquartal und erfasste für Ärzte, die der RLV-Systematik unterlagen, sämtliche RLV-relevanten Honorare (Teil C Ziffer 1 Abs 3 Satz 2 und 3 HVM 2013). Das RLV dieser Arztgruppe berechnete sich ab dem Quartal 2/2013 nicht mehr allein anhand der individuellen Fallzahl des Vorjahresquartals. Vielmehr wurde diesen Ärzten nunmehr ein Gesamtvolumen (RLV, QZV und Praxisbesonderheiten) maximal bis zum anteiligen Durchschnitt der Arztgruppe zugewiesen (Teil B Ziffer 1.1 Abs 2 HVM 2013). Die Vergütungsanteile oberhalb der Vergütungsobergrenze wurden abgestaffelt vergütet. Der Abstufungsfaktor betrug 0,1 (Teil C Ziffer 1 Abs 4 Sätze 1, 2 HVM 2013). Der einbehaltene Honoraranteil wurde den Honorarausgleichsfonds zugeführt (Teil C Ziffer 1 Abs 4 HVM 2013).

21

2. Auch nach der Erweiterung der Gestaltungsspielräume der Gesamtvertragspartner bei der Ausgestaltung der Honorarverteilung seit der Neufassung des [Â§ 87b SGB V](#) durch das GKV-VStG bleibt der aus [Art 12 iVm Art 3 Abs 1 GG](#) abgeleitete Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit zu beachten (BSG Urteil vom 24.10.2018 – [B 6 KA 28/17 R](#) – SozR 4-2500 Â§ 87b Nr 18 RdNr 18). Damit ist die im HVM getroffene Regelung für Ärzte mit hauptberuflichem Versorgungsauftrag nicht vereinbar.



Nach ständiger Rechtsprechung des Senats ist dieser Grundsatz verletzt, wenn vom Prinzip der gleichmässigen Vergütung abgewichen wird, obwohl zwischen den betroffenen Ärzten bzw Arztgruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, die eine unterschiedliche Behandlung rechtfertigen (so bereits BSG Urteil vom 21.10.1998 â [B 6 KA 71/97 R](#) â [BSGE 83, 52, 58 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 28](#) S 207; vgl zuletzt BSG Urteil vom 30.10.2019 â [B 6 KA 21/18 R](#) â juris RdNr 31, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen, zu sog Wachstumsärzten; vgl auch BSG Urteil vom 11.12.2019 â [B 6 KA 12/18 R](#) â juris RdNr 17, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen, zur Altersversorgung der Vertragsärzte im Wege der Erweiterten Honorarverteilung). Dabei ist von den Gerichten der Gestaltungsspielraum des jeweiligen Normgebers zu beachten; dieser kann von dem Grundsatz einer leistungsproportionalen Verteilung des Honorars aus sachlichem Grund abweichen (BSG Urteil vom 25.3.2015 â [B 6 KA 22/14 R](#) â SozR 4-2500 Â§ 85 Nr 82 RdNr 36 mwN; BSG Urteil vom 30.10.2019, aaO).

Auch bei Beachtung dieser Grenzen gerichtlicher Kontrolle kann die Vergütungsobergrenze für Ärzte mit hauptzeitigem Versorgungsauftrag und angestellten Ärzten mit einer Anstellungsgenehmigung für einen hauptzeitigen oder noch geringeren Versorgungsauftrag keinen Bestand haben. Es ist mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht zu vereinbaren, die Leistungen der in Teilzeit tätigen Ärzte anders als die Leistungen der in Vollzeit tätigen Ärzte ihrer Fachgruppe nur bis zu einer Obergrenze voll und alle darüber hinausgehenden Leistungen lediglich abgestaffelt mit 10 % zu vergüten. Die Differenzierung wirkt sich vor allem bei Ärzten aus, deren Fallzahl im maßgeblichen Vorjahresquartal deutlich überdurchschnittlich war. Während dies bei Ärzten mit âvoller Stelleâ wie dargelegt erst bei Abweichungen vom Fallzahldurchschnitt von über 150 % zu Abstufungen führt, setzt dieser Effekt bei Ärzten mit âanteilter Stelleâ sofort bei Überschreitung der Durchschnittsfallzahl ein und ist zudem sehr viel schärfer. Statt einer Minderung um zunächst 25 % für den Fallzahlbereich von über 150 % bis 170 % werden bei âanteiligenâ tätigen Ärzten Honorarforderungen oberhalb der Obergrenze nur noch mit 10 %, also um 90 % vermindert, vergütet. Das steht nicht mit Bundesrecht in Einklang. Der eingeschränkte Umfang des Versorgungsauftrags berechtigt nur zur Einführung einer der Reduzierung entsprechenden niedrigeren Vergütungsobergrenze oder Quote, soweit die Vergütung der betreffenden Arztgruppe wie hier bei den der RLV-Systematik unterliegenden Ärzten begrenzt oder Leistungen quotiert werden (dazu a). Ein sachlicher Grund, eine derart scharfe Begrenzung lediglich bei den Ärzten vorzunehmen, die nicht im Umfang eines vollen Versorgungsauftrages tätig sind, während in Vollzeit tätige Ärzte, die der RLV-Systematik unterliegen, ihre Leistungen erst für jeden über 150 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppen hinausgehenden Fall in abgestaffelter Form vergütet erhalten, ist nicht ersichtlich (dazu b). Die Ungleichbehandlung ist auch als Übergangsregelung nicht hinnehmbar (dazu c).

a) Im Grundsatz zutreffend geht die Beklagte allerdings davon aus, dass [Â§ 87b Abs 2 Satz 1 SGB V](#) mit der Vorgabe, nach der die Honorarverteilung eine  $\frac{1}{4}$ bermÄige Ausdehnung der vertragsÄrztlichen TÄtigkeit verhindern soll, ua an den Versorgungsauftrag des Vertragsarztes bzw des MVZ nach [Â§ 95 Abs 3 SGB V](#) anknÄpft. Nach [Â§ 95 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) bewirkt die Zulassung, dass der Vertragsarzt âan der vertragsÄrztlichen Versorgung im Umfang seines aus der Zulassung folgenden zeitlich vollen oder hÄlftigen Versorgungsauftrages berechtigt oder verpflichtet istâ. Dementsprechend darf der Umfang des Versorgungsauftrags bei der Honorarverteilung nicht vollkommen unberÄcksichtigt bleiben. Deshalb hat der Senat etwa Regelungen zu StrukturzuschlÄgen im Bereich der VergÄtung psychotherapeutischer Leistungen gebilligt, die bewirken, dass ein Psychotherapeut, der einen halben Versorgungsauftrag wahrnimmt, von diesen ZuschlÄgen in gleicher Weise profitiert wie ein Psychotherapeut, der seinen vollen Versorgungsauftrag erfÄllt (BSG Urteil vom 11.10.2017 â [B 6 KA 37/17 R](#) â [BSGE 124, 218](#) = SozR 4-2500 Â§ 87 Nr 35, RdNr 62). Dadurch dass die ZuschlÄge bei einer hÄlftigen Zulassung bereits bei Erreichen der HÄlfte der Punktzahl eingreifen, die bei Psychotherapeuten mit voller Zulassung gefordert werden, ist die erforderliche Gleichbehandlung nicht verletzt, sondern erst hergestellt worden. Auch eine Regelung, die die FallzahlzuwachsbeschrÄnkungen eines Arztes mit vollem Versorgungsauftrag davonabhÄngig macht, dass der Arzt die durchschnittliche Fallzahl seiner Fachgruppe Äberschreitet, wÄhrend die FallzahlzuwachsbeschrÄnkung bei Ärzten mit halbem Versorgungsauftrag bereits bei der HÄlfte der durchschnittlichen Fallzahl eingreift, begegnet ersichtlich keinen Bedenken im Hinblick auf den allgemeinen Gleichheitssatz aus [Art 3 Abs 1 GG](#), weil maÄgeblicher AnknÄpfungspunkt hier die durchschnittlichen Fallzahlen der Fachgruppe sind. Insoweit ist es nicht zu beanstanden, wenn Ärzten mit halbem Versorgungsauftrag ein entsprechend geringerer Zuwachs zugebilligt wird als Ärzten mit vollem Versorgungsauftrag. Dasselbe gilt fÄr eine Regelung, nach der bei VertragsÄrzten mit hÄlftigem Versorgungsauftrag fÄr die fallzahlbedingte Abstufung, die bei Äberschreitung der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe um mehr als 200 % eingreift, entsprechend geringere durchschnittliche Fallzahlen zugrunde zu legen sind (vgl BSG Urteil vom 24.10.2018 â [B 6 KA 28/17 R](#) â SozR 4-2500 Â§ 87b Nr 18 RdNr 19 zu Â§ 14 und Â§ 10 Abs 1 Satz 3 HVM der KÄV Hessen in den Beschlussfassungen der Vertreterversammlung vom 23.2.2013/25.5.2013 und 22.2.2014).

b) Der Umfang des Versorgungsauftrags bzw der Anstellung eines Arztes fÄr sich genommen ist dagegen kein geeignetes sachliches Unterscheidungskriterium fÄr eine Regelung, die eine Sonderregelung allein fÄr Ärzte mit einer anteiligen Arztstelle trifft und nicht lediglich fÄr einen vollen Versorgungsauftrag festgesetzte Grenzen entsprechend anwendet.

---

Dabei muss der Senat nicht klären, ob der zur Rechtfertigung der Differenzierung von der Beklagten angeführte Gesichtspunkt eines stetig steigenden Honorarvolumens für nur anteilig tätige Ärzte (vgl etwa Nordlicht aktuell, Ausgabe 3/2013, S 7: Honorarbegrenzungen für anteilige Arztstellen) infolge einer Überschreitung des (zeitanteilig berechneten) Fallzahlendurchschnitts der Arztgruppe tatsächlich belegbar ist. Es ist nicht ausgeschlossen, dass infolge des Anstiegs der Zahl der nur zeitanteilig tätigen Ärzte auch die Zahl der Ärzte aus dieser Gruppe, die überdurchschnittlich abrechnen, angestiegen ist. Das bedarf jedoch keiner weiteren Klärung, weil selbst dann, wenn tatsächlich die Einschätzung der Beklagten immer mehr in Teilzeit tätige Ärzte überdurchschnittlich hohe Fallzahlen generieren würden, dieser Umstand keine Schlechterstellung gegenüber Ärzten mit vollem Versorgungsauftrag rechtfertigen würde. Normativ hat dies keine Relevanz, weil der „anteilige“ Versorgungsauftrag grundsätzlich kein legitimes Differenzierungskriterium für eine Beschränkung bildet, die über das hinausgeht, was dem zeitlichen Anteil entspricht.

27

Ärzte mit hohem Versorgungsauftrag haben Sprechstundenverpflichtungen, die ihrem Anteil am vollen Versorgungsauftrag entsprechen (vgl Â§ 17 Abs 1a Satz 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä; Stand 1.1.2013); jetzt Â§ 17 Abs 1a Satz 4 BMV-Ä (Stand 20.4.2020)) und müssen entsprechend diesem Anteil auch am Bereitschaftsdienst mitwirken (vgl BSG Urteil vom 13.2.2019 – [B 6 KA 51/17 R](#) – SozR 4-2500 Â§ 75 Nr 20 RdNr 18, 20 mwN). Soweit beim Honorar auf durchschnittliche Fallzahlen und Durchschnittswerte abgestellt wird, gelten die auf den Anteil des Versorgungsauftrags bezogenen Anteile. Das gilt auch zu Lasten etwa eines Arztes mit hohem Versorgungsauftrag, der nicht mit der Begründung, er könne sich seinen Patienten intensiver widmen, einen höheren RLV-Fallwert beanspruchen kann. Es war deshalb auch nie umstritten, dass die Berechnung von RLV und QZV in der Zeit bis Ende 2012 für Ärzte mit vollem und mit anteiligem Versorgungsauftrag nach denselben Grundsätzen zu erfolgen hatte.

28

Auch hinsichtlich der Plausibilitätsprüfung nach Tages- und Quartalsprofilen ([Â§ 106d Abs 2 SGB V](#)) ist durch den Senat geklärt worden, dass beide Gruppen von Ärzten gleich zu behandeln sind. Dementsprechend liegen Auffälligkeiten, die eine weitere Überprüfung erforderlich machen, bei einem auf einer halben Stelle tätigen Arzt nicht bereits bei einer Quartalsarbeitszeit von nur 260, sondern erst bei 390 Stunden vor, wenn die einschlägigen Richtlinien die Grenze für die Auffälligkeit bei einer Vollzeittätigkeit im Quartalszeitprofil auf 780 Stunden festlegen (vgl BSG Urteil vom 30.10.2019 – [B 6 KA 9/18 R](#) – juris RdNr 11, 20 f, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4-2500 Â§ 106a Nr 25 vorgesehen; vgl jetzt auch Â§ 8 Abs 4 Satz 2 der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen (AbrPr-RL) vom 11.5.2019: „Ein reduzierter Umfang des

---

Versorgungsauftrages bzw. des Tätigkeitsumfangs des angestellten Arztes bzw. Therapeuten ist anteilig zu berücksichtigen). Wenn dies dazu führt, dass ein Arzt mit halbem Versorgungsauftrag mit 390 Stunden im Quartal eine Stundenzahl „plausibel“ abrechnen kann, die der Untergrenze der Tätigkeit bei vollem Versorgungsauftrag nahe kommen könnte, ist das hinzunehmen (allg zur Problematik, zeitliche Ober- bzw Untergrenzen des Versorgungsauftrages zu bestimmen, vgl Amoulong/Willaschek, ZMGR 2017, 291, 293 ff).

29

Soweit eine KÄV der Auffassung ist, Ärzte weiteten ihre Tätigkeit zu sehr aus, ist sie nach dem seit 2013 geltenden Recht nicht gehindert, darauf im HVM durch mengenbezogene Abstufungsregelungen deutlich unterhalb der Plausibilitätsgrenzen zu reagieren. Allerdings muss sie dies für Ärzte mit vollen und mit anteiligen Versorgungsaufträgen in gleicher Weise umsetzen.

30

Ob darüber hinaus auch eine faktische Benachteiligung von Frauen ([Art 3 Abs 2, Abs 3 Satz 1 GG](#); vgl etwa BVerfG Urteil vom 26.5.2020 – [1 BvL 5/18](#) – [NJW 2020, 2173](#) = juris RdNr 68 zum Versorgungsausgleich) und eine mittelbare Diskriminierung aufgrund des Geschlechts iS der Rechtsprechung des EuGH vorliegen (vgl EuGH Urteil vom 10.3.2005 – [C-196/02](#) – [Slg 2005, I-1789](#) = juris RdNr 44, Nikoloudi), wie die Klägerin geltend macht, kann der Senat offenlassen.

31

c) Die Ungleichbehandlung kann nicht deswegen als hinnehmbar eingestuft werden, da sie nur für kurze Zeit griff (hier: zwei Quartale). Zwar kann es nach der Rechtsprechung des BVerfG, der sich der Senat für die untergesetzliche Normsetzung angeschlossen hat, im Fall komplexer Sachverhalte vertretbar sein, dem Normgeber zunächst eine angemessene Zeit zur Sammlung von Erfahrungen einzuräumen und ihm in diesem Anfangsstadium zu gestatten, sich mit größeren Typisierungen und Generalisierungen zu begnügen, die unter dem Gesichtspunkt der Praktikabilität gerechtfertigt werden können (BSG Urteil vom 13.11.1996 – [6 RKa 15/96](#) – [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 16](#) S 107 = juris RdNr 23 unter Hinweis auf BVerfG Beschluss vom 10.5.1972 – [1 BvR 286/65](#) ua – [BVerfGE 33, 171](#), 189 = SozR Nr 12 zu [Art 12 GG](#) und BVerfG Beschluss vom 14.5.1985 – [1 BvR 449/82](#) ua – [BVerfGE 70, 1](#), 34 = SozR 2200 Â§ 376d Nr 1; vgl auch BSG Urteil vom 7.2.1996 – [6 RKa 6/95](#) – [SozR 3-5533 Nr 763 Nr 1 S 5](#) = juris RdNr 16; BSG Urteile vom 29.1.1997 – [6 RKa 3/96](#), [6 RKa 18/96](#) – [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 15](#) S 60 und Nr 16 S 66 = jeweils juris RdNr 14 mwN; BSG Urteil vom 16.5.2001 – [B 6 KA 20/00 R](#) – [BSGE 88, 126](#), 133 f = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 29](#), alle zum EBM-Ä). Jedoch handelt es sich hier weder um einen komplexen Sachverhalt noch um eine grundlegend strukturelle Änderung der Honorarverteilungsmechanismen, etwa in Vorbereitung der Umstellung zum 1.10.2013.

32

---

D. Da die Beklagte deutlich gemacht hat, für Ärzte mit vollem Versorgungsauftrag jedenfalls für die Zeit bis zum Beginn des Quartals 4/2013, ab dem eine ganz neue Vergütungssystematik gilt, keine Beschränkungen über die Abstaffelungsregelungen im Beschluss des Bewertungsausschusses hinaus einführen zu wollen, ist es hier     anders als in anderen Konstellationen des gleichheitswidrigen Beg  nstigungsausschlusses (vgl hierzu etwa BSG Urteil vom 3.4.2019     [B 6 KA 67/17 R](#)     juris RdNr 23 ff mwN     zur Veröffentlichung in SozR 4-2500     75 Nr 21 vorgesehen; BSG Urteil vom 30.10.2019     [B 6 KA 21/18 R](#)     juris RdNr 39, zur Veröffentlichung in SozR 4 vorgesehen)     nicht geboten, der Beklagten allein für die Quartale 2/2013 und 3/2013 die Möglichkeit zu einer rückwirkenden Neugestaltung zu geben. Es kann ausgeschlossen werden, dass sie sich dazu entschlossen hätte, auch für in Vollzeit tätige Ärzte weitergehende Verg  tungsbegrenzungen einzuführen, wenn sie gewusst hätte, dass die für zeitanteilig tätige Ärzte geltenden Regelungen mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht vereinbar sind (zu einer solchen Konstellation vgl BVerfG Beschluss vom 11.6.1958     [1 BvL 149/52](#)     [BVerfGE 8, 28](#), 37; BVerfG Beschluss vom 29.10.1963     [1 BvL 15/58](#)     [BVerfGE 17, 148](#), 152 f = SozR Nr 4 zu [Art 6 GG](#); BVerfG Beschluss vom 11.7.1967     [1 BvL 23/64](#)     [BVerfGE 22, 163](#), 174 f = SozR Nr 63 zu [Art 3 GG](#); BVerfG Beschluss vom 28.11.1967     [1 BvR 515/63](#)     [BVerfGE 22, 349](#), 362 = SozR Nr 67 zu [Art 3 GG](#)). Die Beklagte muss     wie das SG richtig gesehen hat     das Honorar der Klägerin dergestalt berechnen, dass die durch die nur zeitanteilig tätigen Ärzte erwirtschafteten Honorare so berücksichtigt werden, als hätten die ursprünglichen Vorgaben zu den RLV und den QZV für diese Ärzte uneingeschränkt (weiter) gegolten.

33

E. Die Kostenentscheidung beruht auf [    197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG](#) iVm [    154 Abs 2 VwGO](#). Danach hat die Beklagte die Kosten des von ihr ohne Erfolg eingelegten Rechtsmittels zu tragen.

Erstellt am: 15.10.2020

Zuletzt verändert am: 21.12.2024