

## L 24 KA 24/11

Land  
Berlin-Brandenburg  
Sozialgericht  
LSG Berlin-Brandenburg  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung  
24  
1. Instanz  
SG Potsdam (BRB)

Aktenzeichen  
S 1 KA 227/06

Datum  
08.12.2010

2. Instanz  
LSG Berlin-Brandenburg  
Aktenzeichen

L 24 KA 24/11  
Datum

16.10.2015

3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

B 6 KA 73/15 B  
Datum

25.04.2016

Kategorie

Urteil

Bemerkung

BSG: Beschwerde (Beschluss - )

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 8. Dezember 2010 wird zurückgewiesen. Der Kläger hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Rechtmäßigkeit eines Rücknahme- und Neufestsetzungsbescheides über das Honorar des Klägers für die Quartale I/1995 bis I/1996.

Der Kläger ist Facharzt für Radiologie und Nuklearmedizin. Während des hier streitigen Zeitraums war er Chefarzt der Klinik für Nuklearmedizin am Klinikum F. Mit Beschluss des Zulassungsausschusses vom 3. Februar 1993 wurde er mit Wirkung vom 1. November 1992 zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sowie am Klinikum F ermächtigten Ärzten auf dem Gebiet der Nuklearmedizin für die Erbringung der Leistungen der Gebührennummern 1, 4, 74, 141, 253, 4156, 4157, 5400, 5401, 5402, 5410, 5411, 5412, 5413, 5415, 5421, 5422, 5430, 5436, 5441, 5442, 5443, 5445, 5450, 5451, 5452, 5455, 5456, 5457, 5465, 5466, 5467, 5470, 5472, 5473, 5474, 5480, 5490, 5491, 5492, 5493, 5494, 5495, 5496, 5497, 7110, 7112, 7113, 7120 und 7121 des Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) auf dem Gebiet der Nuklearmedizin persönlich ermächtigt. Diese Ermächtigung wurde im Anschluss fortlaufend, zuletzt mit Beschluss vom 1. November 1995, bis zum 30. September 1997 verlängert. Ab dem 1. Oktober 1994 erstreckte sich diese Ermächtigung auch auf die Gebührennummer 7140 und auf verschiedene im Rahmen der szintigraphischen Untersuchungen abzurechnende Gebührennummern. Der Zulassungsausschuss für Ärzte beendete diese Ermächtigung mit bestandskräftigem Beschluss vom 15. Mai 1996 mit Wirkung vom 3. April 1996 an.

Die Ermächtigungsbeschlüsse enthielten in der Begründung zunächst den folgenden Hinweis:

"Für die Dauer der Ermächtigung hat der Arzt nach § 32a (Zulassungsverordnung für Vertragsärzte) Ärzte ZV die im Beschluss aufgeführten Tätigkeiten persönlich auszuführen. Die vertraglichen Bestimmungen über die kassenärztliche Versorgung sind für den Arzt entsprechend [§ 95 Abs. 4 SGB V](#) verbindlich."

Die Beschlüsse vom 19. Oktober 1994 und vom 1. November 1995 enthielten den folgenden Hinweis:

"Die ausgesprochene Ermächtigung ist ausschließlich an die Person des ermächtigten Arztes gebunden. Der ermächtigte Arzt hat für die Dauer und den Umfang der Ermächtigung die Rechte und Pflichten eines Vertragsarztes. Demnach ist er verpflichtet, alle ambulanten vertragsärztlichen Leistungen persönlich zu erbringen. Leistungen, die nicht von dem ermächtigten Arzt persönlich ausgeführt werden, sind nicht Gegenstand dieser Ermächtigung und können deshalb auch nicht abgerechnet werden. Hiervon ausgenommen sind Vertretungen. Bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung kann sich der ermächtigte Arzt innerhalb von zwölf Monaten drei Monate vertreten lassen (§ 32a Ärzte ZV). Dauert die Vertretung länger als eine Woche, so ist sie der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen."

In den Sammelerklärungen zu den Vierteljahresabrechnungen für die Quartale I/1995 bis I/1996 hat der Kläger jeweils die folgende Erklärung angegeben:

"Die Eintragungen auf den Behandlungsscheinen sind sachlich richtig und vollständig. Die Leistungen habe ich persönlich oder mein Vertreter erbracht. Die Anforderungen an die persönliche Leistungserbringung sind mir bekannt."

Den jeweiligen Vierteljahreserklärungen sind keine gemeldeten Vertreterbestellungen im Sinne von § 32a Satz 2 Ärzte ZV zu entnehmen.

Die Beklagte erteilte dem Kläger die folgenden Honorarbescheide:

- für das Quartal I/1995 mit Datum vom 27. Juli 1995 in Höhe von 124 633,70 DM, - für das Quartal II/1995 mit Datum vom 24. Oktober 1995 in Höhe von 132 350,31 DM, - für das Quartal III/1995 mit Datum vom 29. Januar 1996 in Höhe von 143 546,01 DM, - für das Quartal IV/1995 mit Datum vom 30. April 1996 in Höhe von 172 193,22 DM und - für das Quartal I/1996 mit Datum vom 30. August 1996 in Höhe von 170 544,72 DM.

Die Honorare für die Quartale I/1995 bis III/1995 sind zur Auszahlung gelangt. Die Honorare für die Quartale IV/1995 bis I/1996 wurden einbehalten.

In der Folgezeit überprüfte das Klinikum F auf Initiative der Beklagten die aufgrund der Ermächtigung erbrachten Leistungen des Klägers auf das Gebot der persönlichen Leistungserbringung hin. Mit Schreiben vom 9. April 1996 teilte das Klinikum der Beklagten mit, dass eine Überprüfung ergeben habe, dass der Kläger in der Zeit vom 1. Januar 1995 bis zum 29. Februar 1996 in 4137 Fällen höchstpersönlich ambulant zu erbringende nuklearmedizinische Leistungen auf das nachgeordnete Personal des Klinikums übertragen habe.

Der Kläger wandte sich mit Schreiben vom 27. Juni 1996 an die Beklagte und bat um Auskunft, ob die Art und Weise, in der er seine "Kassenambulanz im Rahmen der vom Zulassungsausschuss erteilten Ermächtigung führe, mit den Anforderungen des Vertragsrechts im Einklang" stünden. Er trug vor, dass "grundsätzlich die sogenannte Schilddrüsen-Sprechstunde von (ihm) persönlich durchgeführt (werde), soweit (er) sich nicht im Rahmen von § 32a Ärzte ZV vertreten lassen (müsse). Gleiches (gelte) für besonders schwierige Leistungen, wie z. B. die Schilddrüsenpunktion. Soweit ärztliche Mitarbeiter einen Szintigraphie- oder Sonographie-Befund diktiert (hätten, seien) alle diese Befunde von ihm persönlich eingehend überprüft, ggf. korrigiert und danach von (ihm) mitunterzeichnet" worden.

Schließlich wies er darauf hin, dass er sich bei der "Führung und Gestaltung seiner Kassenambulanz daran orientiert habe, wie andere ermächtigte Nuklearmediziner in Brandenburg, z. B. Herr Prof. V, B S, seine Kassenambulanz" führten. Die Beklagte antwortete mit Schreiben vom 16. Juli 1996. Sie erklärte, dass die vom dem Kläger geschilderte angebliche Praxis der ermächtigten Nuklearmediziner so bisher nicht bekannt gewesen sei. Für sie gebe es diese "allgemeinübliche Handhabung" nicht. Nach den gesetzlichen Bestimmungen habe der ermächtigte Arzt die in dem Ermächtigungsbeschluss bestimmte vertragsärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben. Eine Vertretung sei nur im Rahmen der Bestimmung des § 32a Ärzte ZV möglich. Werde danach ein Vertragsarzt während des Abrechnungsquartals vertreten, so sei dies auf der Vierteljahreserklärung mit der jeweiligen Quartalsabrechnung mitzuteilen, was dem Vertragsarzt bereits beim Einführungslehrgang in die vertragsärztliche Tätigkeit erläutert werde.

Die Staatsanwaltschaft Frankfurt (Oder) eröffnete 1996 ein Ermittlungsverfahren gegen den Kläger, welches später von der Staatsanwaltschaft Potsdam übernommen wurde. In diesem Verfahren wurden u. a. die damalige Oberärztin der Nuklearmedizinischen Klinik im Klinikum F Dr. med. M H und die damalige Ärztin in Weiterbildung in dieser Klinik K vernommen. Frau Dr. H hat dabei ausgesagt, dass der Kläger persönlich die Chefarztsprechstunde durchgeführt habe, also die Beratung der Schilddrüsenpatienten. Andere Untersuchungen seien von dem Kläger nicht durchgeführt worden. Die Ärztin K hat ausgesagt, dass sie und Frau Dr. H die szintigraphischen Untersuchungen durchgeführt hätten. Der Kläger habe das nur in den Fällen getan, in denen von ihnen beiden keiner anwesend gewesen sei. Die Schilddrüsenpatienten, die in der Sprechstunde des Klägers gewesen seien, seien vor oder nach der Konsultation von ihr oder von Frau Dr. H szintigraphisch untersucht worden. In der Verwaltungsakte der Beklagten finden sich entsprechende eidesstattliche Erklärungen der Frau Dr. med. M H vom 20. November 1997 und der Ärztin K vom 19. November 1997.

In einem Schreiben des Klinikums hat dieses der Staatsanwaltschaft mitgeteilt, dass der Kläger vom 6. März 1995 bis zum 24. März 1995 wegen Urlaub und in der Zeit vom 18. Mai 1995 bis zum 2. Juni 1995, vom 1. September 1995 bis zum 22. September 1995 und vom 27. Dezember 1995 bis zum 19. Januar 1996 wegen Krankheit vom Dienst freigestellt gewesen sei. In diesen Zeiträumen habe der Kläger jedoch in erheblichem Umfang ambulant erbrachte Leistungen abgerechnet. Die Staatsanwaltschaft Potsdam hat das Ermittlungsverfahren gegen den Kläger 2002 nach § 170 Abs. 2 Strafprozessordnung eingestellt. Dabei hat sie sich ausweislich der Einstellungsverfügung vom 10. April 2002 im Wesentlichen von folgendem Gedanken leiten lassen: In den von dem Kläger abgegebenen Sammelerklärungen heiße es: " die Leistung habe ich persönlich oder mein Vertreter erbracht. Sind somit ärztliche Leistungen im Rahmen einer wirksamen Delegation von anderen Ärzten erbracht worden, so bestand dennoch für den Beschuldigten die Möglichkeit diese Leistungen im Rahmen seiner Abrechnungen als persönlich erbracht anzurechnen."

Mit Bescheid vom 25. November 1997 hat die Beklagte die Honorarbescheide für die Quartale I/1995 bis I/1996 aufgehoben und das gezahlte Honorar in voller Höhe zurückgefordert. Zur Begründung hat die Beklagte ausgeführt, dass Leistungen im Rahmen der persönlichen Ermächtigung des Klägers von anderen Ärzten des Klinikums F erbracht worden seien. Damit habe der Kläger gegen die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung verstoßen. Die Berechtigung zur Abrechnung der entsprechenden Leistungen seitens des Klägers sei damit nicht gegeben.

Hiergegen hat der Kläger am 14. Januar 1998 Widerspruch erhoben und eine ausführliche Begründung angekündigt. Mit anwaltlichem Schreiben vom 3. Juni 2002 wies der Kläger auf die Einstellung des staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahrens hin. Er stellte am 14. Mai 2003 den Antrag, den Bescheid vom 25. November 1997 aufzuheben und die Honorare für die Quartale IV/1995 und I/1996 auszuzahlen. Mit Schreiben vom 4. Juni 2003 teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass beabsichtigt sei, über den Widerspruch zu entscheiden. Sie führte aus, dass der Kläger nach dem Sach- und Streitstand die abgerechneten szintigraphischen Untersuchungen nicht persönlich erbracht habe und deshalb die Honorare zurückzufordern seien. Sie gab dem Kläger unter Bezugnahme auf § 24 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) Gelegenheit zur Stellungnahme.

Der Kläger teilte daraufhin mit, dass er nicht gegen das Gebot der persönlichen Leistungserbringung verstoßen habe. Anderslautende

Behauptungen Dritter seien unzutreffend. Die Beklagte stütze sich auf das Vorbringen Dritter und nicht auf eigene Ermittlungen. Er habe seine Ermächtigungsambulanz so geführt, wie dies mit Gesetz und Recht im Einklang stünde und der allgemeinen Übung von ermächtigten Krankenhausärzten in Brandenburg und in Berlin entspreche.

Auf den Widerspruch des Klägers änderte die Beklagte daraufhin mit Widerspruchsbescheid vom 2. November 2006 den Honoraraufhebungs- und Rückforderungsbescheid vom 25. November 1997 ab und setzte das Honorar für die streitbefangenen Quartale wie folgt neu fest:

- Honorar für das Quartal I/1995 in Höhe von 15 071,65 DM, - Honorar für das Quartal II/1995 in Höhe von 16 068,93 DM, - Honorar für das Quartal III/1995 in Höhe von 14 257,13 DM, - Honorar für das Quartal IV/1995 in Höhe von 15 850,95 DM und - Honorar für das Quartal I/1996 in Höhe von 14 162,38 DM.

Der Kläger habe gegen den Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung verstoßen. Mit Ausnahme der Behandlungen, die der Schilddrüsen-Sprechstunde zuzuordnen seien, und der Leistungen für die Punktion der Schilddrüse seien die Leistungen von nachgeordneten Klinikärzten erbracht worden. Der Honoraraufhebungs- und Rückforderungsbescheid vom 25. November 1997 sei deshalb zu korrigieren. Die Festsetzung des Honorars beruhe allein auf den Gebührennummern 253, 313, 394 und 398 des EBM a. F. Da das Honorar für die Quartale IV/1995 und I/1996 einbehalten worden sei, ergebe sich für die Quartale I/1995 bis III/1995 noch eine Rückforderung in Höhe von 313 228,22 DM (160 151,04 Euro).

Hiergegen richtet sich die am 4. Dezember 2006 bei dem Sozialgericht Potsdam erhobene Klage. Zur Begründung dieser Klage hat der Kläger im Wesentlichen ausgeführt, dass die angefochtene Entscheidung nicht den Anforderungen an eine sachlich-rechnerische Richtigstellung gerecht werde. Obwohl die Beklagte bereits mit Schreiben vom 19. März 1996 gegenüber dem Klinikum F den Verdacht einer fehlerhaften Abrechnung geäußert habe, habe sie gleichwohl im Nachhinein die Honorarbescheide für die Quartale IV/1995 und I/1996 erteilt. Die Beklagte habe auch gegen ihre Ermittlungspflicht verstoßen. Sie habe keine eigenen Ermittlungen geführt. Ihre Entscheidung stütze sich lediglich auf die Aussagen von ehemals am Klinikum beschäftigten Ärzten und Ärztinnen. Diese Aussagen seien aber nicht verwertbar. Die Rückforderung für die Quartale I bis III/1995 sei auch verwirkt. Die Beklagte habe bereits seit März 1996 Kenntnis von dem Sachverhalt gehabt und die Rückforderung erst 2003 geltend gemacht. Die Bescheide seien auch inhaltlich fehlerhaft. Eine Vertretung bei Abwesenheit des Klägers sei zulässig. Aber auch bei Anwesenheit sei die Delegation einzelner Leistungen auf anderes Personal zulässig. Dies entspreche auch der Handhabung durch andere ermächtigte Nuklearmediziner. Der Begriff der persönlichen Leistungserbringung sei nicht geklärt.

Das Sozialgericht Potsdam hat die Klage mit Urteil vom 8. Dezember 2010 abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, dass die Beklagte die teilweise Aufhebung der Honorarbescheide zu Recht auf einen Verstoß gegen das Gebot der persönlichen Leistungserbringungen gestützt habe. Der Kläger habe diesen Verstoß u. a. bereits selbst vor Erlass des Bescheides vom 15. November 1997 gegenüber der Beklagten schriftlich eingeräumt. Er habe erklärt, dass er seine Ermächtigung so wie jeder andere Nuklearmediziner oder Radiologe im Land Brandenburg ausübe und ausgeübt habe. Die persönliche Leistungserbringung habe er lediglich für die Schilddrüsen-Sprechstunde und für besonders schwierige Leistungen wie z. B. die Schilddrüsenpunktion eingeräumt. Diese Leistungen habe die Beklagte auch nach der sachlich-rechnerischen Richtigstellung anerkannt und vergütet. Der Kläger habe deshalb für die hier umstrittenen Quartale unrichtige Sammelerklärungen abgegeben. Denn in keiner der fünf vorliegenden Vierteljahreserklärungen habe er angegeben, dass "zwei weitere Ärztinnen ihn vertreten und ein Großteil der szintigraphischen Untersuchungen durchgeführt" hätten. Die ohne Angabe eines Vertreters abgegebene Erklärung konnte und kann nur so verstanden werden, dass er die abgerechneten Leistungen persönlich erbracht habe. Die Abgabe einer ordnungsgemäßen Sammelerklärung sei aber Voraussetzung für die Entstehung eines Anspruchs auf Vergütung für den Vertragsarzt. Mit der Unrichtigkeit der Sammelerklärung entfalle ihre Garantiewirkung, mit der Folge, dass das Honorarrisiko auf den Arzt übergehe.

Die unrichtigen Angaben des Klägers zur persönlichen Leistungserbringung seien zur Überzeugung der Kammer auch grob fahrlässig erfolgt. Der Kläger habe bei der Ausfüllung der Sammelerklärung die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt. Die Verschuldensprüfung beziehe sich dabei allein auf die Unrichtigkeit der Angaben. Sowohl aus den Ermächtigungsgenehmigungen als auch aus dem Vordruck der Sammelerklärung habe sich eindeutig ergeben, dass der Kläger zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet gewesen sei. Bei gewissenhafter Ausübung seiner Tätigkeit habe er über den Inhalt und den Umfang seiner Ermächtigung wissen müssen. Er könne sich auch nicht darauf berufen, dass die von ihm getätigte Verfahrensweise gängige Praxis in anderen Praxen im Land Brandenburg gewesen ist. Entgegen seinem Vorbringen seien die Rückforderungsansprüche der Beklagte in keinem Quartal verwirkt. Die Beklagte habe bereits im November 1997 den Neufestsetzungsbescheid hinsichtlich der streitigen Quartale erlassen. Die Beteiligten seien sich im Widerspruchsverfahren einig gewesen, dass erst der Ausgang des Ermittlungs- bzw. des Strafverfahrens abgewartet werden solle. Dies sei erst im April 2002 geschehen. Die Beklagte habe zu keinem Zeitpunkt zu erkennen gegeben, dass sie in ihrem Handeln dem Ausgang des Ermittlungsverfahrens folgen werde.

Gegen das ihm am 12. Januar 2011 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung des Klägers vom 14. Februar 2011 (Montag). Zur Begründung trägt er vor, dass das Sozialgericht den Begriff der persönlichen Leistungserbringung verkannt habe. Die Durchführung einer radiologischen oder nuklearmedizinischen Untersuchung könne auf Mitarbeiter delegiert werden. Er beziehe sich insoweit auf eine "Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur persönlichen Leistungserbringung durch niedergelassene Radiologen und Nuklearmediziner in Abstimmung mit dem Berufsverband der deutschen Radiologen und Nuklearmediziner e. V. und dem Deutschen Informationszentrum für Radiologie e. V." vom 24. Juni 1992.

Das Sozialgericht habe auch den Begriff der Vertretung verkannt. Alle Befundberichte, die von seinen Mitarbeiterinnen zunächst als Entwurf diktiert worden seien, habe er anhand der Krankenunterlagen, der Szintigraphie- und der Sonographie-Bilder kontrolliert und ggf. korrigiert und erst dann zur Versendung freigegeben. Er habe damit durch die Kontrolle und Überarbeitung der Befundberichte diese zu seinen eigenen Berichten gemacht. Damit liege unter keinen denkbaren Voraussetzungen ein Fall der Vertretung vor. Auch soweit Szintigraphien von Mitarbeiterinnen durchgeführt worden seien, seien die Namen dieser Mitarbeiterinnen nicht in der Sammelerklärung anzugeben gewesen, weil in der Sammelerklärung nur Vertreter anzugeben gewesen seien, nicht jedoch Fälle der zulässigen Delegation. Das Sozialgericht setzte mit seiner Begründung den Begriff "Delegation" mit dem Begriff "Vertretung" gleich und ziehe hieraus den unzulässigen

Schluss eines Verstoßes gegen die persönliche Leistungserbringung.

Das Sozialgericht habe auch die staatsanwaltschaftlichen und polizeilichen Ermittlungen nicht als Entscheidungsgrundlage verwenden dürfen. Er habe auf eine Vielzahl von Fehlern in diesen Ermittlungsakten hingewiesen. Er müsse auch nochmals darauf hinweisen, dass letztlich das Ermittlungsverfahren gegen ihn durch die Staatsanwaltschaft eingestellt worden sei.

Das Urteil gehe zudem fälschlicherweise davon aus, dass er allein in der Zeit vom 1. Januar 1995 bis zum 29. Februar 1996 in insgesamt 4 137 Fällen Leistungen an das Personal übertragen habe. Dies sei offenkundig falsch, weil die tatsächliche Zahl der Patienten in diesem Zeitraum nur einen Bruchteil von der genannten Zahl ausmache. Es könne sich hierbei bestenfalls um die Zahl der in diesem Zeitraum durchgeführten Einzeluntersuchungen handeln.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 8. Dezember 2010 und den Bescheid der Beklagten vom 25. November 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. November 2006 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie ist der Auffassung, dass das Urteil des Sozialgerichts Potsdam nicht zu beanstanden sei. Sie verweist insoweit auf das erstinstanzliche Vorbringen. Ergänzend trägt sie vor, dass Grundlage der angefochtenen Widerspruchsentscheidung der Beklagten sei, dass der Kläger systematisch gegen das Gebot der persönlichen Leistungserbringung verstoßen habe, weil er durchgängig ihm unterstellte Krankenhausärzte ohne entsprechende Genehmigung zur Leistungserbringung eingesetzt habe und sein persönlicher Leistungsanteil (wenn überhaupt) ausschließlich darin bestanden habe, die ihm vorgelegten Befundberichte, ohne die Patienten überhaupt gesehen zu haben, einer Bewertung zu unterziehen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze, den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte, der beigezogenen Verwaltungsakte sowie der beigezogenen Ermittlungsakte der Staatsanwaltschaft Frankfurt (Oder) und Potsdam Bezug genommen, die dem Senat vorgelegen haben und die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 8. Dezember 2010 ist unbegründet. Das Sozialgericht hat die Klage des Klägers zu Recht abgewiesen. Der Bescheid des Beklagten vom 25. November 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. November 2006 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten.

Der angefochtene Bescheid ist nicht bereits formell rechtswidrig. Es kann unentschieden bleiben, ob der Kläger nicht vor Erlass des Bescheides vom 25. November 1997 angehört worden ist. Jedenfalls hat die Beklagte die Anhörung im Widerspruchsverfahren mit Schreiben vom 4. Juni 2003 förmlich nachgeholt ([§§ 24, 41 Abs. 1 Nr. 3 SGB X](#)).

Die materielle Rechtmäßigkeit des von dem Kläger zutreffend im Wege der reinen Anfechtungsklage angegriffenen Bescheides der Beklagten ist nach der Sach- und Rechtslage zum Zeitpunkt der letzten Verwaltungsentscheidung zu beurteilen (Urteil des Bundessozialgerichts [BSG] vom 17. September 1997 - [6 RKA 86/95](#), zitiert nach juris und Keller in Meyer Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Auflage 2014, § 54 RdNr. 33). Dabei richtet sich die Aufhebung der ursprünglichen Honorarbescheide nicht nach der Bestimmung des [§ 45 SGB X](#), sondern nach den im Sinne von [§ 37](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch verdrängenden Sondervorschriften des Kassen- bzw. Vertragsarztrechts über das Verfahren der rechnerischen und sachlichen Prüfung bzw. Richtigstellung von Honorarbescheiden (BSG, a. a. O.). Rechtsgrundlage des angefochtenen Bescheides ist damit [§ 106a SGB V](#), der durch das GKV Modernisierungsgesetz vom 24. November 2003 ([BGBl. I 2003 S. 2190](#)) mit Wirkung zum 1. Januar 2004 in Kraft gesetzt worden ist. Nach [§ 106a Abs. 1 SGB V](#) prüfen die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen die Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnung in der vertragsärztlichen Versorgung.

Die Beklagte stellt dabei die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte fest ([§ 106a Abs. 2 Satz 1 1. Halbsatz SGB V](#)). Die sachliche und rechnerische Richtigkeit betrifft dabei die Frage, ob ärztliche Leistungen zu Recht, d. h. ordnungsgemäß und in Übereinstimmung mit den gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben des Vertragsarztrechts, erbracht worden sind. Im Rahmen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit wird geprüft, ob die Abrechnungen mit den Abrechnungsvorgaben des Regelwerks, d. h. mit dem EBM, dem Honorarverteilungsmaßstäben sowie weiteren Abrechnungsbestimmungen, übereinstimmen oder der Vertragsarzt als Folge eines Verstoßes gegen eines dieser Regelwerke zu Unrecht Honorare angefordert hat (Seifert in Eichenhofer/Wenner, SGB V, § 106a RdNr. 7 und 9 und Clemens in juris PK - SGB V, 2. Auflage 2012 § 106a RdNr. 33).

Für die Frage, ob eine Honorarabrechnung unrichtig erstellt und abgegeben und der auf ihr beruhende Honorarbescheid deshalb ebenfalls unrichtig, d. h. rechtswidrig, ist, hat die Erklärung des Kassen /Vertragsarztes über die ordnungsgemäße Erbringung und Abrechnung der geltend gemachten Leistungen eine grundlegende Bedeutung. Die an sich für jeden einzelnen Behandlungsausweis gebotene Erklärung des Arztes über die ordnungsgemäße Erbringung und Abrechnung der Leistungen wird aufgrund der den Kassen /Vertragsarzt bindenden Bestimmungen untergesetzlichen Rechts durch eine sogenannte Abrechnungs-Sammelerklärung ersetzt. Mit der Abgabe dieser Sammelerklärung bestätigt der Vertragsarzt, dass er die abgerechneten Leistungen persönlich erbracht hat und die von ihm eingereichte Abrechnung sachlich richtig ist (§§ 34 Abs. 1, 35 Abs. 3 EKV Ärzte 1994 und §§ 35 Abs. 2 Satz 3, 42 Abs. 3 BMV Ärzte 1995).

Nach diesen Regelungen, denen insoweit normative Wirkung zukommt (Urteil des BSG vom 17. September 1997 - [6 RKA 86/95](#), zitiert nach juris RdNr. 19), ist die Abgabe einer ordnungsgemäßen Abrechnungs-Sammelerklärung eine eigenständige Voraussetzung für die

Entstehung des Anspruchs eines Kassen- bzw. Vertragsarztes auf Vergütung der von ihm erbrachten Leistungen. Mit ihr garantiert der Arzt, dass die Angaben auf den von ihm eingereichten Behandlungsausweisen zutreffend sind. Diese Garantiefunktion ist gerade wegen der aufgrund des Sachleistungsprinzips im Vertragsarztrecht auseinanderfallenden Beziehungen bei der Leistungserbringung (Verhältnis Arzt zum Patienten) und der Vergütung (Verhältnis Arzt zur Kassenärztlichen Vereinigung) und den damit verbundenen Kontrolldefiziten unverzichtbar. Die Richtigkeit der Angaben auf den Behandlungsausweisen kann nur in engen Grenzen überprüft werden, und Kontrollen sind mit erheblichem Aufwand und unsicheren Ergebnissen verbunden. Das System der Abrechnung beruht deshalb in weitem Maße auf Vertrauen, dass der Arzt die Behandlungsweise zutreffend ausfüllt bzw. durch sein Personal ausfüllen lässt. Insoweit kommt der Abrechnungs-Sammelerklärung als Korrelat für das Recht des Arztes, allein aufgrund eigener Erklärung über Inhalt und Umfang der von ihm erbrachten Leistungen einen Honoraranspruch zu erwerben, eine entscheidende Funktion bei der Überprüfung der Abrechnung zu (BSG, a. a. O.).

Aus dieser Funktion der Abrechnungs-Sammelerklärung als Voraussetzung der Vergütung der von dem Arzt abgerechneten Leistung folgt zugleich, dass die Erklärung in den Fällen, in denen sie sich wegen abgerechneter, aber nicht oder nicht ordnungsgemäß erbrachter Leistungen als falsch erweist, ihre Garantiewirkung nicht mehr erfüllt, es sei denn, es läge lediglich ein Fall schlichten Versehens vor. Wenn die Garantiefunktion der Abrechnungs-Sammelerklärung entfällt und damit eine Voraussetzung für die Festsetzung des Honoraranspruchs des Arztes fehlt, ist der auf die Honorarabrechnung des Vertragsarztes in Verbindung mit seiner Bestätigung der ordnungsgemäßen Abrechnung beruhende Honorarbescheid rechtswidrig. Die Beklagte ist zumindest berechtigt, wenn nicht verpflichtet, den entsprechenden Honorarbescheid aufzuheben und das Honorar neu festzusetzen (BSG, a. a. O.).

Die Abrechnungs-Sammelerklärung als Ganzes ist bereits dann unrichtig, wenn nur ein mit ihr erfasster Behandlungsausweis eine unrichtige Angabe über erbrachte Leistungen enthält. Damit entfällt für die Beklagte grundsätzlich die Verpflichtung, als Voraussetzung der Rechtswidrigkeit des Honorarbescheides dem Arzt mehr als eine unrichtige Abrechnung pro Quartal nachzuweisen. Sie ist rechtlich nicht gehalten, in allen Behandlungsfällen, in denen sie unrichtige Abrechnungen vermutet, den Nachweis der Unrichtigkeit zu führen. Im Ergebnis liegt somit das Honorar Risiko auf der Seite des Arztes, der in seiner Honorarabrechnung unrichtige Angaben gemacht hat (BSG, a. a. O.).

Wegen dieser weitgehenden Wirkung der Rechtsfolgen aus der Abgabe einer unrichtigen Abrechnungs-Sammelerklärung sind diese Rechtsfolgen allerdings auf den Fall zu beschränken, dass unrichtige Angaben in den Behandlungsausweisen zumindest grob fahrlässig erfolgt sind. Beruhen unrichtige Angaben deshalb lediglich auf einer leichten Fahrlässigkeit oder auf einem schlichten Versehen, so beeinträchtigt dies nicht die grundsätzliche Garantiefunktion der Abrechnungs-Sammelerklärung und berechtigt lediglich zur rechnerischen und sachlichen Richtigstellung der Honorarabrechnung hinsichtlich dieser Abrechnungsfehler (BSG, a. a. O.). Der Wegfall der Garantiefunktion der Abrechnungs-Sammelerklärung bei Vorliegen schon einer einzelnen grob fahrlässig falschen Angabe unterliegt keinen Bedenken unter dem Gesichtspunkt der Verhältnismäßigkeit (BSG, a. a. O.).

An diesen Grundsätzen gemessen ist der Bescheid der Beklagten vom 25. November 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. November 2006 nicht zu beanstanden. Die von dem Kläger jeweils für die Quartale I/1995 bis I/1996 abgegebenen Sammelerklärungen sind unrichtig. Es lag nämlich jeweils ein Verstoß gegen das Gebot der persönlichen Leistungserbringung vor. Vertragsärzte und ermächtigte Krankenhausärzte müssen dieses Gebot gleichermaßen beachten. Ermächtigungen für Krankenhausärzte werden diesen im Hinblick auf einen Versorgungsbedarf und ihre persönliche Qualifikation in Verbindung mit den ihnen im Krankenhaus zur Verfügung stehenden Möglichkeiten erteilt (vgl. [§ 116 SGB V](#) in Verbindung mit § 31a Abs. 1 und 2 Ärzte ZV). Eine Ermächtigung berechtigt den ermächtigten Arzt nur persönlich. Denn nach § 32a Satz 1 Ärzte-ZV hat der ermächtigte Arzt die in dem Ermächtigungsbeschluss bestimmte vertragsärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben. Lediglich bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung kann er sich innerhalb von zwölf Monaten bis zur Dauer von drei Monaten vertreten lassen (§ 32a Satz 2 Ärzte-ZV). Dieser Katalog genannten Vertretungsfälle ist abschließend (Rothfuß in Bäune/Meschke/Rothfuß, Kommentar zur Ärzte-ZV, 2007, § 32a RdNr. 3). Eine Befugnis des im stationären Bereich zuständigen Vertreters, den Krankenhausarzt auch bei seiner vertragsärztlichen Tätigkeit zu vertreten, besteht nicht (Urteil des BSG vom 20. März 2013 - [B 6 KA 17/12 R](#), zitiert nach juris RdNr. 43). Der ermächtigte Arzt muss daher sämtliche Leistungen selbst erbringen; eine Delegation auf nachgeordnete Ärzte ist nicht zulässig (Bäune, MedR 2014, Seite 76 ff. [76], m. w. Nachw.). Lediglich delegationsfähige nichtärztliche Leistungen können an hinreichend qualifiziertes und überwachtes nichtärztliches Hilfspersonal delegiert werden (Rothfuß in Bäune/Meschke/Rothfuß, Kommentar zur Ärzte-ZV, 2007, § 32a RdNr.2).

Im vorliegenden Fall hat der Kläger gegen das Gebot der persönlichen Leistungserbringung verstoßen, indem er regelmäßig und systematisch ärztliche Leistungen an ihm im stationären Bereich nachgeordneten Ärzte (Dr. Hund K) delegiert hat. Der Kläger selbst hat diese von ihm entwickelte und auch so praktizierte Verfahrensweise bereits im Verwaltungsverfahren mit Schreiben vom 27. Juni 1996 gegenüber der Beklagten dargelegt und insoweit vorgetragen, dass er grundsätzlich (nur) die Schilddrüsen-Sprechstunde und weitere schwierige Leistungen, wie z. B. die Schilddrüsenpunktion, durchführe. Szintigraphie- oder Sonographie-Befunde seien zwar von ärztlichen Mitarbeiterinnen diktiert worden, er habe sich insoweit darauf beschränkt, diese Befunde durchzusehen, anhand der Bildaufnahmen ggf. zu korrigieren und sie zu unterzeichnen. Diesen Vortrag hat der Kläger auch im sozialgerichtlichen Verfahren wiederholt. Die von ihm dargestellte "Art und Weise, (wie er seine) Kassenambulanz im Rahmen der vom Zulassungsausschuss erteilten Ermächtigung führe, orientiere sich an der Verfahrensweise anderer ermächtigter Nuklearmediziner in Brandenburg." Auch mit Schriftsatz vom 26. April 2012 hat er vorgetragen, dass er der Auffassung sei, dass die Durchführung einer radiologischen oder nuklearmedizinischen Untersuchung auf Mitarbeiter delegiert werden könne, und zwar ohne ein vorheriges Gespräch des Arztes mit dem Patienten. Er selbst ist der Auffassung, dass der Begriff der persönlichen Leistungserbringung im Sinne von § 32a Satz 1 Ärzte ZV nicht im Sinne einer Verpflichtung zur "höchstpersönlichen" Leistungserbringung auszulegen sei.

Diese Auffassung entspricht nicht dem Gesetz. Der ermächtigte Arzt muss die ärztlichen Leistungen, für die er ermächtigt worden ist, höchstpersönlich erbringen (Bäune, a. a. O. m. w. Nachw.). Eine Delegation auf ihm im Krankenhaus nachgeordnete Ärzte ist nicht zulässig (Urteil des BSG vom 20. März 2013 - [B 6 KA 17/12 R](#), zitiert nach juris, RdNr. 43). Genau dies war aber die vom Kläger gelebte Praxis. Er hat seine Tätigkeit auf die "Schilddrüsen-Sprechstunde und die Erbringung "schwieriger Leistungen", wie die Schilddrüsen-Punktion, beschränkt. Wenn der Kläger in diesem Zusammenhang unsubstantiiert vorträgt, dass das Sozialgericht insoweit unzulässig auf Erkenntnisse aus dem staatsanwaltlichen Ermittlungsverfahren zurückgegriffen habe, erschließt sich dieser Vortrag nicht. Denn das Sozialgericht hat lediglich im Hinblick auf die vom Kläger geschilderten "Führung und Gestaltung seiner Kassenambulanz" bestätigend die

polizeiliche Vernehmung der betroffenen Ärztinnen zitiert. Die betroffenen Ärzte haben den Vortrag des Klägers insoweit nur bestätigt. Der Kläger selbst beruft sich zur Unterstützung seiner Rechtsauffassung auf das Ergebnis des staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahrens. Insoweit ist die Distanz des Klägers zu den Aussagen der betroffenen Ärzte nicht nachvollziehbar. Jedenfalls kommt diesen Aussagen ein eigenständiger Erkenntnisgewinn oder gar Beweiswert nicht zu. Der Sachverhalt steht aufgrund des Vorbringens des Klägers fest.

Der Kläger hat durchgängig ärztliche Leistungen, wie Szintigraphien- oder Sonographien, nicht persönlich erbracht, sondern diese an ihm nachgeordnete Krankenhausärzte delegiert. Die Honorarabrechnungen sind damit fehlerhaft. Der Kläger hat demgegenüber in den jeweiligen Abrechnungs-Sammelerklärungen angegeben, dass er oder sein Vertreter diese Leistungen erbracht hätten. Die Erklärungen sind damit unrichtig. Dabei kommt es nicht darauf an, ob der Kläger im Einzelfall Szintigraphien- oder Sonographien selbst durchgeführt hat. Nach den dargestellten Grundsätzen ist die jeweilige Abrechnung bereits unrichtig, wenn nur in einem einzigen Behandlungsfall je Quartal die Leistung nicht von ihm persönlich erbracht worden ist. Diese Voraussetzung ist hier erfüllt. Die von dem Kläger eingeräumte Verfahrensweise ist in sämtlichen hier streitbefangenen Quartalen so praktiziert worden.

Soweit der Kläger die Auffassung vertritt, die Erklärungen seien richtig, weil er angegeben habe, dass er oder sein Vertreter die Leistungen erbracht hätten, ist auch dieses Vorbringen vollkommen unverständlich und widersprüchlich. Der Kläger vertritt gerade die Auffassung, dass das Sozialgericht die Begriffe "Vertretung" und "Delegation" vermischt habe. Die ihm nachgeordneten Ärzte hätte ihn (jedenfalls im Regelfall) nicht vertreten, sondern er habe die Tätigkeiten auf diese Ärzte delegiert. Dies ist insoweit richtig, als die ihm nachgeordneten Ärzte ihn in der vom Kläger geschilderten Praxis nicht vertreten haben. Denn der Vertreter vertritt den Arzt während seiner Abwesenheit (vgl. § 32a Satz 2 Ärzte-ZV). Im vorliegenden Fall haben die dem Kläger nachgeordneten Krankenhaus-Ärzte den Kläger nicht während seiner Abwesenheit (möglicherweise gelegentlich) vertreten, sondern er hat durchgängig ärztliche Leistungen während seines Dienstes in der Klinik an diese Ärzte, wie ausgeführt, rechtswidrigerweise delegiert.

Der Kläger hat die Angaben hinsichtlich der persönlichen Leistungserbringung auch grob fahrlässig gemacht. Grobe Fahrlässigkeit ist gegeben, wenn die erforderliche Sorgfalt in einem besonders schweren Maße verletzt worden ist (vgl. § 45 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3. 2. Halbsatz SGB X). Maßgebend ist insoweit die persönliche Einsichtsfähigkeit des Betroffenen. Die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt danach, wer schon einfachste, ganz naheliegende Überlegungen nicht anstellt und daher nicht beachtet, was im gegebenen Fall jedem einleuchten muss. Entscheidend ist danach das persönliche individuelle Vermögen, die Fehlerhaftigkeit der gemachten Angabe erkennen zu können. Danach sind Angaben grob fahrlässig fehlerhaft gemacht, wenn dem Betroffenen ohne weitere Überlegungen klar sein musste, dass die Angabe unrichtig ist (Schütze in von Wulffen/Schütze, SGB X, 8. Auflage 2014, § 45 RdNr. 52, m. w. Nachw.). Grobe Fahrlässigkeit ist insbesondere dann gegeben, wenn in Hinweisblättern oder Bescheiden auf die bestehende Pflicht explizit hingewiesen worden ist, der Bescheid-Adressat gleichwohl gegen diese Pflicht verstößt.

Diese Voraussetzung ist hier erfüllt. Der Kläger ist in den Ermächtigungsbescheiden ausdrücklich auf die bestehende Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung hingewiesen worden. In den Bescheiden hieß es zunächst, dass "die im Beschluss ausgeführten Tätigkeiten persönlich auszuführen" sind. In folgenden und hier maßgebenden Bescheiden ist dieser Hinweis noch einmal konkretisiert worden. Dort heißt es, dass die "ausgesprochene Ermächtigung ausschließlich an die Person des ermächtigten Arztes gebunden" ist. Er ist "verpflichtet, alle ambulanten vertragsärztlichen Leistungen persönlich zu erbringen. Leistungen, die nicht von dem ermächtigten Arzt persönlich ausgeführt worden sind, sind nicht Gegenstand dieser Ermächtigung und können deshalb auch nicht abgerechnet werden." Diese Hinweise sind eindeutig und unmissverständlich. Die Ermächtigung ist ausschließlich an die Person des ermächtigten Arztes gebunden. Ärztliche Leistungen, für die er ermächtigt worden ist, hat der Kläger persönlich zu erbringen. Interpretationsbedürftig sind diese Hinweise nicht. Der Kläger konnte diese Hinweise auch verstehen. Denn er verfügt unzweifelhaft über ein entsprechendes Bildungsniveau. Jedenfalls durfte er wegen der Hinweise in den Ermächtigungen bei zumutbarer Willensanstrengung auch nicht davon ausgehen, dass er durchgängig und systematisch vertragsärztliche Leistungen, für die ausschließlich er persönlich ermächtigt worden ist, an ihm lediglich in seiner Funktion als Chef einer Klinik untergeordnete und nicht von ihm, sondern von dem Krankenhaus entlohnte Krankenhausärzte delegieren darf.

Von einem einmaligen Versehen oder leichter Fahrlässigkeit kann angesichts des systematischen Handelns des Klägers deshalb auch nicht die Rede sein. Der Kläger hat sich im Gegenteil ein System erschaffen, welches ihm erlaubte, seine vertragsärztliche Tätigkeit unter Inanspruchnahme von ihm in dieser vertragsärztlichen Tätigkeit nicht unterstellten stationären ärztlichen Arbeitskräften zu minimieren und seine Verdienste zu maximieren (vgl. zum Begriff des leistungslosen Einkommens: Wenner, Vertragsarztrecht nach der Gesundheitsreform, München 2008, § 17 RdNr. 20).

Soweit der Kläger sein rechtswidriges Verhalten mit Auskünften von Mitarbeitern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung rechtfertigt, kann dahingestellt bleiben, ob und welche (mündlichen) Auskünfte dem Kläger genau gegeben worden sind. Soweit er sich aber darauf beruft, dass ihm insoweit gesagt worden sei, dass es "absolut ungewöhnlich (sei), dass Urlaub/Krankheit der (Beklagten) ausdrücklich mitgeteilt (würden)", kann dies dahingestellt bleiben. Dieser Auskunft kommt im vorliegenden Fall keine Bedeutung zu. Denn wie ausgeführt, ist es für die Beurteilung dieses Falles ausreichend, dass der Kläger entgegen dem Gebot der ausdrücklichen Leistungserbringung ärztliche Leistungen während seiner Anwesenheit an seine ihm nachgeordneten Krankenhaus-Ärzte unzulässig delegiert hat. Der Kläger hat auch keine Unterlage oder eine Aussage zitiert, dass ihm von einem entscheidungsbefugten Vertreter oder einer zur Auskunft befugten Person der Beklagten zugesichert worden ist, dass eine Delegation ärztlicher Leistungen im Rahmen seiner Ermächtigung zulässig ist. Die Rechtslage und auch die zitierten Hinweise, die dem Kläger in den genannten Ermächtigungsbescheiden gegeben worden sind, sind eindeutig.

Soweit sich der Kläger auf eine Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus dem Jahre 1992 beruft, kann hiermit ebenfalls keinen Erfolg haben. Diese Stellungnahme betrifft den Sachverhalt der Übertragung von bestimmten Aufgaben an (nichtärztliche) Hilfskräfte/Praxismitarbeiter unter ständiger Anwesenheit und Kontrolle des Arztes. Ein derartiger Sachverhalt ist hier nicht im Streit.

Soweit der Kläger sich darauf beruft, dass die von ihm praktizierte Verfahrensweise der Verfahrensweise anderer ermächtigter Krankenhaus-Ärzte entspricht, kann der Senat dies ebenfalls dahingestellt sein lassen. Der Kläger kann sich insoweit nicht auf eine Gleichheit im Unrecht berufen.

Der Anspruch der Beklagten ist auch nicht verwirkt. Das Sozialgericht hat hierzu zutreffend ausgeführt, dass weder das Zeit- noch das

Umstandsmoment erfüllt sind. Die Beklagte hat bereits mit Bescheid vom 25. November 1997 die betreffenden Honorarbescheide für die streitbefangenen Quartale aufgehoben und insoweit die Honorare zurückgefordert. Der Kläger durfte also nicht damit rechnen, dass die Beklagte keine Forderung gegen ihn aus dem streitigen Sachverhalt mehr geltend macht. Zumal er zunächst seinen Widerspruch gegen den Bescheid der Beklagten vom 25. November 1997 ohne Begründung erhoben und eine ausführliche Begründung angekündigt hat. Erst mit der Einstellung des staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahrens und dem Anhörungsschreiben des Beklagten vom 4. Juni 2003 hat der Kläger in der Sache weiter vorgetragen.

Soweit der Kläger schließlich vorträgt, dass "die Beklagte zweifelsfrei zu erkennen gegeben habe, dass sie ihre Entscheidung über die Rückforderung vom Ausgang des Strafverfahrens abhängig machen würde", kann er ebenfalls hiermit nicht erfolgreich sein. Rechtsverbindliche Zusicherungen der Beklagten bedürften grundsätzlich der Schriftform ([§ 34 SGB X](#)). Eine entsprechende Urkunde hat der Kläger nicht vorgelegt.

Mit Vorliegen der Voraussetzungen der groben Fahrlässigkeit verliert die Abrechnungs-Sammelerklärung ihre Garantiefunktion mit der Folge, dass das gesamte Quartalshonorar zu Fall kommt (Clemens in jurisPK-SGB V, 2. Auflage 2012, § 106a RdNr. 212). Mithin kann der gesamte Quartalshonorarbescheid aufgehoben werden. Dass die Beklagte dem Kläger Honorare für die erbrachten Leistungen der Schilddrüsensprechstunde belassen hat, kann dahingestellt bleiben. Eine Verböserung des angefochtenen Bescheides zu Lasten des Klägers ist nicht zulässig.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197 a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2016-06-20