

L 5 KA 3990/13 ER-B

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
5
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 20 KA 4737/13 ER
Datum
29.08.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KA 3990/13 ER-B
Datum
15.10.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

Eine Bronchoskopie ist für HNO-Ärzte eine eher fachfremde Leistung, während die Tracheoskopie zu den Kernkompetenzen des HNO-ärztlichen Fachgebiets zählt. Der Bewertungsausschuss überschreitet den ihm eingeräumten weiten Gestaltungsspielraum, wenn er für HNO-Ärzte mit der GNR 09315 eine Gebührensatznummer nur für Bronchoskopien vorsieht (mit dem gleichen Leistungsinhalt und mit gleicher Punktzahl wie für Lungenärzte), er aber die für HNO-Ärzte weit wichtigere und häufigere Tracheoskopie im Bewertungsmaßstab nicht abbildet.

Die Beschwerde der Antragsgegnerin gegen den Beschluss des Sozialgerichts Stuttgart vom 29.08.2013 wird zurückgewiesen. Die Antragsgegnerin trägt die Kosten des Beschwerdeverfahrens. Der Streitwert wird für beide Rechtszüge auf 28.347,22 EUR festgesetzt.

Gründe:

I. Der Antragsteller begehrt vorläufigen Rechtsschutz gegen eine Honorarrückforderung in Höhe von 113.388,88 EUR.

Die streitige Honorarrückforderung für die Quartale 3/2008 bis 2/2012 betrifft Leistungen nach folgenden Gebührennummern (GNR) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztlicher Leistungen (EBM)

GNR 09315 Bronchoskopie

Obligatorer Leistungsinhalt: Bronchoskopie, Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung, in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff, Informationen zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation, Oberflächenanästhesie, Überwachung der Vitalparameter und der Sauerstoffsättigung
Fakultativer Leistungsinhalt: Prämedikation, Probeexzision(en), Probepunktion(en)

Die Gebührenordnungsposition 09315 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02340, 02341, 02343, 02360, 09360 bis 09362 und 13662 berechnungsfähig.

EBM 2000plus: Die Leistung nach der Nr. 09315 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02340, 02341, 02343, 02360, und 09360 bis 09362 berechnungsfähig.

GNR 09331 Zusatzpauschale des Sprechens und der Sprache (EBM 2000plus: Untersuchung des Sprechens und der Sprache)

Obligatorer Leistungsinhalt: Dauer mindestens 15 Minuten, standardisierte Dokumentation, Prüfung(en) der Sprachentwicklung, des aktiven und des passiven Wortschatzes, der Grammatik und Syntax, der Artikulationsleistungen, der prosodischen Faktoren, des Redeflusses, des Sprachverständnisses, der zentralen Verarbeitung
Fakultativer Leistungsinhalt: standardisierte(r) Sprachentwicklungstest(s), Zusatzpauschale(n) Untersuchung der Stimme (EBM 2000plus Leistung(en) nach Nr. 09330)

Die Gebührenordnungsposition 09331 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09332 und 20330 bis 20332 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 09331 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 09330 berechnungsfähig.

GNR 09332 Zusatzpauschale Abklärung einer Aphasie, Dysarthrie und/oder Dysphagie

Obligater Leistungsinhalt: eingehende Untersuchung auf Aphasie und/oder Dysarthrie und/oder Dysphagie, Anwendung standardisierter Verfahren

Die Gebührenordnungsposition 09332 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09330, 09331 und 20330 bis 20332 berechnungsfähig.

EBM2000plus: Die Leistung nach der Nr. 09332 ist nicht neben der Leistung nach den Nrn. 09330 und 09331 berechnungsfähig.

In den Allgemeinen Bestimmungen des EBM ist unter Nr. 2.1.4 vorgesehen, dass die Übermittlung mindestens einer Befundkopie bzw. ein Bericht/Brief an den Hausarzt Abrechnungsvoraussetzung (u.a.) für die GNR 09315 und 09332 ist

Der Antragsteller nimmt als HNO-Arzt an der vertragsärztlichen Versorgung in B. teil, wo er u.a. die Wachkoma-Station des dortigen Pflegeheims betreut. Durch Bescheid vom 18.11.2010 hat die Beklagte ihm als Praxisbesonderheit im Bereich der Bronchoskopie eine individuelle Anhebung des RLV-Fallwerts von 11,42 EUR gewährt.

Mit Schreiben vom 13.06.2012 teilte die Antragsgegnerin dem Antragsteller mit, die Auswertung seines Zeitprofils im Quartal 2/2008 habe Arbeitszeiten von 798 Stunden und 5 Minuten ergeben. Aufgefallen seien teils neben Hausbesuchsleistungen abgerechnete Leistungen nach der GNR 09315 EBM (Bronchoskopie). Zweifelhafte sei, ob der Leistungsinhalt dieser GNR während eines Hausbesuchs erbracht werden könne. Des Weiteren wurde er aufgefordert, für in der Anlage genannte 15 Patienten des Quartals 2/2008 die Patientendokumentation (Karteikarte und /oder Computerausdruck im Original) vorzulegen. Der Antragsteller kam dieser Aufforderung nach.

Unter dem 30.06.2012 trug der Antragsteller hierzu u.a. vor, die beanstandeten Abrechnungen beträfen schwerstkranke, beatmungspflichtige und unter ständiger Monitorkontrolle der Vitalparameter stehende Patienten. Seine Praxispartnerin und er hätten vor der Niederlassung im Krankenhaus gearbeitet. Er sei als Oberarzt einer HNO-Klinik u.a. mit dem Schwerpunkt der fachübergreifenden Koordination und Planung sowohl der Tumor-Therapie bei Karzinomen im Kopf-Hals-Bereich als auch der Nachuntersuchung und Früherkennung befasst gewesen und habe die einschlägigen Untersuchungen dabei tausendfach erbracht. Seine Praxis habe einen Schwerpunkt in der Untersuchung und Behandlung von Schluckstörungen und in der Versorgung von Wachkomapatienten oder - teils beatmeten - Patienten in häuslicher Pflege. Die Praxis sei aus diesem Grund mit mindestens einem Dutzend starrer Winkel-Optiken verschiedener Untersuchungswinkel, mehreren Lupenlaryngoskopen, mehreren flachen Endoskopen, Spezialmikroskopen und 2 Stroboskopen ausgerüstet. Wegen der engen Zusammenarbeit mit der Wachkoma-Station eines Pflegeheimes besitze er auch mehrere transportable Lichtquellen, ein Hand-Stroboskop, ein ambulantes OP-Equipment inklusive transportabler Blutstillung für kleinere Eingriffe und eines transportablen Überwachungsmonitors. Alle Patienten in häuslicher Pflege seien ebenfalls im Besitz eines eigenen Überwachungsmonitors und notwendigerweise auch eines Beatmungsgeräts.

Mit Bescheid vom 12.12.2012 forderte die Antragsgegnerin für die Quartale 3/2008 bis 2/2012 Honorar i. H. v. 113.388,88 EUR zurück. Berichtigt wurde die Abrechnung von Leistungen nach den (eingangs wiedergegebenen) GNR 09331, 09332 und 09315 EBM. Zur Begründung führte die Antragsgegnerin aus, man habe eine Plausibilitätsprüfung nach Maßgabe der einschlägigen Verfahrensordnung durchgeführt, weil der Antragsteller in den Quartalen 2/2008 bis 4/2008 Gesamtarbeitszeiten von 798:05 Stunden bzw. 668:45 und 635:47 Stunden aufgewiesen habe (Aufgreifkriterium u.a. Quartalsarbeitszeit über 780 Stunden). Die Leistung nach GNR 09332 EBM (Abklärung Dysphagie bzw. Schluckstörung) habe der Antragsteller in einigen Behandlungsfällen bei jedem Kontakt angesetzt. Das sei weder aufgrund der vorliegenden Dokumentation noch aufgrund der Leistungslegende der GNR nachvollziehbar. Aus der Leistungslegende gehe zwar nicht hervor, dass die Leistung nur einmal im Behandlungsfall abrechnungsfähig sei, jedoch habe der Antragsteller diese Leistung stets zusätzlich zu der in der Regel durchgeführten Bronchoskopie abgerechnet und damit offenbar versucht, eine im EBM so nicht vorgesehene Schluckdiagnostik in ein der Praxis angemessenes Abrechnungsschema einzuordnen. Die Abklärung von Schluckstörungen mittels standardisierter Verfahren sei nur dann abrechnungsfähig, wenn eine primäre Abklärung erfolge oder eine Kontrolle in angemessenen Zeitabständen notwendig sei. Hinsichtlich der Bronchoskopie (Ansatz im Quartal 2/2008 um 1.917% über der Prüfgruppe) gehe aus der GNR 09315 EBM anders als bei der Koloskopie (GNR 01741 bzw. GNR 13421 EBM) nicht eindeutig hervor, wie weit diese durchgeführt werden müsse. Wegen der Belastung der Patienten durch diese Untersuchung müsse die Indikationsstellung aber angemessen sein. In keiner der Dokumentationen finde sich der Hinweis, dass die Endoskopie eines Bronchus, nicht einmal des Hauptbronchus, erfolgt sei. Die Untersuchung ende stets mit der Beurteilung der Aufzweigung der Luftröhre in die beiden Hauptbronchien. Ein Vordringen in den Bronchialbereich habe nicht stattgefunden. Damit habe es sich nach Auffassung des Fachgutachters nicht um eine Bronchoskopie, sondern lediglich um eine Tracheoskopie, also eine Spiegelung der Luftröhre, gehandelt. Außerdem seien die Abrechnungsvoraussetzungen nach Nr. 2.1.4 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM (Briefe oder Befundkopien für den Hausarzt) meist nicht erfüllt. Auch der Mehrfachansatz pro Behandlungsfall der GNR 09331 (Zusatzpauschale des Sprechens und der Sprache) sei nicht plausibel. Der Leistungsinhalt dieser GNR, der einen Untersuchungszeitraum von 15 Minuten erfordere, sei aufgrund der in allen vorliegenden Fällen ausschließlich durchgeführten Tracheoskopie bis zur Bifurkation sowie des Fehlens der Befundkopien an den Hausarzt nicht erfüllt. Der Plausibilitätsausschuss erwarte trotz der schwer- und schwerstkranken Patientenschaft des Antragstellers eine deutliche Reduktion der Abrechnungshäufigkeit und insbesondere die Indikation zur Bronchoskopie ausschließlich dann, wenn vermutete oder zu kontrollierende bronchiale und nicht ausschließlich tracheale Prozesse dies erforderten. Der Leistungsinhalt sei bei der GNR 09315 EBM in 100% der Fälle sowie bei mehr als einmal im Behandlungsfall abgerechneten GNR 09331 EBM und 09332 EBM nicht erfüllt worden. Deshalb habe man die Honorarbescheide für die Quartale 3/2008 bis 2/2012 aufgehoben und das Honorar des Antragstellers neu festgesetzt. Gründe, hiervon abzusehen, seien nicht erkennbar. Das fehlerhafte Abrechnungsverhalten des Antragstellers sei auch für die Folgequartale anzunehmen. Deswegen würden auch die Abrechnungen der Quartale 1/2009 bis 2/2012 sachlich-rechnerisch berichtigt. Wegen insoweit noch nicht bestehenden Vertrauensschutzes würden die Honorarbescheide für die Quartale 3/2008 bis 2/2012 aufgehoben und das Honorar für diese Quartale neu festgesetzt. Die Garantiefunktion der Abrechnungssammlerklärung sei entfallen. Die Umsetzung der Berichtigungen und die Berichtigungssummen erfolgten im Rahmen von maschinellen Korrekturläufen der genannten Honorarabrechnungen zum nächstmöglichen Quartal. Eine patientenbezogene Auswertung der durchgeführten Korrekturen in den Quartalen 3/2008 bis 2/2012 liege dem Bescheid bei.

Zur Begründung des dagegen eingelegten Widerspruchs trug der Antragsteller vor, die Antragsgegnerin habe die Ergebnisse der geprüften Quartale 2/2008 bis 4/2008 ungeprüft auf die Quartale 1/2009 bis 2/2012 übertragen. Es gebe keinen Erfahrungssatz, wonach sich fehlerhafte Abrechnungen in Folgequartalen fortsetzten. Außerdem sei der Sache nach wegen zu häufiger Leistungsansätze eine verdeckte Wirtschaftlichkeitsprüfung durchgeführt worden, wofür die Antragsgegnerin nicht zuständig sei. Das Aufgreifkriterium für Plausibilitätsprüfungen (Arbeitszeit über 780 Stunden im Quartal) sei in keinem Quartal erfüllt gewesen. Die Berechnung der Honorarforderung sei nicht nachvollziehbar. Hinsichtlich der Leistung nach GNR 09332 EBM (Zusatzpauschale Abklärung einer Aphasie, Dysarthrie und/oder Dysphagie) sei die Häufigkeit der Leistungserbringung nicht beschränkt. Die Leistung dürfe auch nicht nur als Erstdiagnostik erbracht werden. Bei den schwerstkranken, teils beatmeten (Wachkoma-)Patienten beurteile er durch regelmäßige Abklärungen die Progredienz der Dysphagie, um rechtzeitig ein Ersticken des Patienten verhindern zu können. Hinsichtlich der Kürzung von Leistungen nach GNR 09331 EBM (Zusatzpauschale Untersuchung des Sprechens und der Sprache) seien die Patienten, bei denen die Leistung erbracht bzw. gekürzt worden sei, nicht angegeben. Bei Bronchoskopien nach GNR 09315 EBM sei die Leistung bereits erbracht, wenn nur Teile der Bronchien eingesehen würden; eine vollständige Untersuchung der Bronchien sei nicht notwendig. Er habe in jedem Fall die Hauptäste durch das Endoskop eingesehen. Wie weit das Endoskop in den zu untersuchenden Bereich vorgetrieben werden müsse, sei im EBM nicht festgelegt. Befundmittellungen an den Hausarzt erfolgten routinemäßig und würden nur dokumentiert, wenn der Patient dies ablehne oder Besonderheiten vorlägen.

Mit Bescheid vom 19.12.2012 hob die Antragsgegnerin den Bescheid vom 18.11.2010 über die Anhebung des Fallwerts des Antragstellers wegen Praxisbesonderheiten im Bereich der Bronchoskopie sowie die Honorarbescheide für die Quartale 3/2010 bis 2/2012 auf; das Honorar für diese Quartale werde mit dem Honorarbescheid für das Quartal 4/2012 neu festgesetzt. Die Aufhebung habe zur Folge, dass die Honorarberechnung nicht mehr zutreffend sei; diese sei deswegen zu berichtigen gewesen. Der Antragsteller legte auch gegen diesen Bescheid Widerspruch ein; über den Widerspruch ist ersichtlich noch nicht entschieden.

Mit Widerspruchsbescheid vom 27.05.2013 wies die Antragsgegnerin den Widerspruch des Antragstellers gegen den Honorarkürzungsbescheid vom 12.12.2012 zurück. Zur Begründung führte sie ergänzend zur Begründung des Ausgangsbescheids i. W. aus, hinsichtlich der Leistung nach GNR 09332 (Abklärung Dysphagie) sei nicht nachvollziehbar, weshalb der Antragsteller diese GNR stets zusätzlich zu in der Regel durchgeführten Bronchoskopien im Rahmen der endoskopischen Schluckdiagnostik abgerechnet habe. Der Mehrfachansatz pro Behandlungsfall der GNR 09331 EBM sei nicht plausibel und hinsichtlich der Bronchoskopien (GNR 09315 EBM) gehe aus der Dokumentation nicht hervor, dass die Endoskopie eines (Haupt-)Bronchus erfolgt sei. Man habe auch nur in 5 von 20 geprüften Fällen Arztbriefe an überweisende Hausärzte gefunden. Die Korrektur von Folgequartalen könne der Plausibilitätsausschuss im Rahmen seines umfassenden und gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbaren Schätzungsermessens beschließen.

Mit Bescheid vom 11.06.2013 hat die Antragsgegnerin dem Antragsteller auf dessen Antrag erlaubt, den Rückforderungsbetrag (113.388,88 EUR) in 4 Raten (3mal 28.400,00 EUR, Schlussrate 28.188,88 EUR) zum 20.06.2013, 20.09.2013, 20.12.2013 und 20.03.2013 zu zahlen. Mit Bescheid vom 27.06.2013 setze die Antragsgegnerin den Beginn der Ratenzahlung auf Antrag des Antragstellers auf das Quartal 2/2013 (Verschiebung um ein Quartal) fest (Zahlungseingang der ersten Rate bis 20.09.2013).

Am 18.06.2013 hat der Antragsteller Klage beim Sozialgericht Stuttgart erhoben, über die noch nicht entschieden ist (Verfahren [S 20 KA 3371/13](#)). Gleichzeitig suchte er um vorläufigen Rechtsschutz nach.

Der Antragsteller trug vor, die Antragsgegnerin sei für die Honorarkürzung nicht zuständig, da eine (in der Zuständigkeit der Prüfungsgremien der gemeinsamen Selbstverwaltung liegende) verdeckte Wirtschaftlichkeitsprüfung und keine sachlich-rechnerische Honorarberichtigung vorgenommen worden sei. Die Antragsgegnerin habe in den angefochtenen Bescheiden nämlich mehrfach nicht plausibel erscheinende - und damit der Sache nach unwirtschaftliche - Leistungsmengen beanstandet. Außerdem sei der Sachverhalt nicht ausreichend ermittelt und die Nichterfüllung des Leistungsinhalts der in Rede stehenden GNR weitgehend nur behauptet worden. Die Antragsgegnerin habe lediglich Behandlungsunterlagen des Quartals 2/2008 geprüft und das Honorar ab dem Quartal 2/2008 ohne weitere Prüfung und ohne Anforderung einschlägiger Behandlungsunterlagen gekürzt. Auf ihr Schätzungsermessen könne sie sich hierfür nicht berufen. Nach der Rechtsprechung des BSG (Urt. v. 17.09.1997, - [6 RKA 26/95](#) - : Unrichtigkeit der Abrechnungssammelerklärung) hätte sie ihm vielmehr grob fahrlässige Falschabrechnungen nachweisen müssen; der Vorwurf unplausibler Abrechnung einzelner GNR genüge nicht. Schließlich habe die Antragsgegnerin auch nicht dargelegt, dass der Leistungsinhalt der GNR 09331, 09332 und 09315 EBM (tatsächlich) nicht vollständig erbracht worden sei, sondern nur die Häufigkeit der Abrechnung gerügt. Die Leistung nach GNR 09332 EBM (Abklärung Aphasie, Dysarthrie bzw. Dysphagie) habe er bei zahlreichen Wachkomapatienten in Heimen und bei teils beatmeten Patienten in häuslicher Pflege erbracht. Bei diesen Patienten müssten Schluckstörungen zusätzlich zu ggf. erforderlichen Absaugungen regelmäßig abgeklärt werden, um ein (schlimmstenfalls drohendes) Ersticken verhindern zu können. Die Häufigkeit der Leistungserbringung sei keine Frage der Erfüllung der Leistungslegende, sondern der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise. Auch der Leistungsinhalt der GNR 09331 und 09315 EBM sei vollständig erbracht worden. Hinsichtlich der Bronchoskopie (GNR 09315 EBM) führe die Leitlinie Tracheo-Bronchoskopie aus, unter Tracheo-Bronchoskopie verstehe man die direkte Betrachtung der Luftröhre und des Bronchialbaums durch das Endoskop zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken. Er habe jeweils die Hauptbronchien direkt durch das Endoskop in Augenschein genommen. Weitergehende Untersuchungen verlange die Leistungslegende der GNR 09315 EBM - nach dem hierfür allein maßgeblichen Wortlaut - nicht. Schließlich habe er auch die in den Allgemeinen Bestimmungen des EBM unter Nr.2.1.4 geforderten Arztbriefe erstellt. Die Antragsgegnerin habe von ihm nur Patientendokumentationen, jedoch keine Arztbriefe angefordert. Er habe Arztbriefe an alle überweisenden Ärzte versandt. Wegen einer Richtgrößenprüfung stünden derzeit zusätzliche Verrechnungen i. H. v. 36.000,00 EUR an. Diese kämen zu den ihm von der Antragsgegnerin für die hier streitige Honorarrückzahlung eingeräumten Raten hinzu, so dass er im Quartal (Rück-)Zahlungsverpflichtungen von 64.000,00 EUR erfüllen müsste. Das Gesamthonorar im Quartal 4/2012 habe 125.025,02 EUR betragen, womit sein Quartalshonorar durch die Verrechnungen praktisch halbiert würde. Das treffe ihn unverhältnismäßig hart und bedrohe die Existenz seiner hochspezialisierten Praxis.

Die Antragsgegnerin trug vor, sie habe eine verdeckte Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht durchgeführt. Hinsichtlich der GNR 09315 EBM (Bronchoskopie) habe sie darauf abgestellt, dass die Leistungslegende nicht erfüllt sei und hinsichtlich der GNR 09332 EBM (Abklärung u.a. von Dysphagie) ein offensichtliches Fehlverständnis des Antragstellers vom Inhalt der Leistungslegende vorliege; der Antragsteller habe eine "Abklärung" i. S. dieser GNR nicht vorgenommen. Dies habe sie mit dem Hinweis auf die Abrechnungshäufigkeit nur untermauert. In der Sache sei die GNR 09332 EBM nur bei einer primären Abklärung oder bei einer wegen Verschlechterung der klinischen Symptomatik

notwendigen erneuten Abklärung, aber nicht standardisiert bei Bronchoskopien im Rahmen der endoskopischen Schluckdiagnostik abrechenbar; eine "Abklärung" i. S. der Leistungslegende der genannten GNR liege dann nicht vor. Sie habe im Quartal 2/2008 in 26 Fällen den Mehrfachansatz dieser GNR korrigiert. Nur in 13 Fällen seien Patienten mit einem Tracheostoma versorgt worden und hätten an einem apallischen Syndrom gelitten. Auch Bronchoskopien (GNR 09315 EBM) habe der Antragsteller nicht erbracht, da die Untersuchung nach den vorliegenden Dokumentationen stets mit der Beurteilung der Aufzweigung der Luftröhre in die beiden Hauptbronchien geendet habe. Ein Vordringen des Endoskops in den Bronchialbereich habe nicht stattgefunden. Außerdem fehle es insoweit an den Abrechnungsvoraussetzungen nach Nr. 2.1.4 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM (Arztbriefe). Man habe auch die Folgequartale 1/2009 bis 2/2012 in das Plausibilitätsprüfungsverfahren einbeziehen dürfen. Das fehlerhafte Abrechnungsverhalten des Antragstellers habe sich nach Prüfung der Abrechnungsunterlagen als identisch herausgestellt. Deshalb habe sie davon ausgehen dürfen, dass auch in den Folgequartalen vergleichbare Falschabrechnungen wie in den geprüften Quartalen stattgefunden hätten (vgl. LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 16.09.2008, - [L 5 KA 101/08 ER-B](#) -). Die Abrechnungen müssten daher jedenfalls als grob fahrlässig falsch eingestuft werden, weswegen die Garantiewirkung der Abrechnungssammelerklärungen entfallen sei. Sie habe ihr Schätzungsermessen insgesamt rechtsfehlerfrei ausgeübt. Im Übrigen werde der Antragsteller durch den Sofortvollzug der Honorarrückforderung nicht unzumutbar belastet. Die letzte Rate aus dem Richtgrößenregress i. H. v. 35.739,28 EUR sei mit der Quartalsabrechnung 1/2013 verrechnet worden und daher vollständig getilgt. Die hier streitigen Rückforderungsraten begännen im Interesse des Antragstellers erst im September 2013. Eine Rate von 28.400 EUR entspreche 23 % des Quartalshonorarumsatzes des Antragstellers von 125.025,02 EUR. Damit wären selbst den durchschnittlichen Praxiskostenanteil der HNO-Ärzte von 51 % übersteigende Praxiskosten deutlich gedeckt. Nach der Senatsrechtsprechung (vgl. Beschl. v. 30.08.2005, - [L 5 KA 2865/05 ER-B](#) -) genüge es, wenn generalisierend die anteiligen Betriebskosten ausbezahlt würden.

Mit Beschluss vom 29.08.2013 ordnete das Sozialgericht die aufschiebende Wirkung der Klage des Antragstellers gegen den Rückforderungsbescheid vom 12.12.2012 (in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 27.05.2013) sowie die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs des Antragstellers gegen den Bescheid der Antragsgegnerin vom 19.12.2012 an. Zur Begründung wurde ausgeführt, es bestünden ernstliche Zweifel an der Rechtmäßigkeit des Rückforderungsbescheids vom 12.12.2012. Die sachlich-rechnerische Berichtigung von Honoraranforderungen setze voraus, dass für jedes Quartal des Rückforderungszeitraums zumindest eine unrichtige Abrechnung in der Abrechnungssammelerklärung nachgewiesen werde. Nur tatsächlich aufgedeckte Abrechnungsfehler berechtigten die Antragsgegnerin zur Berichtigung des Honorarbescheids und bewirkten die Umkehr der Beweislast zu Lasten des Arztes (LSG Berlin-Brandenburg, Ur. v. 10.10.2007, - [L 7 KA 56/03](#) -; LSG Baden-Württemberg, Ur. v. 13.11.2002, - [L 5 KA 4454/00](#) -). Der Nachweise setze voraus, dass die Antragsgegnerin die von ihr ermittelte fehlerhafte Abrechnung nach Leistungsart und GNR bezeichne und zusammen mit den ggf. erforderlichen Beweismitteln und Tatsachen, aus denen sich ein Verschulden des Arztes ergebe, in den Honorarberichtigungsbescheid aufnehme. Dem würden die angefochtenen Bescheide nicht gerecht. Ausreichende Tatsachen und Beweismittel für Falschabrechnungen in den Quartalen 3/2008 bis 2/2012 gingen daraus nicht hervor. Die Antragsgegnerin habe nur 15 Patientendokumentationen des Quartals 2/2008 herangezogen und ausgewertet. Für die (streitigen) Quartale ab dem Quartal 3/2008 seien demgegenüber keine Behandlungsfälle aufgeführt, bei denen es zu Falschabrechnungen gekommen sein solle. Die Antragsgegnerin habe vielmehr aus dem fehlerhaften Abrechnungsverhalten des Antragstellers im geprüften Quartal 2/2008 auf ein gleichartiges Abrechnungsverhalten in den Folgequartalen (bis 2/2012) geschlossen. Wegen der weitreichenden Wirkung der Unrichtigkeit der Abrechnungssammelerklärung und im Hinblick auf eine angemessene Risikoverteilung zwischen Arzt und Kassenärztlicher Vereinigung sowie die Verteilung der materiellen Beweislast erscheine es zwingend notwendig, die sofortige Vollziehbarkeit von Honorarberichtigungen auf solche Fälle zu beschränken, in denen an Hand der Ermittlungen der Kassenärztlichen Vereinigung ohne Weiteres erkennbar auf grob fahrlässige Abrechnungsfehler des Arztes geschlossen werden könne. Die sofortige Vollziehung von Honorarrückforderungen setze daher voraus, dass sich aus der Begründung des Rückforderungsbescheids für jedes betroffene Quartal der Nachweis zumindest einer unrichtigen Abrechnung ergebe. Andernfalls könnte der Arzt auch effektiven Rechtsschutz vor Durchführung des Hauptsacheverfahrens nicht erlangen, weil jeder Ansatzpunkt für eine Rechtsverteidigung fehlen würde; ggf. müssten die Sozialgerichte Ermittlungen "ins Blaue hinein" anstellen und ohne brauchbare Anhaltspunkte nach Abrechnungsfehlern suchen. Honorarberichtigungen auf den bloßen Verdacht der Falschabrechnung hin seien daher nicht zulässig (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 25.03.2011, - [L 7 KA 13/11 B](#) -; auch LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 28.01.2013, - [L 3 KA 34/12 B ER](#) -). Aus dem Beschluss des LSG Baden-Württemberg vom 16.09.2009 (- [L 5 KA 101/08 ER-B](#) -) folge nichts anderes. In dem dieser Entscheidung zugrunde liegenden Verfahren sei wegen besonderer Umstände - vorsätzliche Falschabrechnung und Verurteilung des Arztes wegen Abrechnungsbetrugs - ausnahmsweise auf den Nachweis zumindest eines Abrechnungsfehlers pro Rückforderungsquartal verzichtet worden. Vergleichbar schwerwiegende Abrechnungsverstöße lägen hier nicht vor.

Schließlich sei auch die Befugnis der Antragsgegnerin zur Berichtigung der Abrechnung von Leistungen nach GNR 09332 und 09315 EBM zweifelhaft. Die Antragsgegnerin habe insoweit angeführt, es sei nicht nachvollziehbar, weshalb der Antragsteller die GNR 09332 EBM stets zusätzlich zur GNR 09315 EBM (Bronchoskopie) abgerechnet habe. Sie unterstelle damit, der Antragsteller habe die Leistung ohne erforderliche Indikation erbracht. Eine über das medizinisch Ausreichende, Zweckmäßige und Notwendige hinausgehende - und damit unwirtschaftliche - Behandlung führe aber nur dann zu einer unrichtigen Abrechnung, wenn die Leistung keinerlei Nutzen gehabt habe; andernfalls komme eine Honorarkürzung nur im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung, wofür die Antragsgegnerin nicht zuständig sei, in Betracht. Eine erkennbare Nutzlosigkeit der in Rede stehenden Leistung sei aber in den angefochtenen Bescheiden nicht dargetan (vgl. auch LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 28.01.2013, - [L 3 KA 34/12 B ER](#) -). Im Hinblick auf die GNR 09315 EBM sei nicht ersichtlich, dass eine vollständig erbrachte Bronchoskopie, sofern eine direkte Betrachtung der Luftröhre und des Bronchialbaums erfolgt sei, zusätzlich die endoskopische Untersuchung eines Bronchus voraussetze.

Auf den ihr am 05.09.2013 zugestellten Beschluss hat die Antragsgegnerin am 12.09.2013 Beschwerde eingelegt. Zur Begründung trägt sie ergänzend zu der Begründung der angefochtenen Bescheide und zum Vorbringen im sozialgerichtlichen Verfahren vor, es werde daran festgehalten, dass der Antragsteller keine Bronchoskopien, sondern nur Tracheoskopien erbracht habe, da sich in keiner Dokumentation der Hinweis auf die Endoskopie eines Bronchus finde und die Untersuchung stets mit der Beurteilung der Aufzweigung der Luftröhre in die beiden Hauptbronchien ende; ein Vordringen des Endoskops in den Bronchialbereich habe nicht stattgefunden. Die (zusätzliche) endoskopische Untersuchung eines Bronchus selbst unterscheide die Bronchoskopie gerade von der im EBM nicht isoliert abgebildeten Tracheoskopie, auch unter Zugrundelegung der vom Antragsteller angeführten Definition in den einschlägigen Leitlinien. Danach werde unter der Tracheo-Bronchoskopie die direkte Betrachtung der Luftröhre und des Bronchialbaums durch ein Endoskop verstanden Mit der (bloßen) Sicht auf die Bifurkation werde der Leistungsinhalt einer Bronchoskopie nicht erfüllt. Direkte Betrachtung bedeute nämlich medizinisch unzweifelhaft ein "Hineingehen" (mit dem Endoskop) in den Bronchialbaum und nicht nur ein "Hineingehen" bis zum Ende der

Luftröhre nur mit Sicht auf die Aufgabelung. Auch die nach Nr. 2.1.4 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM notwendigen Arztbriefe seien nicht erstellt worden; es bestehe (sogar) der Verdacht, dass der Antragsteller die vorliegenden 5 Briefe nachträglich angefertigt habe. Jedenfalls hätten sie in den angeforderten Dokumentationen gefehlt. Hinsichtlich der GNR 09332 EBM habe der Antragsteller eine "Abklärung" i. S. dieser GNR nicht vorgenommen; man habe diesen sachlichen Abrechnungsfehler mit dem Hinweis auf die Abrechnungshäufigkeit nur untermauert. Die genannte GNR sei nur bei einer primären "Abklärung" oder als erneute "Abklärung" bei einer Verschlechterung der klinischen Symptomatik und nicht routinemäßig bei jeder Bronchoskopie im Rahmen der endoskopischen Schluckdiagnostik abrechenbar. Man habe die Abrechnung der GNR 09332 EBM im Quartal 3/2008 in 26 Fällen beanstandet; nur in 13 Fällen habe es sich um Patienten mit einem Tracheostoma bzw. einem apallischen Syndrom gehandelt.

Hinsichtlich der Quartale ab dem Quartal 3/2008 sei ein fehlerhaftes Abrechnungsverhalten des Antragstellers nicht nur vage vermutet, sondern festgestellt worden. Der Plausibilitätsausschuss habe die betreffenden Abrechnungsunterlagen geprüft und festgestellt, dass der Antragsteller sein Abrechnungsverhalten praktisch identisch fortgesetzt habe. Deshalb könne ihre Honorarschätzung insoweit nicht beanstandet werden (vgl. auch LSG Bade-Württemberg, Beschl. v. 16.09.2008, - [L 5 KA 101/08 ER-B](#) -). Hinsichtlich der GNR 09315 EBM (Bronchoskopie) sei dies wegen der fehlerhaften Auslegung dieser GNR durch den Antragsteller offensichtlich, nachdem dieser die GNR stets bei (bloßen) Tracheoskopien abgerechnet habe. Entsprechendes gelte für das Abrechnungsverhalten hinsichtlich der GNR 09332 EBM in Bezug auf eine standardisierte endoskopische Schluckdiagnostik des Antragstellers. Eine (beigefügte) Übersicht über die Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit der GNR 09315 und 09332 EBM bestätige das. Davon abgesehen wäre der Nachweis zumindest einer grob fahrlässigen Falschabrechnung in jedem Rückforderungsquartal erbracht; insoweit werde auf die ergangenen Berichtigungsbescheide für die Quartale 2/2008 bis 2/2012 verwiesen. Danach habe der Antragsteller in allen Quartalen immer wieder Leistungen nach GNR 31012, 31010, 31013 und 31011 EBM erbracht, obwohl diese in der Präambel seiner Arztgruppe nicht aufgeführt seien bzw. die entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen nicht vorlägen. Obwohl bereits für das Quartal 2/2008 berichtet, würden dieselben Leistungen weiterhin stets und in erheblichem Umfang falsch abgerechnet. Am Vorliegen wenigstens einer grob fahrlässig falschen Honorarabrechnung pro Rückforderungsquartal könne daher nicht gezweifelt werden. Die Garantiewirkung der Abrechnungssammelerklärungen sei damit jeweils entfallen und sie habe das Honorar des Antragstellers im Rahmen ihres weiten Schätzungsermessens neu festsetzen dürfen. Das sei ermessensfehlerfrei geschehen. Wegen des Wegfalls der Garantiewirkung der Abrechnungssammelerklärungen müsse die fehlerhafte Leistungserbringung nicht in jedem einzelnen Fall dargetan werden. Nach einer (weiteren beigefügten) Aufstellung entfalle der Großteil (über 94 %) des Rückforderungsbetrages von 113.388,88 EUR auf die unzweifelhaft nicht erbrachte Bronchoskopie. Schließlich bewirke die sofortige Vollziehung des Rückforderungsbescheids - wie bereits im sozialgerichtlichen Verfahren dargelegt - keine unbillige Härte für den Antragsteller.

Die Antragsgegnerin beantragt,

den Beschluss des Sozialgerichts Stuttgart vom 29.08.2013 aufzuheben und den Antrag des Antragstellers auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der gegen den Rückforderungsbescheid vom 12.12.2012 (Widerspruchsbescheid vom 27.05.2013) erhobenen Klage und des gegen den Bescheid vom 19.05.2012 eingelegten Widerspruchs zurückzuweisen.

Der Antragsteller beantragt,

die Beschwerde zurückzuweisen.

Er verteidigt den angefochtenen Beschluss und wiederholt und bekräftigt sein bisheriges Vorbringen. Ergänzend trägt er vor, die GNR 09315 EBM verlange kein Vordringen des Endoskops in den Bronchialbaum. Er habe Arztbriefe nicht im Nachhinein erstellt. Im Übrigen habe die Antragsgegnerin der Sache nach eine Wirtschaftlichkeitsprüfung durchgeführt, wofür sie nicht zuständig sei. In der Rechtsprechung sei anerkannt, dass Falschabrechnungen für jedes Quartal nachgewiesen werden müssten (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 28.01.2013, - [L 3 KA 34/12 B ER](#) -; LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 25.03.2011, - [L 7 KA 13/11 B ER](#) -).

Die Antragsgegnerin hat an den Antragsteller ergangene Berichtigungsbescheide für die Quartale 2/2008 bis 2/2012 und Übersichten zur Entwicklung der Ansätze der GNR 09315 und 09332 EBM und zu den vorgenommenen Honorarkürzungen (wie folgt) vorgelegt.

Übersicht Abrechnungen Quartal Ansätze GNR 09315 Abweichung in%	Ansätze GNR 09332 Abweichung in %
3/2008 111 1.489,47 138	1.015,84 4/2008 130 1.992,16 137 932,11 1/2009 165 2.715,00 123 855,45 2/2009 119 2.202,27 130 814,05 3/2009 157 2.544,00 179
1.096,03 4/2009 217 2.450,00 201 1.089,76 1/2010 206 2.469,49 187 1.235,92 2/2010 240 2.594,20 228 1.371,67 3/2010 191 2.356,45	
176 1.188,07 4/2010 251 2.767,65 205 1.509,09 1/2011 265 3.110,71 194 1.256,70 2/2011 225 2.400,00 230 1.238,10 3/2011 250	
2.672,60 243 1.425,58 4/2011 254 2.837,50 176 1.033,04 1/2012 305 2.633,33 204 1.512,94 2/2012 221 2.433,33 197 1.468,42	

Übersicht Kürzungen Quartal GNR Anzahl Fälle Wert EUR Summe EUR
3/2008 09315 113 70 59,70 6.746,10 09332 31 26 19,54 605,74
09331 3 3 17,62 52,86

Quartal GNR Anzahl Fälle Wert EUR Summe EUR	4/2008 09315 137 79 65,72 9.003,64 09332 36 24 21,51 774,36 09331 4 3 19,4 77,60
---	--

Quartal GNR Anzahl Fälle Wert EUR Summe EUR	1/2009 09315 174 97 97,83 17.022,42 09332 31 24 16,85 522,35 09331 4 4 15,19 60,76
---	--

Quartal GNR Anzahl Fälle Wert EUR Summe EUR	2/2009 09315 123 76 97,83 12.033,09 09332 33 31 15,01 495,33 09331 6 5 13,54 81,24
---	--

Quartal GNR Anzahl Fälle Wert EUR Summe EUR	3/2009 09315 161 99 97,83 15.750,63 09332 60 40 16,59 995,40 09331 8 7 14,96 119,68
---	---

Quartal GNR Anzahl Fälle Wert EUR Summe EUR	4/2009 09315 219 137 80,07 17.535,23 09332 58 40 13,94 808,52 09331 7 7 12,57 87,99
---	---

Quartal GNR Anzahl Fälle Wert EUR Summe EUR	1/2010 09315 209 138 97,96 20.473,64 09332 48 29 29,00 1.392,00 09331 6 6 6,00 36,00
---	--

Quartal GNR Anzahl Fälle Wert EUR Summe EUR	2/2010 09315 244 161 70,17 17.121,48 09332 45 37 13,75 618,75 09331 14 13 12,40
---	---

173,60

Quartal GNR Anzahl Fälle Wert EUR Summe EUR 3/2010 09315 204 157 58,31 11.895,24 09332 30 28 19,10 573,00 09331 6 6 17,21 103,26

Quartal GNR Anzahl Fälle Wert EUR Summe EUR 4/2010 09315 255 179 49,91 12.727,05 09332 52 40 16,34 849,68 09331 4 4 14,73 58,92

Quartal GNR Anzahl Fälle Wert EUR Summe EUR 1/2011 09315 276 203 49,97 13.791,72 09332 48 41 16,36 785,28 09331 7 4 14,75 103,25

Quartal GNR Anzahl Fälle Wert EUR Summe EUR 2/2011 09315 231 173 54,76 12.649,56 09332 62 40 17,93 1.111,66 09331 11 9 16,16 177,76

Quartal GNR Anzahl Fälle Wert EUR Summe EUR 3/2011 09315 253 180 48,02 12.149,06 09332 57 42 15,72 896,04 09331 5 4 14,17 70,85

Quartal GNR Anzahl Fälle Wert EUR Summe EUR 4/2011 09315 265 202 51,48 13.642,20 09332 32 28 16,85 539,20 09331 4 4 15,19 60,76

Quartal GNR Anzahl Fälle Wert EUR Summe EUR 1/2012 09315 307 230 44,04 13.520,28 09332 47 35 14,42 677,74 09331 4 3 13,00 52,00

Quartal GNR Anzahl Fälle Wert EUR Summe EUR 2/2012 09315 224 185 48,34 10.828,16 09332 35 26 15,83 554,05 09331 2 2 14,27 28,54

Gesamtkorrektursumme 230.433,77 EUR

Gesamtkorrektur GNR 09315 216.889,60 EUR Gesamtkorrektur GNR 09332 12.199,10 EUR Gesamtkorrektur GNR 09331 1.345,07 EUR

Der Senat hat am 15.10.2014 eine mündliche Verhandlung durchgeführt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Antragsgegnerin, des Sozialgerichts und des Senats Bezug genommen.

II. Die Beschwerde der Antragsgegnerin ist gem. [§§ 172 ff. Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) statthaft, insbesondere nicht gem. [§ 172 Abs. 3 Nr. 1 SGG](#) ausgeschlossen, und auch sonst zulässig. Sie ist jedoch nicht begründet. Das Sozialgericht hat dem vorläufigen Rechtsschutzantrag des Antragstellers im Ergebnis zu Recht stattgegeben.

1.) Vorläufiger Rechtsschutz ist hier gem. [§ 86b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG](#) statthaft. Nach dieser Vorschrift kann das Gericht der Hauptsache in den Fällen, in denen Widerspruch oder Anfechtungsklage keine aufschiebende Wirkung haben, die aufschiebende Wirkung ganz oder teilweise anordnen.

Gem. [§ 86a Abs. 2 Nr. 4 SGG](#) i. V. m. [§ 85 Abs. 4 Satz 6 SGB V](#) haben Widerspruch und Klage gegen die vertragsärztliche Honorarfestsetzung sowie ihre Änderung oder Aufhebung keine aufschiebende Wirkung. Im Interesse der finanziellen Funktionsfähigkeit des Systems der vertragsärztlichen Versorgung sollen alle Verwaltungsakte der Kassenärztlichen Vereinigung, die die Festsetzung des Vertragsarzthonorars regeln, sofort vollziehbar sein. "Honorarfestsetzung" i. S. d. [§ 86 Abs. 4 Satz 6 SGB V](#) ist damit nicht nur die im Honorarbescheid als Ergebnis der auf unterschiedlichen Faktoren beruhenden Honorarberechnung getroffene Festsetzung des (konkreten) Betrags der dem Vertragsarzt für ein Abrechnungsquartal zu zahlenden Vergütung. Auch Verwaltungsakte, die einzelne Faktoren der Honorarberechnung gesondert festlegen, sind als "Honorarfestsetzung" i. S. d. [§ 85 Abs. 4 Satz 6 SGB V](#) einzustufen. Das gilt etwa für Verwaltungsakte über die Festsetzung der als Individualbudget abrechenbaren Punktmenge (LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 6.02.2008, - [L 7 B 170/07 KA ER](#) -) oder für Verwaltungsakte über die Gewährung von Aufschlägen auf Fallpunktzahlen oder die Anhebung von Fallwerten. Verwaltungsakte, die solche Regelungen aufheben, stellen Änderungen der Honorarfestsetzung i. S. d. [§ 85 Abs. 4 Satz 6 SGB V](#) dar. Deswegen hat weder die Klage des Antragstellers gegen die nach sachlich-rechnerischer Honorarberichtigung verfügte Honorarrückforderung noch sein Widerspruch gegen die Aufhebung des Bescheids vom 18.11.2010 über die Anhebung des Fallwerts wegen Praxisbesonderheiten aufschiebende Wirkung.

Die gerichtliche Anordnung der aufschiebenden Wirkung setzt in der Sache voraus, dass das Aufschubinteresse des Betroffenen (Klägers bzw. Antragstellers) das Interesse der Allgemeinheit oder eines Beteiligten an der sofortigen Vollziehung überwiegt. In den Fällen, in denen, wie hier, die aufschiebende Wirkung gesetzlich ausgeschlossen ist ([§ 85 Abs. 4 Satz 6 SGB V](#)), geht der Gesetzgeber vom grundsätzlichen Vorrang des Vollziehungsinteresses aus. Soweit es um die Fälle des [§ 86a Abs. 2 Nr. 1 SGG](#), namentlich die Anforderung von Beiträgen, Umlagen und sonstigen öffentlichen Abgaben geht, soll die Aussetzung der Vollziehung - gem. [§ 86a Abs. 3 Satz 2 SGG](#) durch die Verwaltung - daher nur dann erfolgen, wenn ernstliche Zweifel an der Rechtmäßigkeit des angefochtenen Verwaltungsaktes bestehen oder die Vollziehung für den Abgaben- oder Kostenpflichtigen eine unbillige, nicht durch überwiegende öffentliche Interessen gebotene Härte zur Folge hätte. Diese Maßstäbe gelten für die Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes durch die Gerichte entsprechend (Meyer/Ladewig, a. a. O.; § 86b Rdnr. 12c). Ernstliche Zweifel i. S. d. [§ 86a Abs. 3 Satz 2](#) 1. Alt. SGG liegen vor, wenn der Erfolg des in der Hauptsache eingelegten Rechtsbehelfs wahrscheinlicher ist als ein Misserfolg (vgl. Senatsbeschluss vom 19.07.2010, - [L 5 KR 1153/10 ER-B](#) - m. w. N.). Die Härteklause des [§ 86a Abs. 3 Satz 2](#) 2. Alt. SGG stellt auf die Erfolgsaussichten im Hauptsacheverfahren nicht ab; bei ihr handelt es sich um eine Ausprägung des verfassungsrechtlichen bzw. grundrechtlichen Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes. Das Gericht muss im Übrigen immer bedenken, welche nachteiligen Folgen dem Antragsteller aus der sofortigen Vollziehung des Verwaltungsakts, vor allem für seine grundrechtlich geschützten Rechtspositionen erwachsen und ob bzw. wie diese ggf. rückgängig gemacht werden können. Der Rechtsschutzanspruch ([Art. 19 Abs. 4 GG](#)) darf gegenüber dem (auch gesetzlich vorgegebenen) öffentlichen Interesse am Sofortvollzug einer Maßnahme umso weniger zurückstehen, je schwerwiegender die auferlegte Belastung ist und je mehr die Maßnahmen der Verwaltung Unabänderliches bewirken (vgl. BVerfG, Beschl. v. 27.10.2009, - [1 BvR 1876/09](#) -).

2.) Danach kann die Beschwerde der Antragsgegnerin keinen Erfolg haben. Ob sich ihr Bescheid über die sachlich-rechnerische Berichtigung der Vertragsarztabrechnungen des Antragstellers für die Quartale 3/2008 bis 2/2012 und die Rückforderung von Honorar i. H. v. 113.388,88 EUR und ihr Bescheid vom 19.12.2012 über die Streichung des dem Antragsteller gewährten Fallwertaufschlags (Bescheid vom 18.11.2010) im Klageverfahren als rechtmäßig erweisen werden, ist derzeit - wenn auch aus anderen als vom Sozialgericht angeführten Gründen -

erstlich zweifelhaft. Deswegen muss es im Beschwerdeverfahren bei der vom Sozialgericht angeordneten aufschiebenden Wirkung der Klage des Antragstellers bleiben.

aa.) Rechtsgrundlage für die sachlich-rechnerische Berichtigung von Vertragsarztabrechnungen bzw. die Aufhebung bereits ergangener Honorarbescheide und die Rückforderung von Vertragsarzhonorar ist [§ 106a SGB V](#) (i. V. m. [§ 50 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#)); ergänzende Regelungen enthalten [§ 45 Bundesmantelvertrag-Ärzte \(BMV-Ä\)](#) und [§ 34 Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen \(EKV-Ä\)](#).

Gem. [§ 106a Abs. 1 SGB V](#) prüfen die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen die Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Kassenärztliche Vereinigung stellt die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte fest; dazu gehört auch die arztbezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität und die Prüfung der abgerechneten Sachkosten ([§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Nach den im Wesentlichen gleichlautenden Vorschriften in [§ 45 Abs. 2 Satz 1 BMV-Ä](#) und [§ 34 Abs. 4 Satz 2 EKV-Ä](#) obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung die Prüfung der von den Vertragsärzten vorgelegten Abrechnungen ihrer vertragsärztlichen Leistungen hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Richtigkeit. Das gilt insbesondere für die Anwendung des Regelwerks. Die Kassenärztliche Vereinigung berichtigt die Honorarforderung des Vertragsarztes bei Fehlern hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Richtigkeit ([§ 45 Abs. 1 und 2 Satz 1 BMV-Ä](#) bzw. [§ 34 Abs. 4 EKV-Ä](#)). Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit hat allein die Rechtmäßigkeit der Leistungserbringung und -abrechnung zum Gegenstand. Prüfungsmaßstab sind die einschlägigen gesetzlichen, vertraglichen oder satzungsrechtlichen Vorschriften des Vertragsarztrechts mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebots. Die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung ist Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach näherer Maßgabe des [§ 106 SGB V](#) durch die hierfür zuständigen Prüfungsgremien; die Kassenärztliche Vereinigung ist hierfür nicht zuständig. Die sachlich-rechnerische Berichtigung kann sowohl vor wie nach Erlass des Honorarbescheids erfolgen. Die Berichtigung bereits erlassener Honorarbescheide (nachgehende Richtigstellung) stellt im Umfang der vorgenommenen Korrekturen zugleich eine teilweise Rücknahme des Honorarbescheids dar und bewirkt, dass überzahltes Honorar gem. [§ 50 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) zurückzuzahlen ist.

Das Recht (und die Pflicht) der Kassenärztlichen Vereinigung zur Berichtigung bereits erlassener Honorarbescheide (nachgehende Richtigstellung) unterliegt nicht der Verjährung. Allerdings gilt für die nachgehende Richtigstellung eine (an das Verjährungsrecht angelehnte) Ausschlussfrist von 4 Jahren (vgl. etwa BSG, Urt. v. 05.05.2010, - [B 6 KA 5/09 R](#) - m. w. N.). Vertrauensschutz kann der Vertragsarzt gegen die nachgehende Richtigstellung von Honorarbescheiden regelmäßig nicht einwenden. Besonderer Vertrauensschutz gem. [§ 45 SGB X](#) ist für den Anwendungsbereich der [§§ 106a SGB V](#), [45 BMV-Ä](#), [34 Abs. 4 EKV-Ä](#) ausgeschlossen, da diese Bestimmungen als Sonderregelungen i. S. d. [§ 37 Satz 1 SGB I](#) das allgemeine Sozialverwaltungsrecht verdrängen (vgl. etwa BSG, Urt. v. 14.12.2005, - [B 6 KA 17/05 R](#) -; auch Urt. v. 23.06.2010, - [B 6 KA 12/09 R](#) -). Nur außerhalb des Anwendungsbereichs der Berichtigungsvorschriften kommt Vertrauensschutz gem. [§ 45 SGB X](#) in Betracht. Das ist nach der Rechtsprechung des BSG der Fall, wenn die Ausschlussfrist für nachgehende Richtigstellungen von 4 Jahren abgelaufen oder die Befugnis zur nachgehenden Richtigstellung "verbraucht" ist, etwa, indem die Kassenärztliche Vereinigung die Honorarforderung in einem der Honorarverteilung nachfolgenden Verfahren auf ihre sachlich-rechnerische Richtigkeit überprüft und vorbehaltlos bestätigt hat. Dann wird die jedem Honorarbescheid innewohnende Vorläufigkeit im Verhältnis zum Vertragsarzt aufgehoben, und die Kassenärztliche Vereinigung kann einen Honorarbescheid wegen anfänglicher Fehlerhaftigkeit nur noch unter den Voraussetzungen des [§ 45 SGB X](#) zurücknehmen (vgl. BSG, Beschl. v. 03.02.2010, - [B 6 KA 22/09 B](#) -; auch Urt. v. 14.12.2005, - [B 6 KA 17/05 R](#) -; Urt. v. 8.12.2006, - [B 6 KA 12/05 R](#) -). Allgemeiner (rechtsstaatlicher) Vertrauensschutz ist sowohl innerhalb wie außerhalb des Anwendungsbereichs der Berichtigungsvorschriften in (seltenen) Ausnahmefällen möglich. Ein solcher Ausnahmefall kann etwa angenommen werden wenn die Kassenärztliche Vereinigung bei Erlass des Honorarbescheids auf ihr bekannte Ungewissheiten hinsichtlich der Grundlagen der Honorarverteilung oder ihrer Auslegung nicht hingewiesen und dadurch schutzwertes Vertrauen bei den Vertragsärzten hervorgerufen hat, oder wenn die Fehlerhaftigkeit des Honorarbescheids aus Umständen herrührt, die die besonderen Funktionsbedingungen des Systems vertragsärztlicher Honorierung nicht konkret berühren (Senatsurteil vom 29.08.2012, - [L 5 KA 2439/10](#) - m. w. N. sowie BSG, Urt. v. 28.08.2013, - [B 6 KA 43/12 R](#) -).

Die sachlich-rechnerische Berichtigung von Honorarabrechnungen setzt grundsätzlich kein Verschulden des Vertragsarztes voraus. Das gilt jedoch nur für den Fall, dass die Kassenärztliche Vereinigung den ergangenen Honorarbescheid wegen Falschabrechnung lediglich teilweise - hinsichtlich der als fehlerhaft beanstandeten Leistungsabrechnung - aufhebt und auch nur den hierauf entfallenden Honoraranteil zurückfordert, dem Vertragsarzt das Honorar im Übrigen also ungeschmälert belässt. Soll der Honorarbescheid aber wegen der auf der Falschabrechnung beruhenden Unrichtigkeit der Abrechnungssammelerklärung insgesamt aufgehoben und das dem Vertragsarzt für das Quartal zustehende Honorar insgesamt neu festgesetzt werden, muss den Vertragsarzt ein Verschulden treffen; die Falschabrechnung muss zumindest grob fahrlässig erfolgt sein (vgl. BSG, Urt. v. 22.03.2006, - [B 6 KA 76/04 R](#) -). Die Abrechnungssammelerklärung als Ganzes ist bereits dann unrichtig, wenn nur ein mit ihr erfasster Behandlungsausweis eine unrichtige Angabe über erbrachte Leistungen enthält. Damit entfällt für die Kassenärztliche Vereinigung 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.

Soweit davon auszugehen ist, dass Leistungen tatsächlich und ordnungsgemäß erbracht wurden, hat die Kassenärztliche Vereinigung nach (Voll-)Aufhebung des unrichtigen Honorarbescheides das dem Vertragsarzt für diese Leistungen zustehende Honorar neu festzusetzen. Bei der Neufestsetzung hat sie ein weites Schätzungsermessen. In aller Regel ist es nicht zu beanstanden, wenn die Kassenärztliche Vereinigung in den Fällen, in denen die vom Arzt geltend gemachte Quartalsvergütung bezogen auf den Fallwert wesentlich über dem Durchschnitt seiner Fachgruppe liegt, deutliche Abschläge gegenüber der ursprünglich geltend gemachten Honorarforderung vornimmt und sich im Wege pauschalierender Schätzung damit begnügt, ihm ein Honorar z. B. in Höhe des Fachgruppenschnitts zuzuerkennen. Hinsichtlich der Ausübung des Schätzungsermessens durch die Kassenärztliche Vereinigung besteht kein der Gerichtskontrolle entzogener Beurteilungsspielraum. Das Gericht hat ggf. die Schätzung selbst vorzunehmen bzw. jedenfalls selbst nachzuvollziehen. Die Verpflichtung zur eigenen Schätzung bedeutet allerdings nicht, dass das Gericht nunmehr erneut alle Schätzungsgrundlagen erhebt und eine völlig eigene Schätzung vornimmt. Sofern der Verwaltungsakt überzeugende Ausführungen zur Schätzung enthält, reicht es aus, wenn das Gericht sich diese Ausführungen zu eigen macht und sie in seinen Entscheidungsgründen nachvollzieht (BSG, Urt. v. 17.9.1997, - [6 Rka 86/95](#) -).

Für die Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsbestimmungen ist nach der ständigen Rechtsprechung des BSG (vgl. [BSGE 88, 126, 127](#); zuletzt BSG Beschl. v. 12.12.2012, [B 6 KA 31/12 B](#)) in erster Linie der Wortlaut der Regelungen maßgeblich. Dies gründet sich zum einen

darauf, dass das vertragliche Regelwerk dem Ausgleich der unterschiedlichen Interessen von Ärzten und Krankenkassen dient und es vorrangig Aufgabe des Normgebers des EBM-Ä - des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 SGB V - ist, Unklarheiten zu beseitigen. Zum anderen folgt die primäre Bindung an den Wortlaut aus dem Gesamtkonzept des EBM-Ä als einer abschließenden Regelung, die keine Ergänzung oder Lückenfüllung durch Rückgriff auf andere Leistungsverzeichnisse bzw. Gebührenordnungen oder durch analoge Anwendung zulässt. Raum für eine systematische Interpretation im Sinne einer Gesamtschau der in innerem Zusammenhang stehenden vergleichbaren oder ähnlichen Leistungstatbestände ist dann, wenn der Wortlaut eines Leistungstatbestandes zweifelhaft ist und es einer Klarstellung bedarf; eine entstehungsgeschichtliche Auslegung kommt bei unklaren oder mehrdeutigen Regelungen ebenfalls in Betracht, kann allerdings nur anhand von Dokumenten erfolgen, in denen die Urheber der Bestimmungen diese in der Zeit ihrer Entstehung selbst erläutert haben. Diese Auslegungsgrundsätze gelten nicht allein für Vergütungstatbestände, sondern auch für Kostenerstattungstatbestände, soweit diese nicht auf die Erstattung des konkreten Kostenaufwands angelegt sind, sondern Pauschalerstattungen vorsehen (so: BSG, Urte. v. 11.12.2013, [B 6 KA 14/13 R](#) m.w.N.).

Über die Auslegung des von den zuständigen Gremien erlassenen Regelwerks für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen muss im Streitfall das Gericht im Wege der Rechtsanwendung, nämlich der Anwendung der nach der Rechtsprechung des BSG hierfür maßgeblichen Auslegungsregeln, entscheiden. Die Entscheidung über die Enge oder Weite von Leistungstatbeständen ist eine Frage der rechtlichen Auslegung, die medizinische Beurteilung tritt in den Hintergrund (BSG, Urte. v. 12.12.2012, [B 6 KA 31/12 B](#); vgl. auch BSG, Beschl. v. 10.03.2004, [B 6 KA 118/03 B](#): u.a. Frage, welche Leistungen mit der Pauschale nach GNR 3454 EBM a.F (bis 31.03.2005). - Grundpauschale für Ärzte für Laboratoriumsmedizin - abgegolten sind, dem Beweis durch Sachverständigen nicht zugänglich).

Der Normgeber des EBM hat bei der Abfassung der Vergütungstatbestände im Übrigen eine weite Gestaltungsfreiheit. Er hat insbesondere die Befugnis zur Generalisierung, Pauschalierung, Schematisierung und Typisierung. Unwirksam wäre eine Regelung nur dann, wenn sie nicht sachgerecht wäre. Ob dies der Fall ist, ist nach rechtlichen Kriterien zu beurteilen.

Die vorstehend dargestellten Rechtsgrundsätze für die sachlich-rechnerische Berichtigung von Vertragsarzt abrechnungen bzw. die Aufhebung bereits ergangener Honorarbescheide und die Rückforderung von Vertragsarzt honorar gelten entsprechend für die Aufhebung von Bescheiden über Aufschläge auf Fallpunktzahlen oder Fallwerte und eine darauf gestützte Honorarrückforderung. Für die Anwendung der allgemeinen Regelungen über die Aufhebung von Verwaltungsakten in §§ 45 ff SGB X ist auch hier grundsätzlich kein Raum.

bb.) Davon ausgehend dürfte sich der angefochtene Honorarberichtigungs-/Rückforderungsbescheid zunächst als formell rechtmäßig erweisen; die Antragsgegnerin ist zu seinem Erlass (sachlich) zuständig gewesen. Sie hat ersichtlich die in ihre Prüfständigkeit gelegte Rechtmäßigkeit der Honorarabrechnungen des Antragstellers und dabei namentlich geprüft, ob die Maßgaben der jeweils einschlägigen EBM-GNR bzw. der zugehörigen Leistungslegende erfüllt worden sind. Eine in die Zuständigkeit der Prüfungsgremien nach § 106 SGB V gelegte Wirtschaftlichkeitsprüfung hat die Antragsgegnerin nach Lage der Dinge nicht durchgeführt. Auf eine verglichen mit dem Fachgruppenschnitt der HNO-Ärzte (erheblich) häufigere Leistungserbringung des Antragstellers ist die Honorarrückforderung nicht gestützt worden; diese war lediglich Anlass, die Rechtmäßigkeit der Abrechnungen des Antragstellers zu überprüfen. Grund der nachgehenden Richtigstellung der Honorarabrechnungen und der Honorarrückforderung ist allein, dass der Antragsteller - nach Auffassung der Antragsgegnerin - eine "Bronchoskopie" i. S. d. GNR 09315 EBM in den geprüften Fällen nicht erbracht bzw. eine "Abklärung" auf Aphasie, Dysarthrie bzw. Dysphagie i. S. d. GNR 09332 EBM nicht vorgenommen hat. Hinsichtlich der Leistung nach GNR 09331 (Zusatzpauschale des Sprechens und der Sprache) hat die Antragsgegnerin darauf abgestellt, dass der Leistungsinhalt dieser GNR - neben den regelmäßig zugleich durchgeführten Bronchoskopien ebenfalls nicht (vollständig) erbracht worden ist und hierfür die zu kurze Prüfdauer (unter der in GNR 09331 EBM geforderten Dauer von 15 Minute) und das Fehlen der zur vollständigen Leistungserbringung nach Nr. 2.1.4 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM notwendigen Briefe bzw. Befundkopien für den Hausarzt angeführt.

Ob sich die Honorarberichtigung und -rückforderung auch materiell als rechtmäßig erweisen wird, ist derzeit jedoch ernstlich zweifelhaft.

Die Rückforderung des für Leistungen nach GNR 09315 EBM (Bronchoskopie) abgerechneten Honorars macht 94 % der Gesamthonorarrückforderung aus und steht daher - zumal für die Entscheidung des Senats im vorläufigen Rechtsschutzverfahren - ganz im Vordergrund.

Die GNR 09315 EBM setzt die Erbringung einer Bronchoskopie voraus. Der Begriff "Bronchoskopie" bezeichnet eine ärztliche Untersuchung. Der erste Bestandteil des Begriffs bezeichnet das Organ, an dem die Untersuchungshandlung vorgenommen bzw. das untersucht werden muss, nämlich die Bronchien. Der zweite Bestandteil des Begriffs bezeichnet die Methode, die für die Untersuchungshandlung anzuwenden ist, nämlich die Endoskopie. Darunter ist die Inaugenscheinnahme eines Organs (seiner Hohlräume) unter Verwendung eines (durch eine Körperöffnung in den Körper eingeführten) Endoskops zu verstehen. Die "Bronchoskopie" i. S. d. in Rede stehenden GNR des EBM stellt daher die endoskopische Untersuchung und damit die Inaugenscheinnahme der Bronchien (ihrer Hohlräume) durch ein Endoskop dar, vergleichbar etwa der Koloskopie als Inaugenscheinnahme des Kolons (Dickdarm) durch ein Endoskop. Eine in vergütungsrechtlichen Leistungstatbeständen mit Begriffszusammensetzungen der in Rede stehenden Art (Bronchoskopie, Koloskopie) bezeichneten ärztlichen Untersuchungsleistung ist jedenfalls dann erfüllt, wenn das Endoskop in das in Augenschein zu nehmende Organ bzw. in die dem Endoskop zugänglichen Hohlräume dieses Organs soweit als möglich eingeführt wird (in diesem Sinne zur Bronchoskopie wohl auch LSG Niedersachsen-Bremen, Urte. v. 01.03.2006, [L 3 KA 175/04](#)). Demgegenüber dürfte es zur vollständigen Erfüllung des Leistungstatbestands nicht ausreichen, wenn das Endoskop lediglich in ein dem im Leistungstatbestand genannten Organ anatomisch vorgelagertes Organ - hier die Luftröhre - eingeführt wird und von dort aus Einblick in die nachfolgenden Luftwege genommen wird. Dafür spricht auch die vom Antragsteller selbst angeführte Definition der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie, wonach unter der Tracheobronchoskopie die "direkte" Betrachtung der Luftröhre und des Bronchialbaumes durch ein Endoskop zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken zu verstehen ist.

Der Antragsteller hat das Endoskop nach eigenen Angaben jeweils nur in die Luftröhre des Patienten eingeführt und von dort aus ohne Einführung des Endoskops in den Bronchialbereich die Bronchien (deren Hauptäste) - als von der Luftröhre ungeachtet des Systemzusammenhangs zu unterscheidendes Organ - in Augenschein genommen. Allerdings lässt sich den 15 der Beklagten vorgelegten Patientendokumentationen nach den eigenen Aufzeichnungen des Klägers in keinem Fall die Beschreibung eines Befundes im Bereich der Bronchien entnehmen, vermerkt sind ausschließlich Befunde im Bereich der Luftröhre und des Kehlkopfes. Damit dürfte, wie die

Antragsgegnerin aller Voraussicht nach zu Recht geltend gemacht hat, aber nur eine Tracheoskopie (eine Endoskopie der Luftröhre), nicht jedoch eine Bronchoskopie (eine Endoskopie der Bronchien) durchgeführt und der Leistungsinhalt der GNR 09315 EBM nicht erbracht worden sein.

An der von der Antragsgegnerin deswegen verfügten Honorarberichtigung bestehen gleichwohl ernstliche Zweifel. Diese folgen daraus, dass erhebliche Bedenken dagegen bestehen, ob die in Rede stehenden Regelungen des EBM zur Vergütung der von HNO-Ärzten erbrachten Bronchoskopien und Tracheoskopien wegen der darin enthaltenen (möglicherweise unsachgerechten und im Widerspruch zu ärztlichem Weiterbildungsrecht stehenden) Differenzierungen mit höherrangigem Recht, namentlich dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit und dem Gleichheitssatz ([Art. 12 Abs. 1](#), [3 Abs. 1 GG](#)) - vereinbar sind. Hierfür sind folgende Erwägungen des (in der mündlichen Verhandlung vom 14.10.2014 mit ehrenamtlichen Richtern aus dem Kreis der Vertragsärzte sachkundig besetzten) Senats maßgeblich:

Die Untersuchung und Behandlung der Bronchien (Lungen) als Organ ist im Ausgangspunkt dem Fachgebiet der Fachärzte für Innere Medizin (Schwerpunkt Lungen- bzw. Bronchialheilkunde) und nicht dem Fachgebiet der Fachärzte für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde zuzurechnen. Sie gehört nach ärztlichem Weiterbildungsrecht (vgl. Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg - Stand 01.02.2014 - Abschnitt B Nr. 13.8 - WeiterbildungsO BW-) zu den Fähigkeiten, über die ein Internist mit dem Schwerpunkt Pneumologie verfügen muss. Die Bronchoskopie ist deshalb im EBM 2008 für Lungenärzte nach GNR 13662 abrechenbar. Demgegenüber beschränkt sich die Tätigkeit des Facharztes für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten nach der Definition in Abschnitt B Nr. 9 1. Absatz WeiterbildungsO BW auf die Behandlung des Ohres, der Nase, der Nasennebenhöhlen, der Mundhöhle, des Pharynx und Larynx und von Funktionsstörungen von Sinnesorganen dieser Region sowie von Stimm-, Sprach-, Sprech- und Hörstörungen. Die WeiterbildungsO BW verlangt für den Erwerb der Facharztbezeichnung Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten bei endoskopischen Untersuchungen wie z.B. Laryngoskopie, Tracheoskopie und Oesophagoskopie. Deswegen bestehen Zweifel, ob die Erbringung von Bronchoskopien - nach dem vorstehend Gesagten durch Einführung des Endoskops über die Trachea hinaus in die Bronchien - überhaupt dem Fachgebiet der HNO-Ärzte zugeordnet werden kann oder sich diese Leistung für sie als fachfremd darstellt. Sie wird jedenfalls in der HNO-ärztlichen Praxis offenbar eher selten erbracht, stellt also eine Kernleistung dieses Fachgebiets nicht dar. Von HNO-Ärzten wird demgegenüber ersichtlich wesentlich häufiger die Tracheoskopie, also die Einführung des Endoskops (nur) in die Trachea, als ihrem Fachgebiet ohne Zweifel zuzuordnende Leistung erbracht. Hierfür besteht - wie der Fall der hierauf spezialisierten Praxis des Antragstellers verdeutlicht - auch ein entsprechender Bedarf, insbesondere bei der Behandlung schwerstkranker, beatmungspflichtiger Patienten und von Wachkomapatienten. Bei diesen muss zur Verhinderung des Erstickungstods etwa Schleim oder (sonstiges) Sekret - endoskopisch - aus der Luftröhre entfernt werden. Hierzu bedarf es offenbar der weitergehenden Einführung des Endoskops über die Trachea hinaus in den Bereich der Bronchien nicht.

Der Bewertungsausschuss hat in den hier maßgeblichen GNRn des EBM gleichwohl nur die Bronchoskopie (ohne nähere Definition und auch ohne Differenzierung zwischen Untersuchungs- und Behandlungsbronchoskopien als HNO-ärztliche Leistung mit gleichem Leistungsinhalt und gleicher Punktzahl wie in GNR 13662 für Lungenärzte), offenbar jedoch nicht die zum Kernbereich des HNO-Fachgebiets zählende Tracheoskopie abgebildet. Der Antragsteller, der nach Lage der Dinge eine in einer Vielzahl von Fällen medizinisch zwingend notwendige Behandlungsleistung, freilich im vergütungsrechtlichen Sinn nicht als Bronchoskopie, sondern als Tracheoskopie, erbracht hat, könnte für seine ärztliche Leistung also eine Vergütung (gar) nicht erhalten. Es spricht daher viel dafür, dass das einschlägige Vergütungsrecht, unbeschadet des weiten Gestaltungsspielraums des Bewertungsausschusses, insoweit eine rechtlich nicht mehr hinnehmbare Lücke enthält, indem es eine Vergütung nur für eine eher seltene (Rand-)Leistung der HNO-Ärzte, nicht jedoch für eine wichtige (Kern-)Leistung vorsieht, für die - wie der Fall des Antragstellers zeigt - offenbar ein erheblicher Bedarf besteht; nicht zuletzt deshalb ist ihm von der Antragsgegnerin auch ein Fallwertaufschlag wegen Praxisbesonderheiten im Bereich der "Bronchoskopie" - gemeint der Sache nach: der "Tracheoskopie" - gewährt worden.

Es wird Aufgabe des Hauptsacheverfahrens sein, hier für eine weitere Klärung zu sorgen. Rechtlich ist dabei zu beachten, dass die Gerichte einschreiten können, wenn die Rechtsnorm bezogen auf das ihr zugrunde liegende Gemeinwohlziel schlechthin ungeeignet, eindeutig nicht erforderlich oder auch bei Anerkennung eines Beurteilungsspielraums unzumutbar ist, also insbesondere dann, wenn die Rechtsnorm zugrundeliegenden Einschätzungen oder Prognosen so offensichtlich fehlerhaft sind, dass sie vernünftigerweise keine Grundlage für normative Maßnahmen abgeben können (BSG Urt. v. 08.03.2000 - [B 6 KA 12/99](#) - juris Rn 21). Gegebenenfalls verpflichtet das Gericht die die Norm ausführende Verwaltungsbehörde zur Neubescheidung nach Vorliegen einer Neuregelung (BSG Urt. v. 20.01.1999 - [B 6 KA 9/98 R](#)). Das Sozialgericht wird die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses beizuladen haben, damit diese aus ihrer Sicht darlegen können, welche Erwägungen für die Vergütung (Bewertung) der in Rede stehenden HNO-ärztlichen Leistungen - Bronchoskopie und Tracheoskopie - maßgeblich sind. Sodann wird im Hauptsacheverfahren abschließend darüber zu befinden sein, ob und inwieweit die hier anzuwendenden vergütungsrechtlichen Regelungen Bestand behalten können oder ggf. geändert werden müssten. In jedem Fall muss es im vorläufigen Rechtsschutzverfahren dabei bleiben, dass dem Antragsteller die Vergütung für die erbrachten Behandlungsleistung bei den von ihm betreuten schwerstkranken Patienten bis zur abschließenden Klärung der maßgeblichen Fragen im Hauptsacheverfahren belassen wird.

Der nicht auf Bronchoskopie- bzw. Tracheoskopieleistungen entfallende Teil der Honorarrückforderung fällt nicht wesentlich ins Gewicht. Er macht etwa 6 % des Kürzungsbetrags aus und entfällt auf Leistungen nach GNR 09331 EBM und 09332 EBM. Hinsichtlich der Leistung nach GNR 09331 EBM hat die Antragsgegnerin an Hand der geprüften Dokumentationen bemängelt, dass die vorgeschriebene Dauer für die Prüfung des Sprechens und der Sprache von mindestens 15 Minuten aufgrund der in allen geprüften Fällen ausschließlich durchgeführten Tracheoskopie bis zur Bifurkation nicht eingehalten worden ist. Wegen des insoweit bestehenden engen Sachzusammenhangs zur Vergütung der Bronchoskopie- bzw. Tracheoskopieleistung muss die entsprechende Honorarkürzung ebenfalls suspendiert werden. Hinsichtlich der den verbleibenden Rest der Honorarrückforderung ausmachenden Leistungen nach GNR 09332 EBM muss die "Abklärung" einer Aphasie, Dysarthrie und/oder Dysphagie erbracht worden sein. Was unter "Abklärung" zu verstehen ist, ist in der genannten GNR (ebenfalls) nicht im Sinne einer Begriffsbestimmung festgelegt. Es spricht nach Lage der Dinge aber manches dafür, dass aus dem Begriff der "Abklärung" - anders als aus dem Begriff der "Bronchoskopie" - Folgerungen für den Leistungsinhalt der GNR oder die zulässige Abrechnungshäufigkeit (im Behandlungsfall) nicht gezogen werden können, da es sich insoweit um einen unspezifischen Begriff handeln dürfte, der nur allgemein das Ziel einer Untersuchungsleistung beschreibt, für deren Inhalt - über die Festlegungen des obligaten Leistungsinhalts im Text der GNR hinaus - aber keine weitergehende (präzisierende) Bedeutung hat. In diesem Fall dürfte der Antragsteller den vorgeschriebenen Leistungsinhalt erbracht, also die in GNR 09332 EBM geforderte eingehende Untersuchung unter Anwendung standardisierter Verfahren durchgeführt haben. Sollte dies, wie die Antragsgegnerin rügt, ohne hinreichenden Untersuchungsanlass (bzw.

Indikation) routinemäßig gemeinsam mit einer endoskopischen Untersuchung des tracheo-bronchialen Systems und damit zu häufig erfolgt sein, wäre nicht die Rechtmäßigkeit, sondern die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung berührt. Im Hinblick darauf ist auch insoweit die Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage gegen die nachgehende Richtigstellung und die Rückforderung von Vertragsarzthonorar gerechtfertigt.

Aus dem vorstehend Gesagten folgt zugleich, dass auch der Bescheid vom 18.11.2010 über den dem Antragsteller zuerkannten Fallwertaufschlag wegen Praxisbesonderheiten im Bereich der Bronchoskopieleistungen vorläufig Bestand behalten muss.

3.) Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i. V. m. [§ 155 Abs. 1 VwGO](#). Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§§ 53 Abs. 3 Nr. 4, 52 Abs. 1 GKG](#). Maßgeblich ist ein Viertel (nicht wie vom Sozialgericht angenommen die Hälfte) des Honorarrückforderungsbetrags von 113.388,88 EUR (Senatsbeschluss vom 14.2.2007, - [L 5 KR 2854/06 W-A](#), juris; seitdem ständige Senatsrechtsprechung). Die Streitwertfestsetzung des Sozialgerichts wird entsprechend abgeändert ([§ 63 Abs. 3 Satz 1 GKG](#)).

Dieser Beschluss ist unanfechtbar ([§ 177 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-01-14