

L 5 KA 505/14

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
5
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 11 KA 4015/09
Datum
17.03.2011
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KA 505/14
Datum
16.03.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 17.03.2011 wird zurückgewiesen.

Die Kläger tragen auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert wird auch für das Berufungsverfahren auf 17.722,71 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Klägerin wendet sich gegen die Rückforderung von Vertragsarzthonorar für das Quartal 2/08 in Höhe von 17.722,71 EUR im Wege sachlich-rechnerischer Berichtigung.

Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis, die aus zwei Fachärzten für Chirurgie besteht. Einer der Fachärzte, Dr. K. (im Folgenden Dr. K.), wurde mit Beschluss des ZA mit Bescheid vom 28.11.2003 (Beschluss vom 12.11.2003) zum 01.01.2004 zur Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit zugelassen. Zugleich genehmigte der ZA die gemeinsame Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit mit dem Chirurgen Dr. D. (im Folgenden Dr. D.) mit Wirkung vom 01.01.2004 gemäß § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV in der Fassung vom 21.12.1992 i.V.m. § 101 Abs. 1 Nr. 4 Sozialgesetzbuch (SGB) V sowie Abschnitt 4 Nr. 23a der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (BedarfsplRL - Ärzte; BedarfsplRL) in der Fassung vom 9. März 1993, zuletzt geändert am 15. Juni 2004, in Kraft getreten am 01.01.2004. Außerdem setzte der ZA als Abrechnungsobergrenzen quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumina auf der Grundlage der gegenüber dem Vertragsarzt in den vorausgegangenen vier Quartalen (3/2002 bis 2/2003) ergangenen Abrechnungsbescheide fest; diese betrugen 1.356.441,6 Punkte für das erste Quartal, 1.238.332,7 Punkte für das zweite Quartal, 1.499.990,6 Punkte für das dritte Quartal und 1.172.293,3 Punkte für das vierte Quartal, jeweils im ersten Jahr. Ausweislich der Ausführungen im Bescheid hatten die Fachärzte die Leistungsbeschränkungen anerkannt.

Mit Bescheid vom 18.02.2008 (Beschluss vom 23.01.2008) gab der ZA dem Antrag der Beklagten auf Neuberechnung der Gesamtpunktzahlvolumina der Jobsharing-Berufsausübungsgemeinschaft der Klägerin statt und legte dem Vorschlag der Beklagten entsprechend die Gesamtpunktzahlvolumina rückwirkend ab 01.10.2006 wie folgt fest: 1.528.171,6 Punkte für das erste Quartal, 1.413.702,7 Punkte für das zweite Quartal, 1.670.160,6 Punkte für das dritte Quartal und 1.339.863,3 Punkte für das vierte Quartal. Die Beklagte hatte ihren Antrag auf Erhöhung der Punktzahlobergrenzen damit begründet, dass bei diesen Berechnungen die seit dem 01.10.2006 bestehenden Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) 2000 plus und die in der Honorarverteilungsvereinbarung (HVV) bestehende Neuregelung der Gewährung des Zuschlags zum Ordinationskomplex bzw. Aufschlags zum Punktzahlgrenzvolumen auch für Jobsharing-Berufsausübungsgemeinschaften berücksichtigt und das entsprechende Punktevolumen von der Rückforderung ausgenommen werde.

Mit Bescheid vom 26.11.2008 forderte die Beklagte von der Klägerin wegen Überschreitung der festgelegten quartalsbezogenen Gesamtpunktzahlvolumen im Quartal 2/2008 Vertragsarzthonorar in Höhe von 17.722,71 EUR zurück. Zur Begründung führte sie aus, die Klägerin habe die im Rahmen des Jobsharing festgelegte Punktzahlobergrenze des genannten Quartals überschritten. Nach der Berechnung in der dem Bescheid beigefügten Anlage ergab sich der Rückforderungsbetrag durch einen Vergleich des abgerechneten Punktevolumens (2.121.170,0) mit der ab dem zweiten Leistungsjahr geltenden Punktzahlobergrenze (1.463.397,3).

Zur Begründung des dagegen am 01.12.2008 eingelegten Widerspruchs trug die Klägerin vor, die Berufsausübungsgemeinschaft bestehe

seit Januar 2004. Bis zum Jahr 2008 sei das quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumen nicht oder nur geringfügig überschritten worden. Auch im Jahr 2008 habe sich das Behandlungs- und Therapieverhalten nicht geändert, nur die Patientenzahl sei moderat angestiegen. Auffällig sei aber, dass seit der Einführung des neuen EBM im Jahr 2008 das Gesamtpunktzahlvolumen sowohl im ersten als auch im zweiten Quartal sprunghaft angestiegen sei. Es liege ein systemischer Fehler in der Anpassung des Gesamtpunktzahlvolumens im Bezug auf den neuen EBM vor.

Mit Widerspruchsbescheid vom 11.05.2009 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Zur Begründung führte sie aus, bei einem Jobsharing lege der ZA quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumina auf der Basis der abgerechneten Punktzahlvolumina der letzten vier Quartale zum Zeitpunkt der Antragstellung zuzüglich 3% der Fachgruppe fest, die bei der Abrechnung der Jobsharing-Berufsausübungsgemeinschaft als Leistungsbeschränkung (Obergrenze) maßgeblich seien. Die Berufsausübungsgemeinschaftspartner hätten die festzusetzenden Gesamtpunktzahlvolumen durch Verpflichtungserklärung akzeptiert. Das quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumen sei im Abrechnungszeitraum 2/2008 um 657.772,7 Punkte überschritten worden. Die Leistungen des organisierten Notfalldienstes seien hierbei bereits abgezogen. Gemäß § 23f BedarfspIRL seien die Anpassungsfaktoren für die Klägerin auf Basis der Fachgruppendurchschnitte im ersten Leistungsjahr berechnet. Ab dem zweiten Leistungsjahr seien die Anpassungsfaktoren mit den jeweiligen Fachgruppendurchschnitten multipliziert. Hieraus ergäben sich die quartalsbezogenen Obergrenzen für die Praxis. Mit dem Ziel einer besseren Transparenz sei ab dem Quartal 1/2008 Baden-Württemberg weit eine Umstellung auf Prüfgruppendurchschnitte erfolgt. Um negative Auswirkungen für den einzelnen Arzt auszuschließen, sei die Differenz zwischen höherem Fachgruppendurchschnitt und niedrigerem Prüfgruppendurchschnitt durch Anhebung des Anpassungsfaktors im gleichen Verhältnis aufgefangen worden. Der Anpassungsfaktor für das zweite Quartal sei deshalb von 0,86471 auf 0,86556 erhöht worden. Über die Multiplikation des Anpassungsfaktors von 0,86556 mit dem Prüfgruppendurchschnitt von 1.690.685,0 habe sich für das zweite Quartal 2008 eine erhöhte Obergrenze von 1.463.397,3 Punkten ergeben. Diese Vorgehensweise stelle sicher, dass die Obergrenzen über die Anpassungsfaktoren an den EBM 2008 angepasst würden. Änderungen, die die Arztgruppe betreffen würden, spiegeln sich im Fach- bzw. Prüfgruppendurchschnitt wider und seien auf das Gesamtpunktzahlvolumen angerechnet. Eine Erhöhung der Obergrenze im Rahmen des Wachstums des Fach- bzw. Prüfgruppendurchschnitts sei somit automatisch über die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg erfolgt. Der Überschreibungsbetrag in Euro ergebe sich aus der Multiplikation der überschrittenen Punkte mit dem niedrigsten GKV-Punktwert des Leistungszeitraums. In der Berechnung der Rückforderung werde daher ein Volumen von 506.335,1 Punkte zu 0,0340 Euro (Punktwert Kategorie 1) und ein Volumen von 151.437,6 Punkten zu 0,0034 (Punktwert Kategorie 2) zurückgefordert.

Am 10.06.2009 erhob die Klägerin Klage beim Sozialgericht Stuttgart (SG). Sie trug vor, als chirurgische Berufsausübungsgemeinschaft sei sie auf die Zuweisungen anderer Ärzte angewiesen und könne zugewiesene Patienten nicht ablehnen. Eine sachlich rechnerische Berichtigung in einer Höhe von ca. 18.000,00 EUR bedeute eine Kürzung des Honorarvolumens um ca. 20%. Bei einer Patientenzahl von 1.480 im zweiten Quartal 2008 würde dies aufs Jahr betrachtet dazu führen, dass sie ca. 1200 Patienten nicht behandeln dürfte. Sie habe über Jahre hinweg keine oder nur unwesentliche Kürzungen ihrer Honorare hinnehmen müssen. Hinsichtlich der durchschnittlichen Patientenzahlen pro Quartal sei es zu keiner Leistungsausweitung gekommen. Nur vom Quartal 4/2005 auf das Quartal 1/2006 sei ein gewisser (dauerhafter) Anstieg der Patientenzahlen zu verzeichnen. Dies beruhe darauf, dass ein vor Ort tätiger Facharzt für Chirurgie seine Praxis geschlossen habe und sie dessen Patientenzahlen habe auffangen müssen. Verglichen mit dem Quartal 1/2006 seien im Quartal 2/2008 fast identische Patientenzahlen (1.485 zu 1.480) und auch ein etwa gleich hohes Honorar (ungekürzt) angefallen (77.093,00 EUR zu 79.276,00 EUR). Für alle Quartale des Jahres 2006 habe die Beklagte aber nur Vertragsarzthonorar in Höhe von 2.695,59 EUR zurückgefordert. Für das Jahr 2007 habe sie sogar mangels Ausschöpfung des Punktzahlvolumens eine Rückvergütung erhalten. Die Kürzung für das Quartal 2/2008 beruhe nach ihrer Auffassung auf dem Zusammenschluss der vier K. in B. zur Beklagten und der gleichzeitig erfolgenden Neubildung der Vergleichsgruppen unter den Ärzten. Dies habe dazu geführt, dass sich der Maßstab, an dem sie gemessen werde, geändert habe. Hierauf habe sie sich nicht einstellen können. Die Beklagte bzw. deren Rechtsvorgängerinnen hätten sie darauf hinweisen müssen, zumindest aber vor der Honorarkürzung beraten müssen, damit sie das jahrelang akzeptierte Verhalten, das als wirtschaftlich und richtig befunden worden sei, hätte ändern können. Eine drastische Honorarkürzung ohne vorherige Beratung sei unverhältnismäßig. Im Jahr 2007 habe sie folgende Scheinzahlen gehabt: 1/2007: 1.522, 2/2007: 1.387, 3/2007: 1.393, 4/2007: 1.452 und damit pro Quartal durchschnittlich 1.438 Scheine. Im Jahr 2008 hätten die Scheinzahlen 1/2008: 1.444, 2/2008: 1.480, 3/2008: 1.538, 4/2008: 1.445, pro Quartal also durchschnittlich 1.476 Scheine betragen. Im Jahr 2006 seien durchschnittlich 1.434 Scheine pro Quartal angefallen. In den Jahren 2006 und 2007 habe sie je nach Alter folgende Punktwerte für die Erstkonsultation abrechnen können: GOP 07210: 310 Punkte, GOP 07211: 310 Punkte, GOP 07212: 335 Punkte. Nach Änderung des EBM zum Jahr 2008 hätten sich die Punktwerte wie folgt erhöht: GOP 07210: 595 Punkte, GOP 07211: 625 Punkte und GOP 07212: 720 Punkte. Schon diese Änderung bewirke bei einer Scheinzahl von etwa 1.450 Scheinen eine Erhöhung des Punktzahlvolumens von etwa 490000 Punkten, was der Erhöhung des Gesamtpunktzahlvolumens entspreche. Für das ambulante Operieren seien 2008 im Vergleich zu 2007 63.000 Punkte mehr Erlöst worden. Hinzu komme die Veränderung der Vergleichsgruppe. Vor 2008 sei die Vergleichsgruppe die der niedergelassenen Chirurgen in S. gewesen, ab 2008 die der in ganz B. niedergelassenen Chirurgen, mit den großen Städten und einem größeren Anteil an kleinen Praxen mit niedrigeren Scheinzahlen, bei denen die Erhöhung der Punktwerte für die Erstkonsultation keine große Veränderung bewirkt habe. Aus diesen Zahlen gehe hervor, dass sich weder das Patientenvolumen noch die Behandlungsstrategie geändert habe, die Erhöhung des Gesamtpunktzahlvolumens vielmehr allein auf der Änderung des EBM mit der höheren Vergütung der Erstberatung beruhe. Die Änderung der Abrechnungsmodalität bei der Erstberatungsgebühr erreiche in der Höhe fast die von der Beklagten errechnete Überschreitung der Punktzahlobergrenzen um 675.772 Punkte. Eine Leistungsausweitung habe ersichtlich nicht stattgefunden. Bei unverändertem Behandlungsverhalten habe sie sich nicht auf die nachträgliche Honorarkürzung einstellen können.

Die Beklagte trug der Klage entgegen und trug vor, sie habe die Abrechnung der Klägerin für das Quartal 2/2008 wegen Überschreitung der Punktzahlobergrenzen sachlich-rechnerisch berichtigen dürfen. Der ZA habe mit Bescheid vom 28.11.2003 die quartalsbezogenen Punktzahlobergrenzen der Klägerin festgelegt. Auf ihren Antrag seien die Obergrenzen der Klägerin mit Bescheid des ZA vom 18.02.2008 ab 01.10.2006 erhöht worden. Diese Obergrenzen habe die Klägerin akzeptiert. Der Bescheid des ZA sei bestandskräftig (§ 77 SGG). Er sei deshalb sowohl für die Klägerin als auch für sie, die Beklagte, mit der Folge verbindlich, dass die dort festgelegten Obergrenzen der abrechenbaren Punktzahlen bei der Honorarverteilung zu berücksichtigen seien (vgl. Landessozialgericht Baden-Württemberg, Beschluss vom 04.05.2004 - L 5 KA 4074/03 -, n.v.). Die Klägerin sei mit der gemeinsamen Berufsausübung im Rahmen des § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V i.V.m. § 23c BedarfspIRL und der damit verbundenen Leistungsbeschränkung einverstanden gewesen und habe vor der Entscheidung des ZA die entsprechende Verpflichtungserklärung abgegeben. Sie habe also bereits im Vorfeld der Zulassung abschätzen können, ob sie mit dem eingeschränkten Leistungsumfang ihre Praxis (wirtschaftlich) betreiben könne. Die vom ZA festgesetzten Punktzahlobergrenzen seien der

Klägerin bereits vor Beginn des Quartals 2/2008 hinreichend bekannt gewesen; sie hätten beachtet werden müssen. Die Klägerin habe im Quartal 2/2008 die festgesetzte Punktzahlbergrenze überschritten. Auf einen Vergleich mit dem Quartal 2/2006 könne sie sich nicht berufen. Im Quartal 2/2006 habe die Punktzahlbergrenze der Klägerin bei 1.396.680,3 Punkten und im hier (streitigen) Quartal 2/2008 bei 1.463.397,3 Punkten gelegen. Die Obergrenze sei also im Quartal 2/2008 höher als im Quartal 2/2006 gewesen. Das abgerechnete Punktevolumen habe im Quartal 2/2006 1.738.750,0 Punkte und im Quartal 2/2008 2.121.170,0 Punkte betragen und habe somit im Quartal 2/2008 um 382.420,0 Punkte (22%) über dem Volumen des Quartals 2/2006 gelegen. Von einem gleichbleibenden Leistungsvolumen könne deswegen nicht die Rede sein. Die Überschreitung der Obergrenze habe im Quartal 2/2006 342.069,7 Punkte und im Quartal 2/2008 657.772,7 Punkte betragen. Die Überschreitungen im Quartal 2/2008 seien also trotz höherer Obergrenze fast doppelt so hoch wie im Quartal 2/2006. Dass es in den Quartalen 1 bis 4/2006 dennoch zu einer niedrigeren Rückforderung gekommen sei, habe u.a. an der vorgenommenen Saldierung gelegen. Die Überschreitung im Quartal 2/2006 habe mit der Unterschreitung im Quartal 3/2006 ausgeglichen werden können. Eine solche Saldierung sei zulässig, könne aber bereits denklogisch erst dann erfolgen, wenn alle vier Quartale des Jahres abgerechnet seien. Aus diesem Grund sei es auch in den Quartalen 1 bis 4/2007 zu einer Rückvergütung gekommen. Im Quartal 2/2007 habe die Klägerin die Obergrenze ebenfalls überschritten. Diese Überschreitung bzw. auch die Überschreitung in den Quartalen 1/2007 und 4/2007 habe jedoch mit der erheblichen Unterschreitung im Quartal 3/2007 ausgeglichen werden können, wodurch sich eine Rückvergütung ergeben habe. Die Klägerin könne sich auch nicht darauf berufen, die Vergleichsgruppe sei zu ihrem Nachteil neu gebildet worden. Man habe sie nach wie vor der Prüfgruppe D (Chirurgen mit ambulantem Operieren) zugeordnet. Der Klägerin sei ihre Punktzahlbergrenze bekannt gewesen. Sie habe sich somit darauf einstellen können, dass bei einer Überschreitung Honorarkürzungen stattfinden würden. Gleichwohl habe die Klägerin die Obergrenzen bewusst überschritten. Ein Vertrauen auf das "Behaltendürfen" der zu Unrecht abgerechneten Leistungen habe deshalb nicht gebildet werden können. Auch ein Zinsanspruch bestehe nicht. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) sei dem Sicherstellungsauftrag des allgemeinen Vertragsarztrechts eine generelle Verzinsungspflicht für geschuldete und verspätet gezahlte ärztliche Honorare fremd, da die Honorare der Vertragsärzte keine Geldleistungen im Sinne des [§ 44 SGB I](#) darstellten (vgl. BSG, Urteil vom 20.12.1983 - 6 RKA 19/82 -, in juris).

Mit Urteil vom 17.03.2011 wies das SG die Klage ab. Zur Begründung führte es aus, der Rückforderungsbescheid vom 26.11.2008 (Widerspruchsbescheid vom 11.05.2009) sei rechtmäßig. Die im Wege sachlich-rechnerischer Berichtigung zu korrigierende Begrenzung folge aus den Bescheiden des ZA vom 28.11.2003 und 18.02.2008. Diese Bescheide seien bestandskräftig geworden ([§ 77 SGG](#)) und damit sowohl für die Klägerin als auch für die Beklagte bindend mit der Folge, dass die Obergrenze der abrechenbaren Punktzahlen bei der Honorarverteilung zu beachten seien. Die Bescheide des ZA seien auch nicht nichtig im Sinne des [§ 40 Abs. 1](#) und 2 SGB X. Sie litten nicht an einem besonders schwerwiegenden und offensichtlichen Fehler. Im vorliegenden Fall komme insoweit nur die Rechtswidrigkeit der Rechtsgrundlage (Abschnitt 6 Nr. 23i der BedarfsplRL) in Betracht. Diese Regelung beruhe auf der Ermächtigungsgrundlage des [§ 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V](#). Danach beschlössen die Bundesausschüsse in Richtlinien Regelungen über Zulassung eines Arztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet seien, sofern der Arzt die vertragsärztliche Tätigkeit gemeinsam mit einem dort bereits tätigen Vertragsarzt desselben Fachgebietes oder, sofern die Weiterbildungsordnungen Facharztbezeichnungen vorsehen würden, derselben Facharztbezeichnung ausüben wolle und sich die Partner der Berufsausübungsgemeinschaft gegenüber dem Zulassungsausschuss zu einer Leistungsbegrenzung verpflichteten, die den bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich überschreite. Mit diesem Inhalt unterliege die Rechtsgrundlage keinen Bedenken, wobei dahinstehen könne, ob die eingeräumte Toleranzgrenze von 3% (§ 23c Bedarfsplanungsrichtlinie) sehr gering sei. Denn insoweit könnten die Gründe, die den Gesetzgeber des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (GSG) zur Einführung der Bedarfsplanung bewogen hätten, nicht unbeachtet bleiben. Der Gesetzgeber des GSG sei zu der Auffassung gelangt, ein wesentlicher Grund für die dramatische Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung liege in dem Überangebot von Vertragsärzten, weil die Ausgaben nämlich mit wachsender Arztzahl stiegen (sogenannte angebotsinduzierte Nachfrage). Hieraus habe er gefolgert, dass der Ausgabenentwicklung durch eine Beschränkung der Zahl der Ärzte begegnet werden müsse, weil gleich wirksame andere Maßnahmen, wie Vergütungsregelungen nicht vorhanden seien. Deshalb habe er - neben anderen Maßnahmen, die direkt der Ausgabenbegrenzung dienten - den weiteren Zugang von Kassen- bzw. Vertragsärzten in überversorgten Gebieten begrenzt, um eine dauerhafte finanzielle Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung zu erreichen und zur Beitragssatzstabilität beizutragen (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 04.05.2004 - L 5 KA 4074/03 -, n.v., sowie zum Ganzen z.B. BSG, Urteil vom 18.03.1998 - [B 6 KA 37/96 R](#) -, in juris). Hiervon ausgehend würden die Bestimmungen über die Zulassungsbeschränkungen in überversorgten Gebieten nach der Überzeugung keinen rechtlichen Bedenken unterliegen. Davon abgesehen würde die Nichtigkeit der in Rede stehenden Vorschrift ohnehin nur zur Rechtswidrigkeit, nicht jedoch zur Nichtigkeit der auf ihr basierenden Bescheide führen (vgl. LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 04.05.2004 - L 5 KA 4074/03 - n.v.). Diese seien, da bestandskräftig geworden, gleichwohl bindend. Auch im Interesse der Gewährung effektiven Rechtsschutzes sei es nicht geboten, die (nochmalige) Überprüfung der Rechtmäßigkeit der - im Genehmigungsbescheid des ZA und dem späteren Anpassungsbescheid bestandskräftig festgesetzten - Punktzahlbergrenzen durch Anfechtung des Honorar- oder des Berichtigungsbescheids zu ermöglichen. Denn hierdurch würden im Ergebnis die Regelungen über die Bestandskraft eines Verwaltungsakts für das Jobsharing eines Arztes im Rahmen des [§ 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V](#) außer Kraft gesetzt und konterkariert. Hinzu komme, dass jedem Arzt, der das Jobsharing beantrage, bekannt sei oder bekannt sein müsse, dass eine Erklärung zur Einschränkung des Leistungsumfangs abgegeben werden müsse. Er könne daher abschätzen, ob sich mit dem eingeschränkten Leistungsumfang die Praxis mit einem angestellten Arzt wirtschaftlich betreiben lasse oder nicht. (vgl. LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 04.05.2004 - L 5 KA 4074/03 -, n.v.). Lasse er sich auf die Festsetzung einer Punktzahlbergrenze ein, so sei er grundsätzlich hieran gebunden. Soweit die Einschränkung des Leistungsumfangs als Nebenbestimmung zur Anstellungsgenehmigung angesehen werde, wäre dies im Übrigen isoliert anfechtbar (z.B. BSG, Urteil vom 30.01.2002 - [B 6 KA 20/01 R](#) -, in juris). Dies gelte auch, soweit sich im Zuge des Inkrafttretens des EBM 2008 Veränderungen in Bezug auf das für die Klägerin abrechenbare Punktzahlvolumen ergeben haben sollten. In diesem Fall sei für einen Antrag des Vertragsarztes auf Erhöhung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens nach § 23e BedarfsplRL der ZA und nicht die Beklagte zuständig. Einen solchen Antrag habe die Klägerin nicht gestellt. Was die Bemessung des Überschreitungsvolumens von 3% für die Fachgruppe D (Chirurgen mit ambulantem Operieren) anbelange, sei zudem nicht erkennbar, dass sich der Punktzahldurchschnitt der Fachgruppe notwendig dadurch verändert habe, dass - nach der Fusion der Bezirksdirektion der K. - der Fachgruppe D und damit der Prüfgruppe mehr Ärzte angehörten. Zudem habe die Beklagte der veränderten Prüfgruppe in ihren Berechnungen (Bl. 15 der Verwaltungsakte) durch den neuen Überleitungsfaktor Rechnung getragen, wobei die durch die Vergrößerung der Prüfgruppe bedingten Veränderungen marginal ausgefallen seien. Da die Begrenzung des abrechenbaren Leistungsumfangs der Klägerin seit Erlass des Genehmigungsbescheids vom 28.11.2003 bekannt gewesen und durch den Anpassungsbescheid vom 18.02.2008 nochmals vor Augen geführt worden sei, habe sie nicht darauf vertrauen dürfen, Leistungen seien auch über die festgelegten quartalsbezogenen Punktzahlbergrenzen hinaus abrechenbar. Der Honorarabrechnungsbescheid für das Quartal 2/2008 begründe keinen Vertrauensschutz dieser Art, zumal Honorarabrechnungsbescheide unter dem Vorbehalt nachträglicher

Korrekturen (u.a.) sachlich-rechnerischer Berichtigungen ergingen.

Gegen das ihr am 25.03.2011 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 21.04.2011 Berufung eingelegt (zunächst geführt unter L 5 KA 1640/11). Zur Begründung hat sie auf ihr bisheriges Vorbringen verwiesen. Primär werde die Verletzung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit durch Kürzung des Honorars ohne vorhergehende Beratung durch die Beklagte bei ansonsten gleichbleibendem Behandlungsverhalten der Klägerin und gleichbleibender Patientenzahl gerügt. Die Bedeutung der Beratung im vertragsärztlichen Bereich habe der Gesetzgeber u.a. durch die Einführung des [§ 106 Abs. 1a SGB V](#) betont. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gelte auch im Anwendungsbereich des [§ 106a SGB V](#). Im Hinblick auf das beim BSG anhängige Verfahren [B 6 KA 36/12 R](#) hat das Landessozialgericht auf übereinstimmenden Antrag der Beteiligten durch Beschluss vom 27.06.2013 das Ruhen des Verfahrens angeordnet. Die Klägerin hat am 22.01.2014 das Verfahren, das nunmehr unter dem Aktenzeichen [L 5 KA 505/14](#) geführt wird, wieder angerufen. Weiterer Vortrag in der Sache ist nicht erfolgt.

Die Klägerin beantragt - sachgerecht gefasst -

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 17.03.2011 und den Bescheid der Beklagten vom 26.11.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11.05.2009 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, Honorar i.H.v. 17.722,71 EUR zurückzuzahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist auf ihr erstinstanzliches Vorbringen und das Urteil des SG.

Die Beteiligten haben sich mit einer Senatsentscheidung ohne mündliche Verhandlung gemäß [§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) einverstanden erklärt.

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

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin, über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung ([§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG](#)) entscheidet, ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) statthaft. Streitgegenstand des Klage- und Berufungsverfahrens ist der Bescheid der Beklagten vom 26.11.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheid vom 11.05.2009, mit dem der Honorarbescheid für das Quartal 2/2008 im Wege der nachgehenden Richtigstellung (dazu etwa BSG, Urteil vom 28.08.2013, - [B 6 KA 50/12 R](#) -, in juris) sachlich-rechnerisch berichtigt wurde und Honorar (teilweise) zurückgefordert wurde. Dagegen richtet sich (zulässigerweise) die Anfechtungsklage der Klägerin ([§ 54 Abs. 1 Satz 1 1. Alternative SGG](#)); daneben ist eine Verpflichtungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1 2. Alternative SGG](#)) - Bescheidungsklage - nicht zu erheben und ein Bescheidungsantrag (als Hilfsantrag) nicht zu stellen. Der Beschwerdewert des [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) (750 EUR) ist bei einem streitigen Rückforderungsbetrag von 17.722,71 EUR überschritten. Die Berufung ist form- und fristgerecht eingelegt worden und daher auch im Übrigen gemäß [§ 151 SGG](#) zulässig.

Die Berufung ist jedoch nicht begründet. Die Beklagte hat das der Klägerin für das Quartal 2/2008 zustehende Honorar zu Recht wegen Überschreitung der für ihre Jobsharing-Praxis als Obergrenze festgesetzten Gesamtpunktzahlvolumina gekürzt und zu viel gezahltes Honorar zurückgefordert. Die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig. Der Senat teilt die Rechtsauffassung des SG und nimmt auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils Bezug ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Ergänzend sei angemerkt:

Die Befugnis der Beklagten zur nachgehenden Richtigstellung von Honorarbescheiden (gemäß [§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) i.V.m. mit den seinerzeit - Quartal 2/2008 - maßgeblichen bundesmantelvertraglichen Regelungen) ist unter den Beteiligten nicht streitig. Der für das Quartal 2/2008 ergangene Honorarbescheid ist rechtswidrig, soweit die vom ZA durch Bescheide vom 28.11.2003 bzw. vom 18.02.2008 für die Jobsharing-Praxis der Klägerin als Obergrenze festgesetzten Gesamtpunktzahlvolumina nicht berücksichtigt worden sind. Die Bescheide des ZA sind wirksam; ein Nichtigkeitsgrund ([§ 40 SGB X](#)) liegt nicht vor. Die Bescheide sind auch bestandskräftig. Die vom Berufungsausschuss für Ärzte für den Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg geäußerte Auffassung zur Ungültigkeit der Regelung in [§ 23c BedarfsplRL a.F.](#) und zur Nichtigkeit hierauf gestützter Bescheide der Zulassungsgremien über die Festsetzung der Gesamtpunktzahlvolumina teilt der Senat nicht; insoweit sei auf das Senatsurteil vom gleichen Tag im Berufungsverfahren [L 5 KA 2789/13](#) verwiesen. Der Senat hat darin Folgendes ausgeführt:

Der Beklagte hat den Bescheid des ZA vom 25.05.2004/Beschluss vom 20.04.2004 zu Unrecht als nichtig verworfen. Es sind weder die Voraussetzungen des allgemeinen Nichtigkeitstatbestands in [§ 40 Abs. 1 SGB X](#) noch die Voraussetzungen des besonderen Nichtigkeitstatbestands in [§ 40 Abs. 2 Nr. 5 SGB X](#) erfüllt. Es liegt (schon) ein Fehler i.S.d. [§ 40 Abs. 1 SGB X](#) nicht vor. Der ZA hat vielmehr die für die Jobsharing-Praxis der Beigeladenen zu 1) als Obergrenze (für die Leistungsabrechnung) maßgeblichen Gesamtpunktzahlvolumina rechtsfehlerfrei festgesetzt. Der Senat geht in seiner Rechtsprechung (vgl. etwa: Urteil vom 26.09.2012, - [L 5 KA 4604/11](#) -, in juris) von der Gültigkeit der dafür hier noch maßgeblichen Vorschriften in [§§ 23a ff. BedarfsplRL a.F.](#) (vgl. nunmehr [§§ 40 ff. BedarfsplRL n.F.](#)) aus. Das gilt namentlich auch für die Regelung in [§ 23a BedarfsplRL](#), wonach die Gesamtpunktzahlvolumina so festzulegen sind, dass die in einem entsprechenden Vorjahresquartal gegenüber dem erstzugelassenen Vertragsarzt anerkannten Punktzahlanforderungen um nicht mehr als 3 v.H. überschritten werden, wobei das Überschreibungsvolumen von 3 v.H. auf den Fachgruppendurchschnitt des Vorjahresquartals zu beziehen ist. Die gegen die Gültigkeit dieser Vorschriften erhobenen Einwendungen des Beklagten teilt der Senat nicht. Er sieht sich darin in Einklang mit dem BSG, das seiner (einschlägigen) Rechtsprechung die in Rede stehenden Vorschriften ebenfalls zu Grunde legt, ohne (etwa im Hinblick auf den vom Beklagten herangezogenen Aufsatz von Kamps, in MedR 1998, 103) Zweifel an deren Gültigkeit zu äußern (vgl. nur etwa: BSG, Urteil vom 15.07.2015, - [B 6 KA 26/14 R](#) - in juris Rdnr. 16; auch BSG, Urteil vom 28.08.2013, - [B 6 KA 17/13 R](#) -, in juris Rdnr. 16; Urteil vom 12.12.2012, - [B 6 KA 1/12 R](#) -, in juris Rdnr. 24; entsprechend auch etwa LSG Hamburg, Urteil vom 19.08.2015, - [L 5 KA 51/14](#) -, in juris oder LSG Sachsen, Urteil vom 22.09.2010, - [L 1 KA 7/09](#) -, in juris Rdnr. 53 sowie jurisPK-SGB V/Pawlita [§ 101 Rdnr. 144](#)). Der Normgeber der BedarfsplRL hat in den genannten Vorschriften - gestützt auf die (ihrerseits verfassungsmäßige) Ermächtigungsgrundlage in

[§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V](#) - ohne Gesetzes- oder Verfassungsverstoß, namentlich ohne Überschreitung der rechtlichen Grenzen des ihm zukommenden normgeberischen Gestaltungsspielraums, näher festgelegt, wann eine i.S.d. [§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V](#) "wesentliche" Überschreitung des bisherigen Praxisumfangs vorliegt (LSG, Sachsen, a. a. O.). Der ZA hat die ihn ebenso wie den Beklagten und die Gerichte bindenden Vorschriften der BedarfspIRL a.F. zutreffend angewendet. Fehler bei der Berechnung der Gesamtpunktzahlvolumina sind weder geltend gemacht noch ersichtlich. Da von der Gültigkeit der in Rede stehenden Rechtsvorschriften auszugehen ist, kann der Senat offen lassen, ob der Beklagte als Verwaltungsbehörde befugt wäre, von ihm als ungültig eingestufte Rechtsvorschriften zu verwerfen oder unangewendet zu lassen oder ihnen (gar) einen von ihm für richtig erachteten Inhalt zu geben.

Die Klägerin kann sich auch nicht auf Vertrauensschutz berufen. Unter welchen Voraussetzungen der Vertragsarzt gegen eine im Wege nachgehender Richtigstellung von Honorarbescheiden verfügte Honorarkürzung bzw. -rückforderung Vertrauensschutz einwenden kann, hat das BSG in seinen Urteilen vom 28.08.2013 (- [B 6 KA 43/12 R](#) -, - [B 6 KA 50/12 R](#) -, - [B 6 KA 17/13 R](#) -, in juris) zusammenfassend und nach Fallgruppen geordnet dargestellt. Hier ist keine der vom BSG angeführten Fallgruppen einschlägig. Die Beklagte hat die nachgehende Richtigstellung des für das Quartal 2/2008 ergangenen Honorarbescheides am 26.11.2008 und damit innerhalb der hierfür maßgeblichen Vierjahresfrist verfügt. Die Richtigstellungsbefugnis auch nicht deshalb verbraucht, weil die Honorarforderung in der Vergangenheit sachlich-rechnerisch auf ihre Richtigkeit überprüft und vorbehaltlos bestätigt worden ist. Etwaige Auswirkungen der Errichtung der Beklagten aus den vormaligen vier regionalen K. oder von Veränderungen der Fachgruppenezusammensetzung (aufgrund geänderter Prüfgruppensystematik) stellen Ungewissheiten, die Gegenstand eines Vorläufigkeitsvermerks sein könnten oder müssten, nicht dar. Sie betreffen insbesondere nicht die Grundlagen der Honorarverteilung, sondern die Anpassung der für die Leistungsabrechnung der jeweiligen Jobsharing-Praxis maßgeblichen Gesamtpunktzahlvolumina an den Fachgruppendurchschnitt nach Maßgabe des § 23f BedarfspIRL a.F., wobei insbesondere die Entwicklung des Fachgruppendurchschnitts in der Zukunft nicht im Vorhinein mit Gewissheit festgestellt werden kann; das ist dem im Jobsharing tätigen Vertragsarzt auch bewusst. Im Übrigen hat die Beklagte über die Multiplikation des Anpassungsfaktors von 0,86556 mit dem Prüfgruppendurchschnitt von 1.690,685,0 Punkten auch auf den EBM 2008 reagiert. Änderungen, die die Arztgruppe betreffen, spiegeln sich im Fach- bzw. Prüfgruppendurchschnitt wider. Es erfolgte hier auch nicht eine nachträgliche Änderung der Punktzahlobergrenzen, diese waren der Klägerin vielmehr bereits aufgrund des Bescheids vom 28.11.2003 bekannt. Rückwirkend wurden sie ab 01.10.2006 mit Bescheid vom 18.02.2008 erhöht. Beide Bescheide waren der Klägerin vor dem hier streitigen Quartal 2/2008 bekannt. Die Klägerin trägt auch nicht vor, dass der Honorarbescheid für das Quartal 2/2008 Rechenfehler oder vergleichbare Defizite enthalten habe. Er berücksichtigte vielmehr die für die Jobsharing-Praxis der Klägerin maßgeblichen Gesamtpunktzahlvolumina (noch) nicht (dazu ebenfalls etwa BSG, Urteil vom 28.08.2013, - [B 6 KA 50/12 R](#) -, in juris).

Aufgrund der Änderung des EBM 2008 hätte die Klägerin darüber hinaus auch die Möglichkeit gehabt, eine Anpassung der Abrechnungsobergrenzen zu beantragen (§ 23e Satz 2 BedarfspIRL-Ärzte). Dieser Antrag hätte - bei Erfolg - zu einer Erhöhung der Abrechnungsobergrenzen geführt. Einen solchen Antrag hat die Klägerin nicht gestellt. Mittlerweile kann keine rückwirkende Korrektur der Abrechnungsobergrenzen mehr beantragt werden. Zwar ist der hier angefochtene Rückforderungsbescheid noch nicht bestandskräftig, so dass das Rechtsschutzbedürfnis für eine rückwirkende Korrektur der Abrechnungsobergrenzen nicht bereits wegen der Bestandskraft des Rückforderungsbescheids fehlt. Ein Korrekturantrag muss, wenn die Kassenärztliche Vereinigung die Folgerungen aus einer Überschreitung der Abrechnungsobergrenzen im Honorarbescheid für das jeweilige Quartal (also quartalsgleich) zieht, und der Arzt geltend machen will, die Grenzen müssten korrigiert werden, mit der Anfechtung des Rückforderungsbescheids beim Zulassungsausschuss jedoch unverzüglich gestellt werden. Zumindest muss der Arzt deutlich machen, dass er sich einen solchen Antrag vorbehält und nur deshalb (noch) nicht explizit stellt, weil noch nicht hinreichend belegbar ist, dass er wegen der Auswirkungen von Änderungen des EBM-Ä auf seine Praxis einen Anspruch auf Anhebung der Abrechnungsobergrenzen in einem bestimmten Umfang hat. Auch an einem solchen Vorbehalt fehlt es hier (vgl. zum Ganzen: BSG, Urteil vom 28.08.2013 - [B 6 KA 36/12 R](#) -, in juris). Der Widerspruch der Klägerin vom 27.11.2008 entspricht auch nicht den an einen Antrag auf Erhöhung des Gesamtpunktzahlvolumens zu stellenden Anforderungen mit Blick auf eine substantiierte, auf die konkrete Job-Sharing-Praxis bezogene Berechnung (BSG, Urteil vom 12.12.2012 - [B 6 KA 1/12 R](#) -, in juris). Die Beklagte war deshalb auch nicht verpflichtet, den Widerspruch an den ZA weiterzuleiten (BSG, Urteil vom 28.08.2013 - [B 6 KA 43/12 R](#) -, in juris).

Auch für eine Neubestimmung und Anhebung der Gesamtpunktzahlvolumina im Wege einer Härtefallentscheidung - wofür im Übrigen die Zulassungsgremien zuständig wären - gibt es keine Rechtsgrundlage. Die entsprechende Anwendung von in anderem Regelungszusammenhang getroffenen Härtefallbestimmungen kommt angesichts des abschließenden Charakters der hier maßgeblichen Vorschriften in der BedarfspIRL nicht in Betracht; insoweit sei auf die bereits angeführte Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 12.12.2012, - [B 6 KA 1/12 R](#) -, in juris) verwiesen.

Die Beklagte traf - nachdem die Bescheide hinsichtlich der Gesamtpunktzahlvolumina vor dem Quartal 2/2008 der Klägerin ebenso wie der EBM 2008 bekannt war - insoweit auch keine Beratungspflicht. Die Klägerin konnte sich hierauf entsprechend einstellen. Im Übrigen dürfte auch der Beklagten - wie schon ausgeführt - nicht im Einzelnen bekannt gewesen sein, wie sich die Änderung des EBM 2008 über die veranlassten Änderungen hinaus auswirkt, so dass sie zu einer weitergehenden Beratung gar nicht in der Lage war und eine solche deshalb auch nicht durchzuführen hatte.

Schließlich musste sich die Beklagte auch nicht zur Wahrung der Verhältnismäßigkeit veranlasst sehen, von der Rückforderung abzusehen. Dies wäre nur dann der Fall, wenn für die Beklagte von vornherein, das heißt ohne dass es dafür weiterer Ermittlungen bedurft hätte, erkennbar gewesen wäre, dass Fehler vorliegen, die erfahrungsgemäß auf einem Versehen beruhen, wenn die fehlerhafte Honoraranforderung durch eine missverständliche oder unzutreffende Information oä seitens der Beklagten mitverursacht worden wäre oder wenn die Klägerin in offenem Dissens mit der Beklagten eine Gebührennummer angesetzt hätte, weil sie die Anrechenbarkeit einer gerichtlichen Klärung zufügen wollte (BSG, Urteil vom 11.03.2009 - [B 6 KA 62/07 R](#) -, in juris). Diese Konstellationen liegen bei einer über dem Gesamtpunktzahlvolumen liegenden Honorarforderung jeweils nicht vor.

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

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 52 Abs. 3 GKG](#). Maßgeblich ist der in den angefochtenen Bescheiden festgesetzte Rückforderungsbetrag von 17.722,71 EUR.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-04-08