



Unterschreitung des vertragsärztlichen Versorgungsauftrages – Prüfung durch Kassenärztliche Vereinigungen

Inhalt

- I. **Einleitung**
- II. **Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 25.11.2024**
- III. **Beurteilungsmaßstab**
 - 1. Wann liegt eine, die Entziehung der Zulassung rechtfertigende Minderleistung vor?
 - 2. Anhaltspunkt: Behandlungsfallzahlen
 - 2.1. Unzulänglichkeit der 10-Prozent-Grenze
 - 2.2. Beschränkte Aussagekraft der Prüfzeiten
 - 2.3. Ungeeignetheit der Prüfzeiten in der Radiologie auch wegen Fehlen einer ICD-10-Codierung
 - 2.4. Berücksichtigung der Besonderheiten kooperierter Versorgungsformen
 - 2.4.1. LSG Bayern: Berücksichtigung von übernommenen Bereitschaftsdiensten in einer BAG
 - a) Leistungsketten werden in der genormten Abrechnung nicht abgebildet
 - 2.4.2. Das Kriterium der abgerechneten Behandlung ist in kooperierte Versorgungsformen zur Bestimmung einer Mindeleistung ungeeignet!
 - 3. Tätigkeiten zur Erfüllung des Versorgungsauftrages
 - 3.1. Präsenz in Sprechzeiten und potenzielle Behandlungsfälle
 - 3.2. Bereitschaftsdienste
 - 3.3. Spezialfall: Der ärztliche Leiter eines MVZ
 - 3.4. Andere Spezialfälle
 - 4. Verhältnismäßigkeitsgrundsatz
 - IV. **Fazit**

I. Einleitung

Das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 25.11.2024, Az.: L 12 KA 8/24 und der in dem Verfahren nachfolgende Beschluss des Bundessozialgerichtes (BSG) vom 20.05.2025, Az.: B 6 KA 10/25 B beschäftigen sich mit der Unterschreitung eines vertragsärztlichen Versorgungsauftrages. Zunehmend sind Verfahren bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und Zulassungsgremien zu verzeichnen, die im Ergebnis auf die Entziehung eines vertragsärztlichen Versorgungsauftrages oder den Widerruf einer genehmigten Arztstelle abzielen. Vor diesem aktuellen Hintergrund sind die Gesetzgebung und weitere Rechtsprechung zu der Prüfung und möglichen Entziehung der vertragsärztlichen Zulassung sowie dem teilweisen oder vollständigen Widerruf einer genehmigten Arztstelle wegen tatsächlicher oder vermeintlicher Minderleistung im Kontext kooperierter Versorgungsformen genauer zu betrachten.

Ursprünglich ging der Gesetzgeber bei der Konzeption des SGB V von dem Regelfall der Einzelpraxis aus und damit einhergehend entstand ein Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), der auf dem Ansatz eines einzeln tätig werdenden Arztes basiert. Mit der Zulassung kooperierter Versorgungsformen wie der Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), als ursprünglich örtliche, später überörtliche und Teilberufsausübungsgemeinschaft oder dem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ), hat sich das Gesundheitssystem stark verändert. Im Jahr 2024 waren rund 47% aller Ärzte (Die in diesem Beitrag verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich gleichermaßen auf weibliche und männliche Personen. Auf eine Doppelnennung wird zugunsten einer besseren Lesbarkeit verzichtet) und Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung in kooperierten Strukturen tätig (<https://www.kbv.de/infothek/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten/praxen-und-aerzte-nachpraxisform#:~:text=Im%20Jahr%202024%20waren%20rund%2047%20%25%20aller,Medizin%20%20%2877%20%25%29%20ist%20der%20Anteil%20besonders%20hoch.> (Zuletzt aufgerufen: 30.09.2025, 20:23 Uhr). Mit 94% ist der Anteil in der Fachgruppe der Radiologie besonders und überdurchschnittlich hoch gegenüber den anderen Fachgruppen (s. Link). Während die Anzahl der Einzelpraxen in den vergangenen zehn Jahren rückläufig ist, steigt die Anzahl der in kooperierten

Versorgungsformen tätigen Ärzte stetig an (s. Link).

Mit Blick auf die Unterschiede der kooperierten Versorgungsformen zu der Einzelpraxis rückt die Frage, inwieweit die für die Einzelpraxis konzipierte Gesetzgebung und Rechtsprechung den kooperierten Versorgungsformen gerecht wird, immer mehr in den Vordergrund. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die verschärfte gesetzliche Prüfungspflicht bereits seit Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) am 11.05.2019 nach § 95 Abs. 3 Sätze 4 und 5 SGB V zu erfüllen. Danach haben sie die Einhaltung der Versorgungsaufträge bundeseinheitlich, insbesondere anhand der abgerechneten Fälle und anhand der Gebührenordnungspositionen mit den Angaben für den zur ärztlichen Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand nachzuprüfen. Ergebnisse sowie eine Übersicht über die gegebenenfalls getroffenen Maßnahmen sind den Landes- und Zulassungsausschüssen sowie der für die jeweilige KV zuständigen Aufsichtsbehörde jeweils zum 30. Juni des Jahres zu übermitteln. Losgelöst von dieser Prüfungspflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen können Zulassungsausschüsse, wenn diese Kenntnis von der möglichen teilweisen Nichterfüllung oder nur teilweisen Erfüllung eines Versorgungsauftrages erhalten, von Amts wegen tätig werden. Sie können daher ein Zulassungsentziehungsverfahren oder ein Verfahren über den Widerruf einer genehmigten Arztstelle einleiten.

II. Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 25.11.2024

Das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts (LSG Bayern) vom 25.11.2024, Az.: L 12 KA 8/24 beschäftigt sich mit der Frage, unter welchen Voraussetzungen die Entziehung der Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung wegen vermeintlicher Minderleistung zulässig ist. Dabei ist hier unter Minderleistung der Fall zu verstehen, dass ein Vertragsarzt nicht mehr oder unterhalb seines genehmigten Umfangs vertragsärztlich tätig ist. Der Vorwurf gegenüber dem Vertragsarzt ist, dass dieser den ihm erteilten vertragsärztlichen Versorgungsauftrag unterschritten oder nicht ausgeübt habe.

Der Entscheidung liegt folgender Sachverhalt zugrunde: Der betroffene Vertragsarzt übte seine vertragsärztliche Tätigkeit in einer BAG aus. Nach-



dem der Zulassungsausschuss (ZA) eine Überprüfung der Zulassung des Arztes vornahm, entzog er dem Arzt seine Zulassung. Der ZA argumentierte, dass der Arzt die vertragsärztliche Tätigkeit nicht mehr hinreichend ausübe. Im 3. Quartal 2016 habe der Kläger nur einen einzigen Fall in der Praxis abgerechnet. Eine andere Entscheidung könne auch nicht deshalb erfolgen, weil der betroffene Vertragsarzt 298 Besuche im Bereitschaftsdienst abgerechnet habe.

Nachdem der Widerspruch des Vertragsarztes beim Berufungsausschuss erfolglos blieb, zog dieser vor das Sozialgericht München, das seine Klage abwies. Auf die Berufung des Vertragsarztes hin entschied zwar auch das LSG Bayern gegen den Vertragsarzt. Es stellte aber heraus, dass die Entscheidung anders ausgefallen wäre, wenn der betroffene Vertragsarzt die Bereitschaftsdienste für seine Praxiskollegen übernommen hätte. Da der Vertragsarzt eine entsprechende Aufgabenverteilung innerhalb der BAG jedoch verneinte und angab, Verpflichtungen anderer Vertragsärzte entweder direkt von diesen oder im Online-Pool zu übernehmen, entschied das LSG Bayern im konkreten Fall gegen den betroffenen Vertragsarzt.

Das Urteil ist dennoch insoweit interessant, als dass es betont, dass bei der Frage, ob eine vertragsärztliche Zulassung wegen Unterschreitung des erteilten Versorgungsauftrages zu entziehen ist, auf die Besonderheiten einer BAG Rücksicht zu nehmen ist. Vor dem Hintergrund der sich anhaltend zu kooperierenden Versorgungsformen ändernden ambulanten Versorgungslandschaft ist eine dahingehende Rechtsprechung praxisgerecht und hat das Potenzial, auch im Übrigen auf die Entscheidungskriterien über die Zulassungsentziehung oder den Widerruf von Anstellungsgenehmigungen maßgeblichen Einfluss zu nehmen.

III. Beurteilungsmaßstab

Die KVen prüfen den Versorgungsauftrag nach § 95 Abs. 3 SGB V anhand eines standardisierten statistischen Verfahrens. Der Betrachtungszeitraum umfasst die vier Quartale des Vorjahres (Kalenderjahr). Die Prüfgruppe besteht aus allen zugelassenen und angestellten Ärzten mit gültiger Teilnahme zum Zeitpunkt der Auswertung.

Die Fachgruppeneinteilung erfolgt anhand der 8./9. Stelle der Lebenslange Arzt-

nummer (LANR) gemäß der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Absatz 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern.

Die Prüfzeiten werden in drei Kategorien ermittelt: Die Sprechzeit errechnet sich aus den im Arztregister hinterlegten Sprechzeiten multipliziert mit 13 Wochen. Die Leistungszeit entsteht durch Multiplikation der Häufigkeit jeder Gebührenordnungsposition (GOP) nach dem EBM, konkret nach Anhang 3 zum EBM mit dem ermittelten Zeitwert (Prüf- oder Kalkulationszeit je GOP). Die Fallzeit berechnet sich aus der Fallzahl (Behandlungsfälle im Sinne des Bundesmantelvertrag-Ärzte) multipliziert mit der durchschnittlichen Fallzeit (Minutenwert je Fall pro Fachgruppe).

Für die volle Zulassung gilt eine Referenzzeit von fünf Tagen pro Woche mit je fünf Stunden abzüglich Feiertage, Urlaub, Fortbildung, Krankheit und Fehltage. Sind die empirisch ermittelten Prüfzeiten höher als die Referenzzeit, ergeben sich keine Auffälligkeiten. Sind sie niedriger, erfolgt in der Regel eine Einzelfallprüfung. Die Einzelfallprüfung berücksichtigt zusätzliche Informationen wie Ruhen, Vertretung über drei Monate innerhalb von zwölf Monaten nach § 32 Ärzte-ZV, Arbeitszeit in Stunden und eingebrachte Verzichtserklärungen.

Ergibt die Prüfung, dass die abgerechneten Leistungen oder Fälle weit unter dem zeitlichen Soll des erteilten Versorgungsauftrages liegen, erfolgt eine Mitteilung an den Zulassungsausschuss. Der Zulassungsausschuss hat sodann von Amts wegen zu prüfen, ob eine vertragsärztliche Zulassung ganz oder teilweise zu entziehen oder eine Arztstelle ganz oder teilweise zu widerrufen ist.

Hintergrund der Möglichkeit der Zulassungsentziehung ist, dass vertragsärztliche Zulassung und genehmigte Arztstellen, auf denen tatsächlich keine Versorgung der Patienten stattfindet, die aber in ihrem jeweiligen Planungsbereich störende Auswirkungen auf die Beurteilung der Zulassungsaussichten eines anderen Arztes haben, aus Sicht des Gesetzesgeber unerwünscht und zu vermeiden sind (LSG Bayern, Urt.v. 25.11.2024, Az. L 12 KA 8/24, Rn. 28 – juris). Es soll verhindert werden, dass Vertragsärzte Zulassungen „auf Vorrat“ erwerben (Gerlach, in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pfle-

geversicherung, Werkstand: 125. EL April 2025, § 95 SGB V, Rn. 75a) oder halten.

1. Wann liegt eine, die Entziehung der Zulassung rechtfertigende Minderleistung vor?

Im Rahmen der Entscheidung über die Zulassungsentziehung oder des Widerrufs einer genehmigten Arztstelle stellt sich das Problem, wann eine Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit anzunehmen ist, d.h. wie dieser wertungsoffene Begriff zu verstehen ist.

Faktisch unbestritten ist jedenfalls, dass der betroffene Arzt nicht wortwörtlich in keiner Weise vertragsärztlich tätig sein muss (LSG Bayern, Urt. v. 25.11.2024, Az. L 12 KA 8/24 Rn. 30 – juris; LSG Bayern, Urt. v. 22.01.2020, Az. L 12 KA 6/19). Die Entziehung der Zulassung stellt einen erheblichen Eingriff in die verfassungsrechtlich geschützte Berufsausübungsfreiheit nach Art. 12 Abs. 1 GG dar (LSG Bayern, Urt. v. 25.11.2024, Az. L 12 KA 8/24, Rn. 31 – juris; *Gerlach*, in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Werkstand: 125. EL April 2025, § 95 SGB V, Rn. 130). Ohne die vertragsärztliche Zulassung oder ohne genehmigte Arztstelle kann der Arzt in Bereich der Versorgung gesetzlich krankenversicherter Patienten nicht tätig werden. Bei einem teilweisen Entzug oder Widerruf des vertragsärztlichen Versorgungsauftrages reduzieren sich die Tätigkeitsmöglichkeiten zumindest gegenüber dem früheren Umfang. Diese Eingriffsintensität gebietet es, die Voraussetzungen an die Nichtausübung tendenziell streng zu interpretieren (LSG Bayern, Urt. v. 25.11.2024, Az. L 12 KA 8/24, Rn. 31 – juris).

Entscheidend ist, ob der Vertragsarzt noch den Willen zur kontinuierlichen Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung hat, was aus der Frage abgeleitet werden kann, ob er die Gesamtheit seiner vertragsärztlichen Pflichten noch im Wesentlichen erfüllt (*Scholz*, in Rolfs/Giesen/Meßling/Udsching, BeckOK Sozialrecht, 77. Edition, Stand: 01.06.2025, Rn. 9; vgl. auch BSG, Urt. v. 19.12.1984, Az. 6 RKa 34/83, Sonstiger Orientierungssatz – juris).

2. Anhaltspunkt: Behandlungsfallzahlen

Anhaltspunkt dafür, dass ein Vertragsarzt seine vertragsärztlichen Pflichten nicht im Wesentlichen erfüllt, ist insbesondere die Anzahl der

tatsächlichen Behandlungsfälle (BSG, Urt. v. 19.07.2023, Az. B 6 KA 5/22R, Rn. 20 – juris). Maßgeblich sind die aus der Abrechnung ersichtlichen Behandlungsfallzahlen (LSG Bayern, Urt. v. 22.01.2020, Az. L 12 KA 6/19, Rn. 73 – juris; vgl. *Gerlach*, in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Werkstand: 125. EL April 2025, § 95 SGB V Rn. 129a).

Gemäß § 95 Abs. 3 SGB V prüfen die KVen die Einhaltung des aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrags insbesondere anhand der abgerechneten Fälle und anhand der Gebührenordnungspositionen mit den Angaben für den zur ärztlichen Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand. Nach § 87 Abs. 2 Satz 1, 2. HS SGB V soll der EBM soweit möglich, die Leistungen mit Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes versehen. Die Umsetzung erfolgte in Anhang 3. Hier finden sich die GOP mit einer Prüfzeit in Minuten. Die Zuordnung der abgerechneten Leistungen erfolgt aufgrund der LANR, die den einzelnen Ärzten zugeordnet werden kann. Die KVen berechnen sodann den Zeitaufwand des Arztes anhand der unter seiner LANR abgerechneten GOP und den diesen zugewiesenen Prüfzeiten.

2.1. Unzulänglichkeit der 10-Prozent-Grenze

Die Rechtsprechung orientiert sich im Hinblick auf die Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit im Sinne des § 95 Abs. 6 SGB V an einem Schwellenwert von 10% (BSG, Urt. v. 19.07.2023, Az. B 6 KA 5/22R, Rn. 20 – juris; LSG Bayern, Urt. v. 25.11.2024, Az. L 12 KA 8/24, Rn. 29 – juris). Die Rechtsprechung nimmt grundsätzlich eine Minderleistung an, wenn die abgerechneten Behandlungsfallzahlen unterhalb von 10% des Fachgruppendurchschnitt liegen (LSG Bayern, Urt. v. 25.11.2024, Az. L 12 KA 8/24, Rn. 29 – juris; LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 28.04.2021, Az. L 5 KA 4289/18, (Amtlicher Leitsatz) – juris).

Bereits an dieser Stelle wirft die 10-Prozent-Grenze Fragen auf. Denn der Begriff des „Fachgruppendurchschnitts“ lässt mehrere Interpretationsmöglichkeiten zu. So kann hierunter die Fachgruppe nach Facharztbezeichnung gemeint sein, gleichzeitig aber auch die Fachgruppe nach Bedarfsplanungs- Richtlinie.

Hat man sich auf eine Facharztgruppenbezeich-



nung zur Heranziehung der Vergleichsgruppe festgelegt, ist zwingend zu prüfen, ob der pauschale Vergleich im Einzelfall sachgerecht ist. Dies wird jedenfalls dann zu negieren sein, wenn die Vergleichsgruppe des „Fachgruppendifferschnitts“ im Einzelfall erhebliche Unterschiede zu dem Tätigkeitsgebiet des betroffenen Vertragsarztes aufweist. Denn auch die Gleichbehandlung wesentlich unterschiedlicher Sachverhalte stellt einen Eingriff in den aus Art. 3 Abs. 1 GG folgenden Gleichheitsgrundsatz dar (Steiner, in Spickhoff, Medizinrecht, 4. Auflage 2022, Art. 3 GG, Rn. 1). Ein Beispiel findet sich z. B. im Bereich der Gynäkologie: Verfügt der betroffene Vertragsarzt über eine Genehmigung nach § 121a SGB V zur Durchführung künstlicher Befruchtungen, so unterscheiden sich der Praxisalltag, die Bedürfnisse und Anforderungen der Patienten sowie das tatsächliche Leistungsgeschehen grundlegend von denjenigen, denen eine entsprechende Genehmigung fehlt. Da die Leistungen der Reproduktionsmedizin zeitlich anspruchsvoller sind, weisen Vertragsärzte mit dieser Genehmigung aber regelmäßig geringere Fallzahlen auf. Diese Unterschiede bewirken, dass der „Fachgruppendifferschnitt“ in diesem Fall keine aussagekräftige Vergleichsgruppe bildet. Gleichermaßen gilt in der Radiologie, wenn der Facharzt den Versorgungsauftrag als Programmverantwortlicher Arzt (PVA) im Mammographie-Screening nach der Anlage 9.2 zum BMV-Ä erhalten hat. Diese Tätigkeit übt der PVA parallel zu seinem Versorgungsauftrag in der Radiologie aus. Je nach gesellschaftsrechtlicher Konstellation einer Screeningeinheit mit zwei oder drei PVA in einer BAG, können die Prüfungen in der vertragsärztlichen Praxis ergeben, dass der PVA seinen primären Versorgungsauftrag, also außerhalb der Screeningeinheit, nicht oder nicht vollständig erfüllt.

Bereits aus dem Wortlaut § 95 Abs. 3 SGB V, der für die Prüfung der Einhaltung des Versorgungsauftrags insbesondere auf den Zeitaufwand ausweislich der Abrechnung abstellt folgt, dass stets auch die besonderen Umstände des Einzelfalls zu berücksichtigen sind. Denn das Wort „insbesondere“ zeigt auf, dass das im Gesetz genannte Kriterium nicht abschließend ist. Auch die Rechtsprechung hat insoweit klargestellt, dass die 10-Prozent-Grenze nicht als starre und absolut geltende Grenze zu verstehen ist (BSG, Urt. v. 19.07.2023, Az. B 6 KA 5/22R, Rn. 20 – juris; LSG Bayern, Urt. v. 25.11.2024, Az. L 12 KA 8/24, Rn. 29 – juris).

Dennoch zeigt die Praxis leider, dass die Zulassungsgremien in der 10-Prozent-Grenze rein tatsächlich immer häufiger eine starre Grenze sehen.

2.2. Beschränkte Aussagekraft der Prüfzeiten

Das Abstellen auf die Prüfzeiten ist darüber hinaus deshalb problematisch, weil der dort veranschlagte Zeitaufwand nicht immer mit der Praxis zu vereinbaren ist. Zunächst das folgende Beispiel außerhalb der Radiologie:

Der EBM sieht unter der Kategorie frauenärztliche, geburtshilfliche und reproduktionsmedizinische Gebührenordnungspositionen für den persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt eine Prüfzeit von neun Minuten vor. Für ein für die Patienten sensibles Fachgebiet, wie die Reproduktionsmedizin es ist, ist die normierte Prüfzeit nicht praxisgerecht. Nicht nur, dass sich für Patientinnen bzw. Patientenpaare in der Regel bei jedem ärztlichen Kontakt weitere Fragen ergeben. Auch ist der Fachbereich der Reproduktionsmedizin mit besonderen psychischen Belastungen für die betroffenen Frauen verbunden, sodass der persönliche Arzt-Patienten-Kontakt häufig der psychischen Stabilisierung und Verminderung von Ängsten der Patientinnen und Patientenpaare dient. Dies hat zur Folge, dass die veranschlagte Prüfzeit die tatsächlich aufgewandte Zeit hier nicht adäquat abbildet.

Hinzu kommt, dass Ausgangspunkt für den Zeitaufwand ein erfahrener, geübter und zügig sowie ordnungsgemäß arbeitender Arzt ist (Scholz, in Becker/Kingreen, SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, 9. Auflage 2024, § 106d Rn. 8). Andererseits ist schon die reine Bezugnahme auf den Arzt kritisch zu sehen. Denn die praktische Tätigkeit ist nicht nur durch die konkrete Krankheitsgeschichte eines Patienten geprägt, sondern auch von dem Patienten als solchen. Patienten, die viele Fragen und Ängste haben und deshalb eine längere Beratung benötigen, können in der genormten Abrechnung nicht abgebildet werden. Gleichermaßen gilt für Patienten, die bereits medizinische Einschränkungen haben und deshalb für die von ihnen zur Untersuchung verlangten Handlungsschritte – etwa dem Entkleiden für eine Untersuchung – deutlich mehr Zeit in Anspruch nehmen. In der Radiologie ergibt sich die Besonderheit, dass ein Radiologe gleichzeitig mehrere Geräte überwachen kann und daher die Prüfzei-



ten sich tatsächlich überschneiden. Anders ist es bei der Befundung, die nur konsekutiv erfolgen kann.

2.3 Ungeeignetheit der Prüfzeiten in der Radiologie auch wegen Fehlen einer ICD-10-Codierung

Die Ungeeignetheit der Prüfzeiten bei bestimmten statistischen Prüfungen zeigt sich besonders in der Radiologie. Anders als in anderen Fachbereichen fehlt es hier an einer ICD-10-Codierung. Die Abrechnung zeigt der KV nur ein sehr spärliches Bild der tatsächlich vorgenommenen Leistungen. Weist die Abrechnung etwa die Bezeichnung „MRT Schädel“ oder codiert die GOP 34420 EBM auf, bleibt für die KV völlig unklar, weshalb eine MRT veranlasst wurde. Dies ist aber ein Umstand, der für den Zeitaufwand von erheblicher Bedeutung ist. Nicht nur unterscheidet sich die Anzahl der aufgenommenen und zu sichtenden Bilder bzw. Sequenzen je nach Diagnose. Auch nimmt die Sichtung der Bilder je nach Diagnose unterschiedlich viel Zeit in Anspruch.

Gerade im Bereich der Radiologie bleibt deshalb der tatsächliche Zeitaufwand abgerechneter Leistungen für die KV regelmäßig unbekannt, sodass hieraus keine hinreichenden Schlüsse für eine die Entziehung der Zulassung rechtfertigende Minderleistung gezogen werden können. Ein besonderes Problem bei einem Rückschluss von der Abrechnung zur Leistungserbringung besteht bei kooperierten Versorgungsformen.

2.4. Berücksichtigung der Besonderheiten kooperierter Versorgungsformen

Vor dem Hintergrund der Besonderheiten kooperierter Versorgungsformen stellt sich die Frage, inwieweit das Kriterium der abgerechneten Behandlungsfallzahlen hier geeignet ist und Anpassungen des Kriteriums geboten sind.

Kooperierte Versorgungsformen unterscheiden sich erheblich von der Einzelpraxis. Zwingend in der Anzahl der Ärzte und in der Regel bei der Anzahl der Mitarbeiter, den Geräten und Untersuchungsräumen und Arztzimmern. Diesen Unterschieden wird es nicht gerecht, die für die Einzelpraxis konzipierte Normierung pauschal auf kooperierte Versorgungsformen zu übertragen. Vielmehr ist zu hinterfragen, ob die Unterschiede der kooperierten Versorgungsform innerhalb einer für die Einzelpraxis getroffenen Gesetzge-

bung oder Rechtsprechung eine abweichende Entscheidung gebieten, oder ob umgekehrt die Unterschiede die rechtliche Fragestellung nicht tangieren und die Rechtsprechung oder Gesetzesregelung deshalb uneingeschränkt für die kooperierte Versorgungsform gelten kann.

Diese Vorgehensweise ist rechtlich geboten und wird von der Rechtsprechung an anderer Stelle beachtet: So entschied das BSG etwa, dass Anstellungsgenehmigungen nicht zu Gunsten eines einzelnen Arztes, sondern zu Gunsten der BAG auszusprechen sind (*Wigge*, in Schnapp/Wigge, Handbuch des Vertragsarztrechts, 3. Auflage 2017, §6 Kooperationsformen im Vertragsarztrecht, Rn. 23). Hierbei berücksichtigte es den Sinn und Zweck der Anstellungsgenehmigung. Diese sollte Vertragsärzten ermöglichen, Ärzte mit Genehmigung des ZA dauerhaft in ihrer Praxis anzustellen (*Rademacker*, in beck-online. GROSSKOMMENTAR (Kasseler Kommentar), § 95 SGB V Rn. 286). Die Anstellungsgenehmigung steht somit stets dem Praxisinhaber zu (*Rademacker*, in beck-online. GROSSKOMMENTAR (Kasseler Kommentar), § 95 SGB V Rn. 287). Mit der Annahme der sozialrechtlich eigenständigen Rechtspersönlichkeit der BAG zumeist in der Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder Partnerschaftsgesellschaft ist deshalb konsequenterweise diese Praxisinhaber, sodass auch ihr gegenüber die Anstellungsgenehmigungen zu erteilen sind (BSG, Urteil v. 04.05.2016, Az.: B 6 KA 24/15 R).

Mit Blick auf den Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit nach Art. 12 Abs. 1 GG durch die Zulassungsentziehung drängt sich die Frage auf, weshalb die Rechtsprechung diesbezüglich das – in der Praxis häufig alleinige – Kriterium der abgerechneten Behandlungsfälle im Bereich kooperierter Versorgungsformen noch nicht kritischer beleuchtet.

2.4.1. LSG Bayern: Berücksichtigung von übernommenen Bereitschaftsdiensten in einer BAG

Das Urteil des LSG Bayern stellt klar, dass im Hinblick auf die Bereitschaftsdienste eine Differenzierung danach notwendig ist, ob eine Einzelpraxis oder eine BAG streitgegenständlich ist. Diese Differenzierung ist erforderlich, um den Unterschieden der kooperierten Versorgungsformen zu den Einzelpraxen gerecht zu werden.

Das LSG Bayern führt aus, dass der nicht in einer BAG tätige zugelassene Arzt die vertragsärztliche Tätigkeit zuvorderst in der Praxis seines Vertragsarztsitzes wahrzunehmen hat (LSG Bayern, Urt. v. 25.11.2024, Az. L 12 KA 8/24, Rn. 37 – juris). Daraus folgt, dass eine vollständige Entziehung der Zulassung eines in Einzelpraxis zugelassenen Arztes selbst bei einer regen Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst geboten ist, wenn über viele Quartale eine Fallzahl von (weit) unterhalb von 10% des Fachgruppendurchschnitts abgerechnet wird und keine besonderen Umstände bestehen, die der Entziehung wegen Nicht- bzw. Minderleistung im Einzelfall entgegenstehen (LSG Bayern, Urt. v. 25.11.2024, Az. L 12 KA 8/24, Rn. 32 – juris).

Anders liegt der Fall jedoch innerhalb einer BAG. Das LSG Bayern stellt konsequent und richtigerweise fest, dass die auferlegten Bereitschaftsdienstverpflichtungen arbeitsteilig unter den BAG-Partnern auf einen der Partner verlagert werden dürfen (LSG Bayern, Urt. v. 25.11.2024, Az. L 12 KA 8/24, Rn. 38 – juris). Daraus folgt, dass eine die Entziehung der Zulassung rechtferdigende Minderleistung jedenfalls nicht besteht, wenn

- der betroffene Arzt in einer BAG tätig ist,
- er die Bereitschaftsdienstverpflichtung vieler anderer Ärzte in der BAG übernimmt
- und er die vertragsärztliche Sprechstunde jedenfalls in ungeordneten Umfang wahrnimmt (LSG Bayern, Urt. v. 25.11.2024, Az. L 12 KA 8/24, Rn. 39 – juris).

Sofern es um die Entscheidung des LSG Bayern im Hinblick auf den Einzelarzt geht, ist fraglich, inwieweit diese Entscheidung angesichts des veröffentlichten Gesetzesentwurfs der Bundesregierung (Entwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege, Bundesrat Drucksache 365/25) vom 15.08.2025 künftig haltbar ist. Anlässlich einer geplanten gesetzlichen Klarstellung zum sozialversicherungsrechtlichen Status von Vertragsärzten im Notdienst (Siehe ergänzend und ausführlicher Radiologie und Recht 10/2025) führt der Regierungsentwurf zur Begründung aus, dass Vertragsärzte aufgrund ihrer Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang ihres aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrags verpflichtet seien. Diese Verpflichtung umfasse grundsätzlich die Teilnahme an dem von den KVen organisierten vertragsärztlichen Notdienst. Hierdurch würde eindeutig bestätigt, dass entsprechend

§ 75 Abs. 1b SGB V der Sicherstellungsauftrag auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst) erfasst. Da der vertragsärztliche Notdienst am Versorgungsauftrag teilnimmt, muss konsequenterweise die Teilnahme hieran bei der Entscheidung über die Zulassungsentziehung, die schließlich der Sicherstellung des Versorgungsauftrags dient, Berücksichtigung finden – hierzu weiter unten.

Unter der dem LSG Bayern zugrunde liegenden Prämisse, dass es maßgeblich auf die Tätigkeit am Praxissitz ankäme, ist die Entscheidung jedoch folgerichtig, berücksichtigt sie doch die Besonderheiten der Arbeitsteilung in einer BAG.

Nimmt der in einer Einzelpraxis tätige Arzt primär den Bereitschaftsdienst wahr, fehlt es an einer Tätigkeit am Praxissitz.

Anders liegt der Fall jedoch bei einem in einer BAG tätigen Arzt, der die Bereitschaftsdienste seiner Kollegen übernimmt. Denn die Übernahme der Bereitschaftsdienste stellt sich hier als Tauschgeschäft dar: Während der betroffene Arzt die Bereitschaftsdienste seiner Kollegen übernimmt, kommen diese seiner Verpflichtung zur Tätigkeit am Praxissitz nach. Insofern erfüllt der Vertragsarzt in diesem Fall seine eigene Verpflichtung zur Tätigkeit am Praxissitz, wenngleich nicht in eigener Person.

2.4.2. Das Kriterium der abgerechneten Behandlung ist in kooperierte Versorgungsformen zur Bestimmung einer Minderleistung ungeeignet!

Das LSG Bayern führt, ebenso wie das BSG in einer Entscheidung aus 2018 (BSG, Urt. v. 27.06.2018, Az. B 6 KA 46/17 R), aus, dass die (ausreichende) Teilnahme an der Versorgung von der KV seit der Einführung der LANR ohne Weiteres nachvollzogen werden kann (LSG Bayern, Urt. v. 25.11.2024, Az. L 12 KA 8/24, Rn. 36 – juris).

Die vorstehende Aussage versteht sich vor dem Hintergrund, dass die BAG gegenüber der KV wie ein Einzelarzt als Einheit gegenübertritt (BSG, Urt. v. 27.06.2018, Az. B 6 KA 46/17 R, Rn. 30 – juris; LSG Bayern, Urt. v. 25.11.2024, Az. L 12 KA 8/24, Rn. 33 – juris). Während das LSG im Hinblick auf die Bereitschaftsdienste erkennt, dass die Besonderheiten der BAG zu berücksichtigen sind, wird es an dieser Stelle leider

inkonsistent. Denn wenn die Besonderheiten der BAG im Kontext der Entscheidung über die Entziehung der Zulassung wegen Minderleistung innerhalb der abgerechneten Bereitschaftsdienste zu beachten sind, sind diese folgerichtig auch insgesamt bei den abzurechnenden Behandlungsfällen zu beachten.

Zwar arbeitet das BSG heraus, dass es für die BAG typisch ist, dass ihre Mitglieder vorübergehend oder auch dauerhaft nicht in gleichem zeitlichem Umfang in der gemeinsamen Praxis tätig sind (BSG, Urt. v. 27.06.2018, Az. B 6 KA 46/17 R, Rn. 33 – juris). Richtigerweise stellt es klar, dass die vertragsärztliche Tätigkeit in einer BAG häufig gerade gewählt wird, weil innerhalb der Kooperation flexibel auf wechselnde Lebenssituationen reagiert werden kann.

Es verkennt aber, dass die Flexibilität, die die kooperierten Versorgungsformen mitbringen, sich auch in den Abrechnungen niederschlagen. Ein reines Abstellen auf die Prüfzeiten in kooperierten Versorgungsformen ist ungeeignet, um eine Minderleistung festzustellen.

a) Leistungsketten werden in der genormten Abrechnung nicht abgebildet

Kooperierte Versorgungsformen zeichnen sich durch eine arbeitsteilige Tätigkeit aus. Derartige Arbeitsteilungen finden in der durch den EBM genormten Abrechnung jedoch keinen Ausdruck. Die Festlegung der Minderleistung erfolgt anhand der Prüfzeiten, die anhand der GOP, die unter der LANR des Arztes abgerechnet wurden, berechnet werden. Daneben sind Betriebsstättennummer (BSNR) und Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR) und andere Daten anzugeben, die für die hier behandelte rechtliche Fragestellung nur noch in dem Aspekt der Diagnose wesentlich sind.

In kooperierten Versorgungsformen, die wesentlich durch arbeitsteilige Tätigkeiten geprägt sind, hat die LANR bei der Abrechnung jedoch nur begrenzte Bedeutung. Nach I. Allgemeinen Bestimmungen des EBM Ziffer 2.1 gilt:

„Eine Gebührenordnungsposition ist nur berechnungsfähig, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht worden ist. [...] Wirken an der Behandlung mehrere Ärzte zusammen, erfolgt die Berechnung durch denjenigen Vertragsarzt (Arztnummer), von dem die Vollständigkeit des

Leistungsinhalts erreicht worden ist. [...] Die Vollständigkeit der Leistungserbringung ist gegeben, wenn die obligaten Leistungsinhalte erbracht worden sind und die in den Präambeln, Leistungslegenden und Anmerkungen aufgeführten Dokumentationspflichten – auch die der Patienten- bzw. Prozedurenklassifikation (z. B. OPS, ICD 10 GM) – erfüllt, sowie die erbrachten Leistungen dokumentiert sind.“

Die Beteiligung mehrerer Ärzte ändert somit nichts daran, dass nur ein Vertragsarzt die Leistung abrechnen kann. Dabei legt der EBM fest, dass immer nur der Arzt abrechnen darf, der den Leistungsinhalt vollendet hat. Die Beteiligung anderer Vertragsärzte kann in der Abrechnung somit nicht abgebildet werden. Denn die Gebührenordnung lässt eine Differenzierung nach Behandlungsschritten nicht zu. Bei einer KV-bereichsübergreifenden BAG kommt ergänzend die Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über die Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung bei einer den Bereich einer KV übergreifenden Berufsausübung (KV-übergreifende Berufsausübungs-Richtlinie) zum Tragen, die in § 4 regelt, an welchem Praxisstandort eine GOP abzurechnen ist.

Trotz der LANR ist somit die Festlegung der Zeit, die ein Arzt vertragsärztlich tätig war, in kooperierten Versorgungsformen mit arbeitsteiliger Tätigkeit unmöglich. Relevant wird dies insbesondere bei komplexen GOP, bei denen Behandlungsschritte durch mehrere Vertragsärzte bzw. angestellte Ärzte in einer Leistungskette erbracht werden. Dies ist u. a. in der Radiologie der Regelfall.

Ferner zeigt sich die Unzulänglichkeit der Abrechnung als Hauptkriterium für die Feststellung einer Minderleistung insbesondere bei GOPen, die nur einmal im Quartal abgerechnet werden können, deren Leistungsinhalt typischerweise aber häufiger anfällt. Hierzu das folgende Beispiel außerhalb der Radiologie:

Die frauenärztlichen Grundpauschalen (GOP 08 210-08 212 EBM) sind nur einmal im Behandlungsfall abzurechnen. Entsprechend der Abrechnungsvorgaben ist der obligate Leistungsinhalt nach dem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt (oder Videosprechstunde) erfüllt und die Leistung daher abrechenbar. Weitere Arzt-Patienten-Kontakte in dem gleichen Quartal lösen abrechnungstechnisch keinen neuen Behandlungsfall aus, diese sind Teil

des fakultativen Leistungsinhalts. Nach den Abrechnungsvorgaben ist die Leistung auf den Arzt abzurechnen, der die Vollständigkeit der Leistung, also der GOP, erreicht hat (I Allgemeine Bestimmungen, 2.1 EBM). Die Satzart ambulante Behandlung „0101“ nach der KBV IT in der Arztpraxis, Datensatzbeschreibung KVDT (KBV_ITA_VGEX_Datensatzbeschreibung_KVDT) sieht daher unter der Feldkennung 5000 nur den „Leistungstag“ vor. Die fakultativen Arzt Patienten-Kontakte der Grundpauschale in dem gleichen Quartal lassen sich daher nicht der Abrechnung entnehmen. Das Problem der genormten Abrechnungen wird schließlich auch bei Leistungen relevant, die erhebliche Zeit in Anspruch nehmen, ihrem Wesen nach aber eine arbeitsteilige Bearbeitung durch mehrere Vertragsärzte erlauben. Einer der wesentlichen Vorteile der kooperierten Versorgungsformen ist die Ermöglichung flexibler Arbeitsmodelle, die regelmäßig durch ein Schichtmodell umgesetzt werden. In der Radiologie stellt daher z. B. am Morgen ein Radiologe die rechtfertigende Indikation und überwacht sodann eine CT-Untersuchung. Ein anderer Radiologe wertet am Nachmittag die Aufnahmen aus und diktiert den Befund bzw. Arztbrief. Ein dritter Radiologe gibt nach Prüfung von Korrekturen durch nichtärztliche Mitarbeiter den Arztbrief für den Versand frei.

Würde man in einer durch Schichtdienst oder generell arbeitsteilig geprägten kooperierten Versorgungsform voraussetzen, dass auch zeitintensive Leistungen ausschließlich und vollumfänglich durch einen einzigen Vertragsarzt oder angestellten Arzt erbracht werden, widersprüche dies nicht nur obengenannten allgemeinen Bestimmung des EBM, sondern würde kooperierte Versorgungsformen generell in Frage stellen.

Zugleich würde eine strukturelle Benachteiligung von Vertragsärzten oder angestellten Ärzten daraus folgen, die nur in Teilzeit tätig werden. Die Häufigkeit von unvollendeten GOP nimmt bei Untersuchungen mit einem höheren zeitlichen Aufwand bei diesen Ärzten zu. Damit sehen sich diese Ärzte bzw. tatsächlich deren Arbeitgeber häufiger der Prüfung des Versorgungsauftrages ausgesetzt als Ärzte, die in Vollzeit tätig sind.

Das BSG hatte in seinem Urteil vom 27.06.2018, Az.: B 6 KA 46/17R hinsichtlich der Beurteilung, ob eine für die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes in einer BAG erforderliche fortführungsfähige Praxis besteht, festgestellt, dass auf die BAG als Ganzes und nicht auf den einzelnen Arzt abzustellen sei. Daneben spreche für die Versorgungsrelevanz einer BAG, wenn diese als Ganzes in der Vergangenheit durchschnittliche Fallzahlen aufwies. In dieser Entscheidung bestätigte das BSG daher, dass die wesentliche Besonderheit der kooperierten Versorgungsform, die Kooperation der Ärzte untereinander, zu berücksichtigen sei. Für die Prüfung eines Versorgungsauftrages muss dies dann aber entsprechend gelten.

3. Tätigkeiten zur Erfüllung des Versorgungsauftrages

Das SGB V normiert an mehreren Stellen, welche Tätigkeiten der Erfüllung des Versorgungsauftrages dienen. Da die Entziehung der Zulassung im Ergebnis der Erfüllung des Versorgungsauftrages dient, sind konsequenterweise auch solche Tätigkeiten, die nachgewiesen werden, in die Entscheidung einzustellen.

3.1. Präsenz in Sprechzeiten und potenzielle Handlungsfälle

Geht es um einen grundrechtssensiblen Eingriff, wie die Entziehung der vertragsärztlichen Zulassung, ist es notwendig, die nicht abrechenbaren Präsenszeiten zu berücksichtigen. Denn die Entziehung wegen Minderleistung rechtfertigt sich dadurch, dass der nicht hinreichend tätige Arzt eine Vertragsarztstelle blockiert. Von einem „Blockieren“ kann hingegen nicht die Rede sein, wenn der betroffene Arzt gewillt ist, vertragsärztlich tätig zu sein und dies durch Verfügbarkeit in der Praxis auch nach außen zeigt. Hier fehlt es bereits an dem qua Definition erforderlichen „fehlenden Willen zur kontinuierlichen Teilnahme“ des Vertragsarztes. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Vertragsarzt entsprechend § 75 Abs. 1a SGB V seiner Verpflichtung zur Meldung freier Termine bei der Terminservicestelle nachgekommen ist.

Solche Präsenszeiten unberücksichtigt zu lassen würde nicht nur dem Sinn und Zweck der Vorschrift zuwiderlaufen. Es führt auch zu einer Risikoverlagerung, die im Gesetz keinerlei Anhaltspunkt findet. Im Gegenteil: Den Ärzten das Risiko der tatsächlichen Inanspruchnahme durch Patienten aufzubürden, widerspricht § 75 Abs. 1 SGB V. Hiernach haben die KVen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen. Um eine Über- und Unterversorgung zu verhindern, haben die KVen gem. § 99 Abs. 1

Satz 1 SGB V einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung aufzustellen. Wird eine Überversorgung festgestellt, sind Zulassungsbeschränkungen festzulegen, § 103 Abs.1 SGB V. Das Ausbleiben von Patienten aufgrund einer Überversorgung ist somit ausdrücklich ein Risiko, dessen Regulierung den KVen auferlegt wurde.

Konsequenterweise sind deshalb auch die potenziellen Fallzahlen zu berücksichtigen. Gemeint sind damit die Termine, die vergeben wurden (z. B. durch die Terminservicestelle (TSS) oder die KV vermittelten Fälle) und für die der Vertragsarzt zur Verfügung stand, die jedoch wegen Nichterscheinen des Patienten erfolglos geblieben sind.

Daran anschließend müssen bei der Entscheidung zudem die gesamten Präsenzzeiten am Vertragsarztsitz in Sprechstunden, in denen der betroffene Arzt zur Behandlung zur Verfügung stand, bei der Entscheidung Beachtung finden. Denn gem. § 19a Ärzte-ZV ist ein voller Versorgungsauftrag dadurch zu erfüllen, dass ein Vertragsarzt mindestens 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden für gesetzlich Versicherte zur Verfügung zu stehen hat. Dies gilt für angestellte Ärzte aufgrund der Verweisungsvorschrift des § 1 Abs 3 Ärzte-ZV entsprechend. Da die Entziehung der Zulassung im Ergebnis die Sicherstellung der Versorgung bezweckt, kommt es maßgeblich darauf an, ob der Versorgungsauftrag erfüllt ist. Wenn der Versorgungsauftrag entsprechend § 19a Ärzte-ZV durch Sprechstunden erfüllt wird, sind somit diese Präsenzzeiten in die Entscheidung einzustellen.

3.2. Bereitschaftsdienste

Wie eingangs dargelegt, dienen ausweislich des Gesetzes auch die Not- oder Bereitschaftsdienste der Erfüllung des Sicherstellungsauftrags, sodass die Teilnahme hieran im Rahmen der Zulassungsentziehungsentscheidung zu beachten ist. Dies folgt daneben aus dem Urteil des LSG Bayern. Die Besonderheit des Bereitschaftsdienstes ist, dass eine Betrachtung über im Bereitschaftsdienst erbrachte und abgerechnete GOP und dem daraus folgenden zeitlichen Aufwand aufgrund der Prüfzeiten den Eindruck erwecken kann, dass nur wenig Zeit aufzuwenden war. Dies erweckt einen Trugschluss, weil die KV oder ein Zulassungsausschuss die Schlussfolgerung aus dem Honorarbescheid ziehen. Wie bei den Prüfzeiten in kooperierten Versorgungsformen

entbehrt dieser Schluss jeder Logik, nur ist er hier leichter zu erkennen. Die Inanspruchnahme des Bereitschaftsdienstes ist die Ausnahme und nicht die Regel. Eine zeitlich durchgängige Auslastung des bereitschaftsdiensthabenden Arztes ist daher nicht vorgesehen. Daher sind die Bereitschaftsdienstzeiten als solche und nicht der zeitliche Aufwand nach der Honorarabrechnung aufgrund von Prüfzeiten in einer Prüfung zu beachten.

3.3. Spezialfall: Der ärztliche Leiter eines MVZ

Die Anforderungen an einen ärztlichen Leiter eines MVZ sind dahingehend eindeutig, dass der ärztliche Leiter in dem MVZ entweder als Vertragsarzt oder als angestellter Arzt nach § 95 Abs. 1 Satz 3 SGB V tätig sein muss. Die Tätigkeit des ärztlichen Leiters ist nicht an Fallzahlen oder Prüfzeiten messbar, weil sich der ärztliche Leiter in dieser konkreten Tätigkeit nicht unmittelbar an der Patientenversorgung beteiligt. Er erbringt keine im EBM zu berücksichtigende GOPen. Bei einem angestellten Arzt auf einer genehmigten Arztstelle ist die Arbeitszeit arbeitsvertraglich und nach dem Arbeitszeitgesetz begrenzt. Daher kann ein angestellter Arzt nur während seiner Arbeitszeit die Tätigkeit des ärztlichen Leiters ausüben. Um seiner Funktion gerecht zu werden, muss er die Tätigkeit während der Tätigkeit der anderen angestellten Ärzte erbringen, weil er anderenfalls diese nicht überwachen und ggf. zur Einhaltung der vertragsärztlichen Vorgaben anhalten könnte. Der Arbeitsvertrag ist den Zulassungsgremien bekannt, weil dieser bei der Genehmigung der Anstellung üblicherweise vorzuliegen hat. Die Zulassungsgremien können daher in der Regel nicht behaupten, dass ihnen unbekannt gewesen wäre, dass es sich bei der Tätigkeit um eine Tätigkeit handle, die während der Tätigkeit in der Patientenversorgung erbracht würde. Das Erfordernis eines ärztlichen Leiters folgt seinerseits unmittelbar aus der Zulassung eines MVZ und muss während dessen Bestandes generell erfüllt bleiben. Nach § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V ist der Versorgungsauftrag dem MVZ erteilt. Die KVen und die Zulassungsausschüsse haben daher die Tätigkeit eines ärztlichen Leiters im Falle einer Prüfung des Versorgungsauftrages, auf dem dessen Tätigkeit genehmigt worden war, zu berücksichtigen. Gänzlich unbekannt sind den KVen diese überschneidenden Tätigkeiten nicht, sodass für einen ärztlichen Leiter ein Entlastungssistent genehmigt werden kann.

3.4. Andere Spezialfälle

Verfügt eine vertragsärztliche Praxis, als Einzelpraxis, BAG oder MVZ über mehrere Standorte, können im Tagesverlauf Fahrzeiten zwischen den Standorten die tägliche Arbeitszeit belasten, ohne dass eine Patientenversorgung in dieser Zeit stattfinden könnte. Statistisch wirkt sich die Fahrzeit daher negativ auf die Prüfung des Versorgungsauftrages durch eine KV aus. Nach dem Bundesarbeitsgericht (Urteil vom 11.07.2006–9 AZR 519/05) sind Reisezeiten, die der Arbeitnehmer im Auftrag des Arbeitgebers zwischen zwei Arbeitsorten zurücklegt, Arbeitszeit. Nach § 8 Abs. 1 SGB III, in der Regelung wird der Arbeitsunfall definiert, ist jedenfalls die Fahrt zwischen den Betriebsstätten sozialrechtlich durch die Unfallversicherung eingeschlossen. Im Sinne eines einheitlichen Verständnisses des gesamten Sozialgesetzbuches, dies hat das Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 26.01.2022, Az. B 6 KA 2/21 R hinsichtlich des Begriffs „Angestellten“ betont, wäre es widersprüchlich, diese Zeiten unberücksichtigt zu lassen. Die Standorte einer vertragsärztlichen Praxis sind entweder von einer KV oder einem Zulassungsausschuss genehmigt oder aufgrund einer Anzeige bei ausgelagerten Praxisräumen bekannt. Bei ausgelagerten Praxisräumen hatte das BSG in seinem Urteil vom 06.04.2022, Az.: B 6 KA 12/21 R festgestellt, dass die zeitliche Erreichbarkeit zwischen einem Vertragsarztsitz und einem ausgelagerten Praxisraum regelmäßig innerhalb von 30 Minuten herzustellen ist. Ausgehend von der obigen Annahme einer Tätigkeit von wenigstens fünf Stunden pro Tag bei einer Vollzulassung, handelt es sich um ein Zehntel der täglichen Arbeitszeit, die hier zur Diskussion steht.

4. Verhältnismäßigkeitsgrundsatz

Die Entziehung der Zulassung ist nur gerechtferigt, wenn sie verhältnismäßig ist. Insbesondere muss sie erforderlich sein, d. h. es darf kein milderes gleich geeignetes Mittel zur Erreichung des legitimen Zwecks – hier die Sicherstellung des Versorgungsauftrags – vorliegen.

Es ist stets zu prüfen, ob als milderes Mittel das Ruhen der Zulassung nach § 95 Abs. 5 SGB V in Betracht kommt. Dies wäre der Fall, wenn die Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit in angemessener Frist zu erwarten ist. Insoweit ist eine Prognoseentscheidung über die voraussichtliche Dauer der Untätigkeit des Vertragsarztes zu treffen, die auf der Grundlage aller bekannter

Umstände des Einzelfalls zu erfolgen hat (LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 09.12.2009, Az. L 3 KA 117/08, Rn. 36 – juris). Folglich ist bei der Entscheidung über die Entziehung der Zulassung unter anderem einzustellen, ob Tendenzen einer steigenden Fallzahl bestehen und ob Maßnahmen ergriffen wurden, die ein Ansteigen der Fallzahlen vermuten lassen.

Mithin kann ein mildereres Mittel darin liegen, statt der vollständigen Entziehung der Zulassung nur eine teilweise anzutreten. § 95 Abs. 6 Satz 2 SGB V normiert diese Möglichkeit ausdrücklich und weist auf die Entziehung der Hälfte oder eines Viertels der Zulassung hin.

Besonderheiten ergeben sich insbesondere beim MVZ: Da die Zulassung dem MVZ erteilt ist, müsste diesem bei Minderleistung durch einen angestellten Arzt zunächst die Möglichkeit erteilt werden, ein Nachbesetzungsverfahren durchzuführen. Hierbei wären einerseits die zeitliche Dauer eines solchen Verfahrens zu beachten, andererseits die arbeitsrechtlichen Herausforderungen, die sich aus dem Nachbesetzungsverfahren ergeben. Denn die Entziehung kann, muss sich aber nicht zwingend negativ auf den angestellten Arzt auswirken. Vielmehr ist eine anschließende Kündigung stets an den arbeitsrechtlichen Vorgaben zu messen.

Bei einem Widerruf einer genehmigten Arztstelle findet § 48 Abs. 1 S. 1 SGB X und damit die allgemeine Regelung über die Aufhebung eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung, wie es bei einer Anstellungsgenehmigung der Fall ist, bei Änderung der Verhältnisse Anwendung. Die Relation zwischen Fallzahl und Leistung erfolgt nach dieser Vorschrift zwischen Erlass und dem Zeitpunkt des Widerrufs der Anstellungsgenehmigung. Waren daher die Fallzahlen bereits weit unterdurchschnittlich, als die Anstellungsgenehmigung erteilt worden war, findet keine Änderung der Verhältnisse statt, so dass die Voraussetzung des § 48 Abs. 1 S. 1 SGB X nicht erfüllt ist.

IV. Fazit

Das Gesundheitssystem ist geprägt durch kooperierte Versorgungsformen und dieser Trend ist unverändert steigend. Die Unterschiede der kooperierten Versorgungsformen zu den Einzelpraxen bleiben im SGB V und in der Rechtsprechung häufig unberücksichtigt. Gerade im grundrechtsensiblen Bereich der Zulassungsentziehung oder

des Widerrufs einer Anstellungsgenehmigung ist es inakzeptabel, dass die Entscheidung – teilweise vollständig – von dem Kriterium der abgerechneten Behandlungsfälle abhängig gemacht wird. Dieses Kriterium ist jedenfalls in kooperierten Versorgungsformen ungeeignet und bildet nicht die tatsächlich erbrachte Leistung ab. Die Honorarabrechnung entsteht aus den für den Vertragsarzt und ein MVZ zwingenden Vorgaben u. a. des EBM. Die Normierung der Abrechnung lässt aber keinen vollständigen und zwingend logischen Rückschluss auf die Leistungserbringung und den daran beteiligten Ärzten zu.

Dadurch, dass eine KV bei der Prüfung eines Versorgungsauftrages ausschließlich von bereits abgerechneten Quartalen ausgeht, andere, jüngere Daten liegen ihr schlichtweg nicht vor, besteht die Möglichkeit, dass sich nach dem Abschluss des jüngsten abgerechneten Quartals zwischenzeitlich der tatsächliche Tätigkeitsumfang erhöht hat. In einer Stellungnahme wäre dies ein relevanter Aspekt, um eine weitere Prüfung zu verhindern oder den Umfang, in dem ein Versorgungsauftrag nicht erfüllt werden soll, zu reduzieren. Im Rahmen der Prüfung ist diese verstärkte Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugunsten des betroffenen Versorgungsauftrag zu beachten. Daher empfiehlt es sich spätestens sobald ein Vertragsarzt, eine BAG oder ein MVZ von der Überprüfung eines Versorgungsauftrages Kenntnis erhalten hat, unabhängig von etwaigen historischen Begründungen unverzüglich zu prüfen, ob kurzfristig Maßnahmen möglich sind, die Fallzahlen und Leistungsanforderung oder Prüfzeiten nach dem Anhang 3 des EBM zu erhöhen. Idealerweise sollte dabei eine Steigerung erreicht werden, die im Toleranzbereich des von der Prüfung betroffenen Versorgungsauftrages liegt. Wie immer gilt die Pflicht zur peinlich genauen Abrechnung, so dass die Abrechnungsvoraussetzungen selbstverständlich einzuhalten sind.

In bestimmten Fällen, wie bei einem ärztlichen Leiter, einem programmverantwortlichen Arzt oder ärztlichen Geschäftsführer, der Vertragsarzt ist, sollte frühzeitig in Erwägung gezogen werden, ob den potenziell drohenden unterdurchschnittlichen Fallzahlen durch Beantragung eines Entlastungsassistenten entgegengewirkt werden kann. ■

Impressum René T. Steinhäuser
Rechtsanwalt

Rechtsanwälte Wigge
Großer Burstah 42
20 457 Hamburg
Tel.: (040) 3398 705-90
Fax: (040) 3398 705-99
Internet: www.ra-wigge.de
E-Mail: kanzlei@ra-wigge.de