

L 5 KA 665/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
5
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 20 KA 2273/11
Datum
22.11.2012
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KA 665/13
Datum
26.10.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 22.11.2012 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen.

Der Streitwert wird endgültig auf 201.855,32 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Klägerin wendet sich gegen die Anwendung des (bis 31.12.2015 geltenden) Investitionskostenabschlags von 10 % auf die Erstattung von Dialysesachkosten und von Kosten für Sprechstundenbedarf.

Die Klägerin ist Trägerin der Universitätsklinik M. mit (u.a.) der Medizinischen Klinik V - Nephrologische Klinik - (Betriebsstättennummer (BSNR) 5), der Hochschulambulanz (BSNR 5), dem Institut für Anästhesie (BSNR 5) und den Notfallambulanzen der Augenklinik (BSNR 5), den Kliniken für Chirurgie (BSNR 5) und Frauenheilkunde (BSNR 5), der HNO-Klinik (BSNR 5), der Hautklinik (BSNR 5), der Kinderklinik (BSNR 5), der Medizinischen Klinik I und II (BSNR 5), der Neurologischen Klinik (BSNR 5), der Orthopädischen Klinik (BSNR 5), der Urologischen Klinik (BSNR 5) sowie den Kliniken für Kinderchirurgie (BSNR 5), Unfallchirurgie (BSNR 5) und Neurochirurgie (BSNR 5). Die Universitätsklinik M. ist in den Krankenhausplan 2000 des Landes Baden-Württemberg aufgenommen worden und hat deshalb Anspruch auf Förderung nach Maßgabe des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (vgl. 8 Abs. 1 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)). Für öffentlich geförderte Krankenhäuser (dieser Art), die (auf Grund einer Ermächtigung) an der (ambulanten) vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sah [§ 120 Abs. 3 Satz 2](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (in der bis 31.12.2015 geltenden Fassung, SGB V a.F.) vor, dass die Vergütung für ambulante Leistungen um einen Investitionskostenabschlag von 10 % (im Folgenden: Investitionskostenabschlag) zu kürzen ist.

Mit Beschluss des Zulassungsausschusses (ZA) vom 12.02.2003 wurde die Medizinische Klinik V - Nephrologische Klinik - der Universitätsklinik M. zur (ambulanten) Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten ermächtigt.

Mit Honorarbescheiden vom 07.10.2009, 14.12.2009, 15.01.2010 und 16.04.2010 setzte die Beklagte für jede Klinik bzw. BSNR der Universitätsklinik M. das Honorar für die in den Quartalen 1/2009 bis 4/2009 (ambulant) erbrachten Leistungen fest. Alle Leistungen, auch die Kosten für Sprechstundenbedarf (Gebührenordnungspositionen (GOP) 99400 und 99401 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen (EBM)) und die Dialysesachkosten (GOP 98533A, 98533M, 98534A und 98548B EBM) wurden in den Quartalen 2/2009 und 3/2009 voll erstattet. In den Quartalen 1/2009 und 4/2009 wurden die Erstattungsbeträge um den Investitionskostenabschlag gekürzt.

Am 22.10.2009 und 14.05.2010 erhob die Klägerin Widerspruch; sie wandte sich gegen die Kürzung der Kostenerstattung für Sprechstundenbedarf und Dialysesachkosten um den Investitionskostenabschlag (Honorarbescheide vom 07.10.2009 und 16.04.2010).

Mit - ohne Anhörung ergangenem - Bescheid vom 27.01.2010 hob die Beklagte die Honorarbescheide vom 14.12.2009 (Quartal 2/2009) und 15.01.2010 (Quartal 3/2009) teilweise auf und setzte das Honorar der Klägerin teilweise neu fest, sie kürzte die Kostenerstattung für Sprechstundenbedarf und Dialysesachkosten auch in den Quartalen 2/2009 und 3/2009 um den Investitionskostenabschlag. Zur Begründung wurde ausgeführt, die Klägerin hätte aus den Abrechnungsunterlagen erkennen können, dass der Investitionskostenabschlag zu Unrecht nicht abgesetzt worden sei und deshalb auf den Bestand der Honorarbescheide nicht vertrauen dürfen. Die Honorarbescheide

müssten im öffentlichen Interesse aufgehoben werden, weil der Überzahlungsbetrag für die Vergütung der anderen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nicht zur Verfügung stehe.

Am 09.02.2010 erhob die Klägerin auch gegen den Bescheid vom 27.01.2010 Widerspruch. Zur Begründung bezog sie sich auf die Begründung des gegen die Honorarbescheide vom 07.10.2009 und 16.04.2010 eingelegten Widerspruchs.

Mit Widerspruchsbescheid vom 05.04.2011 wies die Beklagte die Widersprüche zurück. Zur Begründung führte sie aus, die Honorarbescheide vom 14.12.2009 und 15.01.2010 hätten gemäß [§ 45 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch \(SGB X\)](#) aufgehoben werden müssen; sie hätten gegen die Regelung des [§ 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) a.F. verstoßen. Nach dieser Vorschrift müsse auch die Kostenerstattung für Sprechstundenbedarf und für gesondert abrechnungsfähige Dialysesachkosten um den Investitionskostenzuschlag gekürzt werden, weil die Universitätsklinik M. ein öffentlich gefördertes Krankenhaus sei und deshalb die Doppelfinanzierung von Investitionskosten durch Steuergelder des Staates und Beitragsgelder der Krankenkassen zu vermeiden sei.

Am 15.04.2011 erhob die Klägerin Klage beim Sozialgericht Stuttgart (SG). Sie trug vor, die Dialysesachkosten dürften nicht um den Investitionskostenabschlag gekürzt werden. Die Vorschrift des [§ 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) a.F. habe die bisherige Rechtsprechung und Verwaltungspraxis bestätigen sollen ([BT-Drucks. 11/2237](#) und 200/88, jeweils S. 203). Für RVO-Zeiten sei der Investitionskostenabschlag auf gesondert zu erstattende Sachkosten nicht angewendet worden. Die gesondert berechnungsfähigen Sachkosten (hier: Dialysesachkosten gemäß GOP 98533A, 98533M, 98534A und 98548B EBM und Kosten für Sprechstundenbedarf gemäß GOP 99400 und 99401 EBM) seien nicht Teil der Vergütung i.S.d. [§ 120 Abs. 1 SGB V](#), weil sie - anders als die allgemeinen Praxiskosten - nicht gemäß [§ 120 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) mit den Gebühren für ärztliche Leistungen abgegolten seien. Sie seien deshalb auch von der Anwendung des [§ 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) a.F. (Investitionskostenabschlag) ausgenommen. Die gesondert berechnungsfähigen Sachkosten zählten zwar zur Gesamtvergütung, obwohl sie für die Beklagte reine Durchlaufposten darstellten (Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 02.10.1996, - [6 Rka 28/96](#) -, in juris, Rdnr. 24). Gemäß [§ 85 Abs. 3a Satz 4 SGB V](#) seien aber die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten nichtärztlichen Dialyseleistungen außerhalb der Gesamtvergütung zu honorieren. Die Vergütung nach [§ 120 Abs. 1 SGB V](#) erfasse nur das aus der Gesamtvergütung zu zahlende Honorar. Außerhalb der Gesamtvergütung geleistete Zahlungen für die in einer (ermächtigten) Einrichtung erbrachten ambulanten (vertragsärztlichen) Leistungen würden vom Investitionskostenabschlag bei wortlautbezogener Auslegung des [§ 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) a.F. nicht erfasst. Die Dialysesachkosten stellten nichtärztliche Dienstleistungen ([§§ 85 Abs. 3a Satz 4, 126 Abs. 3 SGB V](#)) dar; unter "Vergütung" i.S.d. [§ 120 Abs. 1 SGB V](#) sei aber nur die Honorierung ärztlicher Leistungen zu verstehen. Davon abgesehen seien die Dialysesachkosten für Versicherte der Allgemeinen Ortskrankenkasse (A.) B.-W. nicht nach den Bestimmungen des EBM oder nach Maßgabe der zwischen der Beklagten und der A. B.-W. geschlossenen Vereinbarung über die ambulante Dialysebehandlung erstattet worden, sondern auf der Grundlage einer Vereinbarung, die sie im Jahr 1998 mit den Primär- bzw. Ersatzkassen getroffen habe und die im Einzelleistungsvergütungsmodell für Peritonealdialysen einen Sachkostenersatz von 75,00 EUR und für Hämodialysen einen Sachkostenersatz von 164,00 EUR vorsehe. Auf diesen Beträgen (wenn auch jeweils gekürzt um den streitigen Investitionskostenabschlag) beruhten die hier für die Dialysesachkosten abgerechneten Leistungen nach GOP 98533A, 98533H und 98534A EBM (Peritonealdialyse zu jeweils 67,50 EUR (75,00 EUR x 0,9)) bzw. GOP 98548A EBM (Hämodialyse zu jeweils 147,60 EUR (164,00 EUR x 0,9)). Die Vergütung der Dialysesachkosten auf der Grundlage der genannten Vereinbarung - außerhalb der Gesamtvergütung - beruhe darauf, dass die Dialysesachkosten den Vergütungsregelungen über Heilmittel unterlägen, welche die Gesamtvergütung nicht berührten. Auch die pauschalierte Erstattung der Sprechstundenbedarfskosten (GOP 99400 und 99401 EBM) erfolge außerhalb der Gesamtvergütung. Beim Sprechstundenbedarf handele es sich um ein "Sammelsurium" aus Arzneimitteln, Verbandmitteln und sonstigen Materialien, die nicht für einzelne Versicherte, sondern allgemein für den Gesamtbedarf der Praxis verordnet würden. Die Sprechstundenbedarfsvereinbarung (zwischen der Beklagten und den Krankenkassenverbänden) sehe hierfür entweder die Abrechnung zwischen dem Lieferanten des Sprechstundenbedarfs und der A. B.-W. (Direktabrechnung) oder die Abrechnung zwischen dem Arzt und der A. B.-W. (Kostenerstattung), nicht jedoch die Abrechnung zwischen dem Verordner und der Beklagten vor. Sprechstundenbedarf werde also zwingend außerhalb der Gesamtvergütung vergütet. Wegen der Vielzahl der Behandlungsfälle sei aus Praktikabilitätsgründen - abweichend von den Abrechnungswegen der Sprechstundenbedarfsvereinbarung - eine Vereinbarung zwischen ihr, der Klägerin, der Beklagten und den Krankenkassenverbänden zur Pauschalierung des von ihr benötigten Sprechstundenbedarfs hinsichtlich der GOP 99400 EBM von 5,11 EUR und der GOP 99401 EBM von 0,77 EUR - in den Honorarbescheiden jeweils um 10 % vermindert - abgeschlossen worden. Die mit Bescheid vom 27.01.2010 (Widerspruchsbescheid vom 05.04.2011) verfügte (Teil-)Aufhebung der Honorarbescheide für die Quartale 2/2009 und 3/2009 sei ebenfalls rechtswidrig. Die Kürzung der streitigen Erstattungsbeträge um den Investitionskostenabschlag betreffe keine verteilungswirksamen Honorarbestandteile, weshalb die besonderen Funktionsbedingungen für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen nicht berührt würden. Da sie die Kostenerstattungsbeträge verbraucht habe, komme ihr Vertrauensschutz nach Maßgabe des [§ 45 Abs. 2 Satz 2 SGB X](#) zu. Die Voraussetzungen des [§ 45 Abs. 2 Satz 3 SGB X](#) seien nicht erfüllt. Zum einen gehe aus den Honorarbescheiden nicht hervor, ob der Investitionskostenabschlag auf die einzelne GOP angewendet worden sei, weil nur die Gesamtbeträge ohne nähere Erläuterung der Berechnung ausgewiesen seien. Außerdem habe die Beklagte die Kürzung der Dialysesachkosten und der Kosten für Sprechstundenbedarf um den Investitionskostenabschlag erstmals für das Quartal 1/2009 vorgenommen. Grobe Fahrlässigkeit könne man ihr nicht vorwerfen, weil die vermeintliche Rechtswidrigkeit der Honorarbescheide nicht ohne weitere Nachforschungen erkennbar sei.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Sie trug vor, unter der Vergütung i.S.d. [§ 120 Abs. 1 SGB V](#), auf die sich die Regelung zum Investitionskostenabschlag in [§ 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) a.F. beziehe, sei nicht nur die vertragsärztliche Gesamtvergütung, sondern allgemein die Vergütung nach vertragsärztlichen Grundsätzen zu verstehen; dazu gehöre auch die Erstattung der nicht von der Gesamtvergütung erfassten Sachkosten. Die Wendung "Vergütung nach Abzug der anteiligen Verwaltungskosten sowie der dem Krankenhaus nach [§ 120 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) entstehenden Kosten" in [§ 120 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) bestätige das. Der Zweck des Investitionskostenabschlags - Vermeidung von Doppelfinanzierungen - spreche ebenfalls für dessen Anwendung (auch) auf reine Sachkosten. Wenn der Investitionskostenabschlag auf den in einer GOP enthaltenen Kostenanteil anzuwenden sei, müsse er erst Recht für eine GOP gelten, die nur die Erstattungen von Kosten regele. Die Dialysesachkosten umfassten die Kosten für das Dialysegerät, den Dialysator oder Schlauchsysteme. Da auch teilweise ambulant genutzte medizinisch-technische Geräte über die Investitionskosten nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz mit Landesmitteln gefördert würden, sei ein Investitionskostenabschlag bei Dialysesachkosten erforderlich. Die Klägerin habe seit dem 12.02.2003 den Status einer ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtung gemäß [§ 31 Abs. 2 Zulassungsverordnung-Ärzte \(Ärzte-ZV\) i.V.m. Anlage 9.1 Bundesmantelvertrag-Ärzte \(BMV-Ä\)](#); sie erbringe damit Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung. Auch wenn die Klägerin und die A. B.-W. den von der Klägerin angeführten (Alt-)Vertrag mangels Kündigung faktisch fortsetzten und abrechnungstechnisch weiter anwendeten, ändere dies nichts an der Rechtsnatur der vertragsärztlichen

Leistungserbringung. Die teilweise Aufhebung der Honorarbescheide für die Quartale 2/2009 und 3/2009 (hinsichtlich der Anwendung des Investitionskostenabschlags) sei ebenfalls rechtmäßig. Auf Vertrauensschutz nach [§ 45 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 SGB X](#) könne sich die Klägerin nicht berufen, weil sie die (teilweise) Rechtswidrigkeit der Honorarbescheide gekannt habe oder habe erkennen müssen. Es sei offensichtlich, dass der Investitionskostenabschlag insgesamt und nicht lediglich bzgl. der Erstattung der Sachkosten zunächst nicht angewendet worden sei. Die Klägerin wisse aber genau, dass sie generell - wie stets in der Vergangenheit - einen Investitionskostenabschlag tragen müsse.

Mit Urteil vom 22.11.2012 hob das SG den Bescheid der Beklagten vom 27.01.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 05.04.2011 auf und verurteilte die Beklagte unter Abänderung der Honorarbescheide für das Quartal 1/2009 und 4/2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 05.04.2011, über die Honoraransprüche der Klägerin für die Quartale 1/2009 und 4/2009 in Bezug auf die BSNR 5 ..., 5 ..., 5 ..., 5 ..., 5 ..., 5 ..., 5 ..., 5 ..., 5 ..., 5 ..., 5 ..., 5 ..., 5 ..., 5 ..., 5 ..., 5 ..., 5 ... unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Zur Begründung führte das SG aus, der Bescheid vom 27.01.2010 (Widerspruchsbescheid vom 05.04.2011), mit dem die Honorarbescheide für die Quartale 2/2009 und 3/2009 teilweise aufgehoben worden seien, sei rechtswidrig. Die Beklagte habe das Interesse der Klägerin am Bestand der Honorarbescheide mit dem gegenläufigen öffentlichen Interesse nicht ausreichend abgewogen und auch ihr Ermessen nicht ausreichend betätigt. Der Klägerin komme Vertrauensschutz zu, da sie das für die Quartale 2/2009 und 3/2009 gezahlte Honorar verbraucht habe ([§ 45 Abs. 2 Satz 2 SGB X](#)). Sie habe (i.S.d. [§ 45 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 SGB X](#)) die (teilweise) Rechtswidrigkeit der Honorarbescheide vom 14.12.2009 (Quartal 2/2009) und 15.01.2010 (Quartal 3/2009) auch weder erkannt noch infolge grober Fahrlässigkeit verkannt. Dass der Investitionskostenabschlag von der Erstattung der Dialysesachkosten und der Kosten für Sprechstundenbedarf nicht abgezogen worden sei, gehe aus den Honorarbescheiden nicht hervor. Bis zum 31.12.2008 habe man Abzüge dieser Art auch nicht vorgenommen, so dass die Klägerin bei gleichbleibenden Rahmenbedingungen mit einer Änderung der Verwaltungspraxis nicht habe rechnen müssen. Im Hinblick auf das anhängige Widerspruchsverfahren zu den Honorarbescheiden für die Quartale 2/2009 und 3/2009 habe die Klägerin die Erstattung der Dialysesachkosten und der Kosten des Sprechstundenbedarfs ohne Investitionskostenabschlag in den Quartalen 2/2009 und 3/2009 als Rückkehr zur bisherigen Praxis verstehen dürfen. Die Honorarbescheide für die Quartale 1/2009 und 4/2009 (Widerspruchsbescheid vom 05.04.2011) seien ebenfalls rechtswidrig. Der Investitionskostenabschlag dürfe zwar grundsätzlich auch auf die Erstattung der Dialysesachkosten und der Kosten für Sprechstundenbedarf angewendet werden (Urteil des SG vom 22.11.2012, - S 20 KA 2423/11 -, nicht veröffentlicht, unter Hinweis auf die Rechtsprechung des BSG). Hier müssten die Dialysesachkosten und die Kosten für Sprechstundenbedarf aber auch in den Quartalen 1/2009 und 4/2009 nach Maßgabe der hierfür geltenden, im Jahr 1998 geschlossenen Vereinbarung zwischen der Klägerin und den Krankenkassenverbänden erstattet werden. Diese Vereinbarung, die nicht gekündigt worden sei und auf die in Rede stehenden Kosten weiter angewendet werde, sehe einen Investitionskostenabschlag nicht vor. Die Vertragsparteien könnten zwar anderes vereinbaren (dazu BSG, Urteil vom 31.1.2001, - B 6 KA 33/00 R -, in juris, Rdnr. 21), hätten dies hier aber nicht getan. Der Klägerin stünden für Dialysesachkosten und Kosten für Sprechstundenbedarf daher die vertraglich vereinbarten Preise ohne Investitionskostenabschlag zu. Die Erteilung einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten lasse die Geltung der genannten Verträge unberührt.

Gegen das ihr am 17.01.2013 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 14.02.2013 Berufung eingelegt. Zur Begründung trägt sie vor, die angefochtenen Bescheide seien rechtmäßig. Das SG habe zutreffend festgestellt, dass die Anwendung des Investitionskostenabschlags (auch) auf die Erstattung der Dialysesachkosten grundsätzlich zulässig sei. Daran ändere die (nicht gekündigte und weiter angewendete) Vereinbarung zwischen der Klägerin und den Krankenkassenverbänden aus dem Jahr 1998 nichts. Die Universitätsklinik M. sei - worauf es allein ankomme - nämlich gemäß [§ 31 Abs. 2 Ärzte-ZV i.V.m. Anlage 9.1 BMV-Ä ab 12.03.2003](#) zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt worden und habe daher in den Quartalen 1/2009 und 4/2009 Leistungen im System der vertragsärztlichen Versorgung erbracht. Bei der Universitätsklinik M. handele es sich auch um ein öffentlich gefördertes Krankenhaus i.S.d. [§ 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#), weshalb die vertragsärztlichen Leistungen nach Maßgabe des [§ 120 SGB V](#) unter Anwendung des Investitionskostenabschlags zu vergüten seien. Für die aufgrund der Ermächtigung erbrachten (vertragsärztlichen) Leistungen gehöre die Medizinische Klinik V - Nephrologische Klinik - der Universitätsklinik M. zum Kreis der Leistungserbringer, deren Leistungen nach [§ 120 SGB V](#) als Leistungen ärztlich geleiteter Einrichtung ([§ 31 Ärzte-ZV](#)) vergütet würden. Der Investitionskostenabschlag solle Doppelfinanzierungen hinsichtlich aller Leistungen eines öffentlich geförderten Krankenhauses vermeiden. Der vom SG angeführten Vereinbarung könne nicht entnommen werden, dass die darin geregelte Vergütung Investitionskosten nicht abdecken solle. Bei der (teilweisen) Aufhebung der Honorarbescheide habe sie Ermessen nicht ausüben müssen. Sie sei gemäß [§ 106a SGB V](#) zur nachgehenden Richtigstellung von Honorarbescheiden befugt. Auf Vertrauensschutz könne sich die Klägerin gemäß [§ 45 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 SGB X](#) nicht berufen. Im Urteil vom 24.10.2012 (- [L 5 KA 5778/11](#) -, in juris) habe das Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg ausgeführt, Honorarbescheide könnten nur berichtigt werden, wenn Vertrauensschutz in entsprechender Anwendung des [§ 45 Abs. 2 Satz 3 SGB X](#) i.V.m. Abs. 4 Satz 1 SGB X ausgeschlossen sei. Auch dann sei der Honorarbescheid aber zwingend mit Wirkung für die Vergangenheit zurückzunehmen. Deshalb habe sie auch bei der Aufhebung der Honorarbescheide für die Quartale 2/2009 und 3/2009 Ermessen nicht ausüben, sondern nur Vertrauensschutz nach [§ 45 Abs. 2 SGB X](#) prüfen müssen. Das sei auch geschehen. Vertrauensschutz bestehe nicht. Gemäß [§ 45 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 SGB X](#) könne sich der Begünstigte nicht auf Vertrauensschutz berufen, soweit er die Rechtswidrigkeit des Verwaltungsaktes gekannt oder infolge grober Fahrlässigkeit nicht gekannt habe. Hier sei der Investitionskostenabschlag zunächst offensichtlich nicht angewendet worden, und zwar für die gesamte Vergütung und nicht nur hinsichtlich der Sachkosten. Die Anwendung des Investitionskostenabschlags sei aus der GOP-Übersicht ersichtlich, die dann jeweils den um 10 % gekürzten EBM-Betrag ausweise. Betrachte man alle Leistungen dieser Übersicht, etwa die Grundpauschale nach GOP 01321 EBM, sei offenkundig, dass in den Abrechnungen für die Quartale 2/2009 und 3/2009 zunächst der volle EBM-Betrag von 15,75 EUR ausgewiesen sei, in der später korrigierten Abrechnung sodann der um den Investitionskostenabschlag verminderte Betrag von 14,18 EUR (15,75 EUR - 10%). Die Klägerin wisse, dass sie generell - wie stets in der Vergangenheit - (vgl. etwa die GOP-Übersicht für das Quartal 1/2009) - einen Investitionskostenabschlag tragen müsse. Dass dies ihrer insoweit sachkundigen Verwaltung entgangen sein könnte, sei ausgeschlossen, jedenfalls läge dann aber grobe Fahrlässigkeit vor. Deshalb sei auch unerheblich, dass die Klägerin die Vergütungszahlungen verbraucht habe.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 22.11.2012 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen,

hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Sie verteidigt das angefochtene Urteil. Die Regelung in [§ 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) a.F. gelte nur für das Arzthonorar im eigentlichen Sinne, nicht jedoch für Kostenerstattungen (vgl. auch SG Stuttgart, Urteil vom 22.11.2012, - S 20 KA 2423/11 -; Berufung zurückgewiesen durch LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 16.03.2016, - [L 5 KA 666/13](#) -, nicht veröffentlicht); nichtärztliche Dialyseleistungen (Dialysesachkosten) i.S.d. [§ 85 Abs. 3a Satz 4 SGB V](#) im Besonderen würden - aus den im Berufungsverfahren [L 5 KA 666/13](#) geltend gemachten weiteren Gründen - von der Vorschrift nicht erfasst. Die GOP 98533A, GOP 98533H, GOP 98534A und GOP 98548A EBM einerseits und die GOP 99400 und GOP 99401 EBM andererseits hätten weder Sachkosten noch die Vergütung ärztlicher Leistungen (Arzthonorar), sondern ärztlich verordnete Mittel zum Gegenstand. Auf Verordnungen sei [§ 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) a.F. jedoch von vornherein nicht anwendbar. Die GOP 98533A, 98533H, 98534A und 98548A EBM beträfen jeweils nichtärztliche Dialyseleistungen i.S.d. [§ 126 Abs. 3 SGB V](#). Sie habe die Leistung nach der jeweiligen GOP zwar auf der Grundlage einer Institutsermächtigung (übergangsrechtlich erteilte Ermächtigung zur Erbringung von Dialyseleistungen im Rahmen eines besonderen Versorgungsauftrages) erbracht; die Dialysesachkosten seien nach den Regelungen in Anhang 9.1.3 zur Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV-Ä bzw. im Kapitel 40.14 EBM (GOP 40811 ff. EBM) für Versicherte der A. B.-W. nach Maßgabe der von der Beklagten und der A. B.-W. als Anlage zum Gesamtvertrag getroffenen Sondervereinbarung abzurechnen. Abweichend davon habe sie die nichtärztlichen Dialyseleistungen (GOP 98533A, 98533H und 98548A EBM) in den streitigen Quartalen jedoch weiterhin auf der Grundlage der bereits vor Erteilung der Ermächtigung (1998) mit den Primär- und Ersatzkassen gemäß [§ 126 Abs. 5 SGB V](#) a.F. (jetzt: [§ 126 Abs. 3 SGB V](#)) geschlossenen Vereinbarung abgerechnet, was die Beklagte mit den (abgeänderten) Honorarbescheiden auch akzeptiert habe; die Frage nach der Maßgeblichkeit der Vereinbarung ab Erteilung der Übergangsermächtigung könne daher offen bleiben. Bei den Dialysesachkosten handele es sich um nichtärztliche Dialyseleistungen (i.S.d. [§ 126 Abs. 3 SGB V](#)), die außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung erbracht würden und - entsprechend dem Wortlaut des [§ 126 Abs. 3 SGB V](#) - der Hilfsmittelabgabe gleichgestellt seien (vgl. Hauck/Noftz, SGB V, K § 126 unter Nr. 5). Zur Abgabe von Hilfsmitteln habe [§ 120 SGB V](#) jedoch insgesamt keinen Bezug. Die von [§ 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) a.F. allein erfasste Vergütung nach [§ 120 Abs. 1 SGB V](#) beschränke sich von vornherein auf ambulante ärztliche Leistungen, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht würden. Die GOP 99400 und 99401 EBM habe jeweils die pauschalierte Erstattung der Kosten für Sprechstundenbedarf zum Gegenstand. Dem hätten Vereinbarungen zwischen ihr, den Krankenkassenverbänden und der Beklagten vom Ende der 1980er Jahre zugrunde gelegen, die man abgeschlossen habe, weil der Bezug von Sprechstundenbedarf nach Maßgabe der Sprechstundenbedarfsvereinbarung bei Kliniknotfallambulanzen, jedenfalls in dem bei ihr gegebenen erheblichen Umfang, nahezu unmöglich sei. Deswegen seien pauschalierend-vereinfachende Regelungen getroffen worden, die den Rechtscharakter der Verordnung von Sprechstundenbedarf freilich unberührt ließen. Beim Sprechstundenbedarf handele es sich rechtlich um eine Gesamtheit aus Arzneimitteln, Verbandmitteln und Hilfsmitteln, deren Verordnung keinen Bezug zur ärztlichen Leistung (zum Arzthonorar) selbst aufweise. Der Sprechstundenbedarf sei daher - auch wenn er hier aus Vereinfachungsgründen über die Beklagte abgewickelt werde - von [§ 120 Abs. 1 SGB V](#) und von [§ 123 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) a.F. schon im Ausgangspunkt nicht erfasst. Hinsichtlich der teilweisen Aufhebung der zu den Quartalen 2/2009 und 3/2009 ergangenen Honorarbescheide stehe ihr Vertrauensschutz - ausnahmsweise - nach [§ 45 Abs. 2 SGB X](#) zu. Beachtlich seien insoweit nur augenfällige Fehler, die ohne weitere Nachforschungen aus sich heraus hätten auffallen müssen. Bei Berechnungen sei zur Annahme grober Fahrlässigkeit die Erkennbarkeit des Fehlers durch einen erklärenden Text notwendig (vgl. von Wulffen/Schütze, SGB X, § 45 Rdnr. 57). Ein solcher Erklärungstext finde sich in den Honorarbescheiden zur Anwendung des [§ 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) a.F. nicht. Der Investitionskostenabschlag sei allein dem jeweils ausgewiesenen Eurobetrag zu entnehmen. Sie hätte den Fehler der Beklagten allenfalls mittelbar aus der Höhe des Gesamthonorars ableiten können; insoweit seien quartalsbezogene Schwankungen jedoch - aus vielfältigster Ursache - üblich und gäben für sich genommen keinen besonderen Prüfungsanlass. Der Bescheid vom 27.01.2010 lasse auch nicht erkennen, dass Rücknahmeermessen ausgeübt worden wäre.

Die Beteiligten haben an ihren Standpunkten in abschließenden Stellungnahmen festgehalten. Die Beklagte hat die Maßgeblichkeit der der Klägerin erteilten Ermächtigung betont. Unerheblich sei auch, dass die nichtärztlichen Dialyseleistungen gemäß [§ 85 Abs. 3a Satz 4 SGB V](#) außerhalb der Gesamtvergütung honoriert würden. Nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 17.08.2011, - [B 6 KA 2/11 R](#) -, in juris Rdnr. 37) solle dadurch nur sichergestellt werden, dass die bisher mit einer Sachkostenpauschale vergüteten Leistungen außerhalb der an die Entwicklung der Grundlohnsomme gekoppelten Gesamtvergütung gezahlt würden und die "ungedeckelte" Anpassung der nichtärztlichen Dialyseleistungen an die tatsächliche Kostenentwicklung ermöglicht werde; eine weitergehende Privilegierung sei nicht beabsichtigt gewesen. Die Regelung in [§ 126 Abs. 3 SGB V](#) beziehe sich - so jurisPK-SGB V/Schneider, § 126, Rdnr. 20 - auf nichtärztliche Dialyseleistungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung. Damit fehle der Vorschrift aber jeglicher Anwendungsbereich, da Dialyseleistungen bislang ausschließlich im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht würden. Die Klägerin erbringe die Dialyseleistungen jedenfalls seit Erteilung der Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ausschließlich im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, so dass [§ 126 Abs. 3 SGB V](#) nicht anwendbar sei. Bei den Leistungen nach GOP 99400 und GOP 99401 EBM, die im Gegensatz zum "echten" Sprechstundenbedarf bei jedem Patienten abgerechnet würden, handele es sich um pauschalierte Sachkosten pro Patient und nicht um Sprechstundenbedarf im eigentlichen Sinne, wie er von den Vertragsärzten vorgehalten werde. Diese pauschalierten Sachkosten würden auch von der Regelung des [§ 120 SGB V](#) erfasst. Mit der Vergütung i.S.d. [§ 120 Abs. 1 SGB V](#), worauf [§ 120 Abs. 3 SGB V](#) Bezug nehme, sei nicht nur die vertragsärztliche Gesamtvergütung im engeren Sinne, sondern die gesamte Vergütung einschließlich der sonstigen (Sach-)Kosten gemeint, soweit diese nicht ohnehin aus der Gesamtvergütung bestritten würden. [§ 120 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) stelle nur klar, dass die allgemeinen Praxiskosten und die Sachkosten - wie im vertragsärztlichen Bereich - mit der EBM-Vergütung abgegolten seien. Das bedeute freilich nicht, dass diese Kosten nicht zur Vergütung i.S.d. [§ 120 Abs. 3](#) bzw. Abs. 1 SGB V gehörten. Andernfalls könnten die in [§ 120 Abs. 1 SGB V](#) genannten Einrichtungen gar keine gesondert anfallenden Sachkosten oder auch gar keine ambulanten Leistungen außerhalb der Gesamtvergütung abrechnen. Die Regelung des [§ 120 SGB V](#) sei Rechtsgrundlage für die gesamte Abrechnung ambulanter Krankenhausleistungen; sie werde sukzessive auch auf außerhalb von Krankenhäusern bestehende Einrichtungen angewandt. [§ 120 Abs. 1 SGB V](#) regele allgemein die Vergütung (der Krankenhausleistungen) nach vertragsärztlichen Grundsätzen, wozu auch die Abrechnung der Sachkosten gehöre (vgl. KassKomm/Hess, § 120 Rdnr. 1, 4). Die Regelung in [§ 120 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) bestätige dies; danach werde die Vergütung der ermächtigten Krankenhausärzte vom Krankenhausträger gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet; der Krankenhausträger leite die Vergütung sodann (nach Abzug von Kosten) an die ermächtigten Krankenhausärzte weiter. Sprechstundenbedarf werde zu Lasten der für den Praxisort zuständigen Bezirksdirektion der A. verordnet. Der Arzt erhalte die als Sprechstundenbedarf verordneten Materialien oder Arzneimittel in natura, jedoch keinen Geldbetrag.

Die Klägerin hat insbesondere auf die Abschaffung des Investitionskostenabschlags zum 01.01.2016 hingewiesen. Diese Rechtsänderung sei für alle noch anhängigen Honorarstreitigkeiten - also auch für das vorliegende Verfahren - maßgeblich. Nach dem Verständnis des EBM betreffe eine GOP, die Kostenerstattungen zum Gegenstand habe, nicht die Vergütung ärztlicher Leistungen, sondern eine eigenständige Vergütungskategorie; sie betreffe damit auch nicht die Vergütung ambulanter ärztlicher (Krankenhaus-)Leistungen i.S.d. [§ 120 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#). Die Beklagte hat demgegenüber auf das Senatsurteil vom 16.03.2016 (- [L 5 KA 666/13](#) -, nicht veröffentlicht) zur Rechtmäßigkeit des Investitionskostenabschlags auf Dialysesachkosten verwiesen. Die Klägerin hält dieses Urteil nicht für einschlägig; maßgeblich sei, dass sie die Dialysesachkosten hier auf der Grundlage einer (Alt-)Vereinbarung abgerechnet habe. Außerdem sei die Erstattung pauschalierten Sprechstundenbedarfs streitig. Hinsichtlich der Anwendung des Investitionskostenabschlags auf die GOP 99400 und 99401 EBM habe sich noch ergeben, dass für die Erstattung des pauschalierten Sprechstundenbedarfs nur die GOP 99401 EBM maßgeblich sei. Die GOP 99400 EBM betreffe die pauschale Erstattung gesondert berechnungsfähiger Sachkosten. Dies gehe auf eine Vereinbarung zurück, die sie mit den Krankenkassenverbänden unter Zustimmung der Rechtsvorgängerin der Beklagten (K. V. N.) im Jahr 1992 geschlossen habe. Bei den seinerzeit geführten Verhandlungen sei man sich darüber einig gewesen, dass ihr die festgelegten Pauschalen ohne weitere Abzüge (mit Ausnahme von Verwaltungskosten), also auch ohne Investitionskostenabschlag, zustehen sollten.

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 Beklagten ist gemäß [§§ 143, 144](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft. Der Beschwerdewert des [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) (750 EUR) ist bei einem streitigen Honorarkürzungsbetrag von 201.855,32 EUR überschritten. Die Berufung ist form- und fristgerecht eingelegt worden und daher auch im Übrigen zulässig ([§ 151 SGG](#)). Sie ist auch begründet. Die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig. Das SG hätte der Klage nicht stattgeben dürfen.

Die Honorarbescheide für die Quartale 1/2009 und 4/2009 vom 07.10.2009 und 16.04.2010 (Widerspruchsbescheid vom 05.04.2011) sind rechtmäßig. Die Beklagte hat den Investitionskostenabschlag ([§ 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) a.F.) zu Recht auch auf die Erstattungsbeträge für Sprechstundenbedarf und für Dialysesachkosten angewandt. Der Senat hat in seinem (den Beteiligten bekannten) Urteil vom 16.03.2016 (- [L 5 KA 666/13](#) -, nicht veröffentlicht) entschieden, dass der Investitionskostenabschlag des [§ 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) a.F. auch bei der Vergütung von Dialysesachkosten in Abzug zu bringen ist und dazu Folgendes ausgeführt:

Das BSG hat den in [120 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) a.F. festgelegten Investitionskostenabschlag institutionell begriffen und mit seinem Rechtsgedanken auf jedwede sich im institutionellen Rahmen des Vertragsarztrechts vollziehende (ambulante) Leistungserbringung im Krankenhaus übertragen. Liegt das Tatbestandsmerkmal "öffentlich gefördertes Krankenhaus" vor, so fand die Norm für jeden Bereich vertragsärztlicher Leistungserbringung Anwendung (vgl. Köhler-Hohmann in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, [120 SGB V Rdnr. 77](#); Urteile des erkennenden Senats vom 24.02.2016 - [L 5 KA 3138/12](#) - und - [L 5 KA 226/13](#) n.V.). Entgegen der Auffassung des Klägers waren die Kostenpauschalen nach Ziff. 40.14 des EBM 2009 nicht von der Kürzungsregelung des [§ 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) a.F. ausgenommen. Zu Recht sind die Beklagte und das SG davon ausgegangen, dass diese Kostenpauschalen zu der Vergütung für ambulant erbrachte Krankenhausleistungen im Sinne des [120 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) gehören und damit auch der Kürzung um den zehnzehnten Investitionskostenabschlag unterliegen. Der Kläger kann sich nicht darauf berufen, dass diese Kostenpauschalen nicht Teil der vertragsärztlichen Gesamtvergütung, sondern nach [§ 85 Abs. 3a Satz 4 SGB V](#) a. F. außerhalb der Gesamtvergütung zu erbringen waren. Für den - ungekürzten - Honoraranspruch des Klägers kommt es nicht darauf an, ob die Dialysesachkosten im Jahr 2009 aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung gezahlt worden sind (so nach den Erläuterungen in den jeweiligen GOP des EBM 2009 (40800, 40801, 40802, 40803, 40804, 40805, 40812), die jeweils den Zusatz enthalten: "NEU! gültig ab 01.01.2009: Wird Regelleistungsvolumen frei, aber aus der ärztlichen Gesamtvergütung bezahlt") oder ob diese Vergütung - wie in [85 Abs. 3a Satz 4 SGB V](#) vorgesehen - außerhalb der Gesamtvergütungen honoriert wurden. Denn der Kläger hat die Vergütung der Dialysesachkosten von der Beklagten als Vergütung nach [§ 120 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) für die von ihm erbrachten ambulanten Dialyseleistungen erhalten. Nach dieser Regelung werden die im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte, die in stationären Pflegeeinrichtungen erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen von nach [§ 119b Abs. 1 Satz 4 SGB V](#) ermächtigten Ärzten und ambulante ärztliche Leistungen, die in ermächtigten Einrichtungen erbracht werden, nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet. Die Beklagte hat auf dieser Grundlage die Dialysesachkosten, die typischerweise einen ganz überwiegenden Anteil am Gesamtumsatz bei der Erbringung von Dialysebehandlungen ausmachen (bis zu 90%, vgl. BSG, Urteil vom 17.08.2011, [B 6 KA 2/11 R](#), in juris Rn. 25), als einen wesentlichen Teil der vertragsärztlichen Vergütung an den Kläger als ermächtigte Einrichtung bezahlt. Sie hat damit dem Umstand Rechnung getragen, dass die ambulante Dialysebehandlung durch ermächtigte Einrichtungen wie den Kläger der vertragsärztlichen Versorgung zugeordnet ist und damit dem Vergütungsregime der vertragsärztlichen Versorgung unterfällt. Die Beklagte hat die Regelung des [§ 120 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) mithin dahingehend verstanden, dass die Vergütung an den Kläger nach den Grundsätzen der vertragsärztlichen Vergütung zu erfolgen hat, und mit der Erstattung der Dialysesachkosten gerade nicht darauf abgestellt, ob diese aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung geleistet wird oder nicht. Der Kläger kann sich deshalb nicht auf den Wortlaut des [§ 120 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) berufen, der die Vergütung nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vorsieht. Käme diese Regelung in dem vom Kläger verstandenen Sinne, dass die Dialysesachkosten nicht aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu zahlen seien, zur Anwendung, so hätte dies zur Folge, dass der Kläger eine Erstattung der Dialysesachkosten überhaupt nicht beanspruchen könnte, da diese nicht unter die Vergütung des [§ 120 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) fielen. Darauf hat die Beklagte bereits im erstinstanzlichen Verfahren hingewiesen. Ihre gegenüber dem Normverständnis des Klägers weiter gehende Auslegung der Norm wirkt sich somit zu Gunsten des Klägers aus, so dass er dadurch ersichtlich nicht beschwert ist. Ob die Beklagte die Vergütung des Klägers für die Dialysesachkosten in den streitgegenständlichen Quartalen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung bestritten hat oder nicht, ist für den Vergütungsanspruch des Klägers ohne Belang. Sofern die Beklagte insoweit entgegen der gesetzlichen Regelung des [§ 85 Abs. 3a Satz 4 SGB V](#) a. F. in der zum damaligen Zeitpunkt geltenden Fassung den Erstattungsbetrag tatsächlich aus der Gesamtvergütung erbracht haben sollte, hätte sich dies lediglich zulasten der niedergelassenen Vertragsärzte im Sinne einer Verschmälerung des ihnen zur Verfügung stehenden Honorarvolumens ausgewirkt, nicht aber zulasten des Klägers.

Die Kürzung der von der Beklagten tatsächlich geleisteten Vergütung nach [§ 120 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) um den Investitionskostenabschlag von 10 % auch auf Dialysesachkosten war auch nach dem Sinn und Zweck des [§ 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) a.F. zur Vermeidung der

Doppelfinanzierung gerechtfertigt. Die Kostenpauschalen aus Kap. 40 des EBM enthalten jeweils einen Investitionskostenanteil, der in dem pauschalierten Umfang von 10 % zur Vermeidung einer Doppelfinanzierung abgeschöpft werden sollte. Für die GOP 40800 bis 40808, 40820 bis 40822 ist in dem Erläuterungstext zu GOP 40800 ausdrücklich klargestellt, dass darin Investitionskostenanteile enthalten sind. Danach enthalten diese Kostenpauschalen alle Sachkosten einschließlich Dialysegerät, Dialyse, Schlauchsysteme etc. ... Für die Zuschläge nach den GOP 40810 ff. ergibt sich die Erstreckung auf Investitionskosten aus Nr. 7 der allgemeinen Bestimmungen des EBM 2009, wonach in den GOP - soweit nichts anderes bestimmt ist - die allgemeinen Praxiskosten enthalten sind. Das BSG hat im Urteil vom 17.08.2011 ([B 6 KA 2/11 R](#), in juris) ausgeführt, die Sachkosten bei Dialysepraxen - insbesondere Gerätekosten, Strom- und Wasserkosten, Kosten für Raummiete sowie Personalkosten - unterschieden sich in ihrer Art nicht wesentlich von den Sachkosten anderer Arztpraxen. Ihnen sei gemein, dass sie jeweils die Grundlage für die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bildeten. Dies gilt für die Dialyseeinrichtung des Klägers in gleicher Weise. Für den Senat besteht deshalb kein Zweifel daran, dass sämtliche Kostenpauschalen auch Investitionskostenanteile für die Anschaffung der Geräte sowie die Vorhaltung der Räumlichkeiten, für Strom und Wasser sowie für Personal enthalten. Da der Kläger als öffentlich gefördertes Krankenhaus die Finanzierung seiner Dialyseeinrichtung aus Landesmitteln bestreiten kann, war im Hinblick auf den von [§ 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) a.F. intendierten Zweck der Vermeidung einer Doppelfinanzierung der Abzug des Investitionskostenabschlags auch auf die nach Kostenpauschalen abgerechneten Dialysesachkosten zu Recht erfolgt.

Nichts anderes ergibt sich aus der Regelung des [§ 120 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#). Danach sind die mit diesen (ambulanten ärztlichen) Leistungen verbundenen allgemeinen Praxiskosten, die durch die Anwendung von ärztlichen Geräten entstehenden Kosten sowie die sonstigen Sachkosten mit den Gebühren abgegolten, soweit in den einheitlichen Bewertungsmaßstäben nichts anderes bestimmt ist. Damit wird lediglich klargestellt, dass die GOP für ärztliche Leistungen generell Investitionskostenanteile enthalten. Dies ergibt sich auch aus Nr. 7 der allgemeinen Bestimmungen des EBM 2009. 120 Abs. 1 Satz 2 SGB V besagt hingegen nicht, dass die gesondert abzurechnenden Kostenpauschalen für die Dialysesachkosten aus Kap. 40 des EBM nicht zur Vergütung nach S. 1 dieser Vorschrift zählen. Da gerade die Kostenpauschalen - wie dargelegt - Investitionskostenanteile enthalten, ist es - wie die Beklagte zu Recht geltend macht - erst recht gerechtfertigt, auch von diesen dem Kläger gezahlten Vergütungsbestandteilen den Investitionskostenabschlag aus [§ 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) a.F. abzusetzen.

Der Kläger kann auch aus der Neufassung [§ 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) nicht herleiten, dass die Dialysesachkosten als eigenständige Vergütungskategorie zu verstehen sind und deshalb der Kürzung nach [§ 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) a. F. nicht unterliegen. Nach [§ 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) vereinbaren die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen durch Bewertungsausschüsse als Bestandteil der Bundesmantelverträge einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen und einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen, im ärztlichen Bereich einschließlich der Sachkosten. Mit Wirkung vom 25.07.2015 sind durch Art. 1 Nr. 34 lit a) GKV-VSG v. 16.07.2015 in Absatz 1 Satz 1 die Worte "im ärztlichen Bereich einschließlich der Sachkosten" eingefügt worden. Mit dieser Neuregelung hat der Gesetzgeber die Bewertungskompetenz für Kostenerstattungen und Kostenpauschalen eindeutig dem Bewertungsausschuss (BewA) übertragen, während nach dem zuvor geltenden Recht die Bewertung der Sachkosten durch die Partner der Bundesmantelverträge (BMV) erfolgte. Das BSG hat hierzu im Urteil vom 19.08.2015 ([B 6 KA 33/14 R](#), in juris, RdNr. 31 ff.) ausgeführt, dass nunmehr durch den BewA ein einheitlicher Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen "einschließlich der Sachkosten" zu vereinbaren sei. Es hat ferner dargelegt, dass die bisherige Zuständigkeit der Partner der BMV davon abhängig gewesen sei, ob die zu bewertende Leistung in einer einheitlichen - sowohl ärztliche als auch nichtärztliche Leistungsanteile sowie Sachkosten umfassende - GOP zusammengefasst gewesen sei oder eine Aufspaltung in ärztliche Leistungen und Sachkosten erfolgt sei. Die Einführung jeweils einheitlicher Leistungspositionen unter Einbeziehung der Kostenanteile habe aber stets in der Hand des BewA gelegen. Die Beklagte hat daraus zu Recht gefolgert, dass der BewA auch für die Dialyseleistungen jeweils einheitliche Leistungspositionen unter Einbeziehung der Kostenanteile hätte einführen können, so dass der vom Kläger geführte Rechtsstreit gar nicht entstanden wäre. Die ausschließliche Kompetenzübertragung durch die Neuregelung des [§ 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) für die Vereinbarung der im Zusammenhang mit ärztlichen Leistungen entstehenden Sachkosten auf den BewA bestätigt somit vielmehr, dass auch die Dialysesachkosten als Teil der vertragsärztlichen Vergütung anzusehen sind und nicht einem gesonderten Vergütungsregime unterfallen.

Der Senat hält daran nach erneuter Prüfung fest. Ausschlaggebend ist, dass die Klägerin die in Rede stehenden Leistungen auf der Grundlage einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ([§ 116 SGB V](#)) und damit im institutionellen Rahmen des Vertragsarztrechts erbracht hat. Diese Leistungen werden nach Maßgabe des vertragsärztlichen Vergütungsrechts in seiner Gesamtheit vergütet, wobei zu dem untergesetzlichen Regelwerk (insbesondere) des EBM die Gesetzesbestimmung des [§ 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) a.F. hinzutritt. Der in dieser Vorschrift (institutionell) festgelegte Investitionskostenabschlag geht dem untergesetzlichen vertragsärztlichen Vergütungsrecht vor (Senatsurteile vom 24.02.2016, - [L 5 KA 3138/12](#) -, nicht veröffentlicht, und - [L 5 KA 226/13](#) -, in juris). Das gilt auch für Vergütungsregelungen in Verträgen (vgl. [§ 115 SGB V](#)), wie in der vom SG für seine Rechtsansicht u.a. herangezogenen Vereinbarung, die die Klägerin mit den Krankenkassenverbänden im Jahr 1998 geschlossen hatte. Vertragliches Vergütungsrecht muss den gesetzlichen Vorgaben Rechnung tragen; es kann das (höherrangige) Gesetzesrecht nicht abändern (vgl. dazu auch etwa BSG, Urteil vom 31.01.2001, - [B 6 KA 33/00 R](#) -, in juris Rdnr. 21). Hinsichtlich der Erstattung der Kosten des Sprechstundenbedarfs gelten die vorstehenden Ausführungen entsprechend.

Der Bescheid vom 27.01.2010 (Widerspruchsbescheid vom 05.04.2011), mit dem die Beklagte die Honorarbescheide für die Quartale 2/2009 und 3/2009 vom 14.12.2009 und 15.01.2010 teilweise aufgehoben und auf die (zunächst ungekürzt festgesetzten) Erstattungsbeträge für Sprechstundenbedarf und für Dialysesachkosten (nachträglich) den Investitionskostenabschlag ([§ 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#)) angewandt hat, ist ebenfalls rechtmäßig. Auf Vertrauensschutz kann sich die Klägerin nicht berufen.

Der Bescheid vom 27.01.2010 hat die sachlich-rechnerische Berichtigung (nachgehende Richtigstellung) der zu den Quartalen 2/2009 und 3/2009 ergangenen Honorarbescheide zum Gegenstand. Er beruht auf [§ 106a SGB V](#). Gemäß [§ 106a Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V](#) ist die Beklagte berechtigt und verpflichtet, die vom Vertragsarzt bzw. von der an der vertragsärztlichen Versorgung (auf der Grundlage einer Ermächtigung, [§ 116 SGB V](#)) teilnehmenden Einrichtung eingereichten Honorarforderungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und ggf. richtigzustellen (vgl. etwa BSG, Urteil vom 16.12.2015, - [B 6 KA 26/15 R](#) -, in juris Rdnr. 14). Die sachlich-rechnerische Berichtigung nach [§ 106a SGB V](#) findet statt bei fehlerhafter Anwendung des vertragsärztlichen Vergütungsrechts, typischerweise bei fehlerhafter Anwendung des EBM (Fehlansätze einzelner Leistungstatbestände, insbesondere Abrechnung von Leistungen, die nicht vollständig oder überhaupt nicht erbracht wurden), aber auch bei fehlerhafter Anwendung anderer vergütungsrechtlich beachtlicher Regelungen (Überschreitung einer Ermächtigung, Fehlen einer erforderlichen Leistungserbringungsgenehmigung oder Abweichung vom

Heil- und Kostenplan - vgl. jurisPK-SGB V/Clemens § 106 Rdnr. 90, 91 mit weiteren Beispielen). Zum vertragsärztlichen Vergütungsrecht in diesem Sinne gehört auch der in [§ 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) a.F. festgelegte Investitionskostenabschlag; er tritt zu dem untergesetzlichen Regelwerk (insbesondere) des EBM hinzu (Senatsurteil vom 24.02.2016, - [L 5 KA 226/13](#) -, in juris; vgl. auch etwa BSG, Urteil vom 12.10.1994, - [6 RKa 31/93](#) -, in juris). Die Beklagte hat die im Hinblick auf die unterbliebene Absetzung des Investitionskostenabschlags unrichtigen Honorarbescheide für die Quartale 2/2009 und 3/2009 vom 14.12.2009 und 15.01.2010 mit dem Bescheid vom 27.01.2010 sachlich-rechnerisch berichtigt. Das ist (im Wege nachgehender Richtigstellung) nach Maßgabe des [§ 106a SGB V](#) geschehen. Die Regelung des [§ 45 SGB X](#) ist daneben nicht anwendbar. Eine Fallgestaltung, bei der dem Vertragsarzt bzw. der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtung Vertrauensschutz nach Maßgabe dieser Vorschrift zukommen kann (dazu näher etwa Urteil des erkennenden Senats vom 24.10.2012, - [L 5 KA 5778/11](#); nachfolgend BSG, Urteil vom 28.08.2013, - [B 6 KA 50/12 R](#) -, in juris Rdnr. 22 ff.) liegt nicht vor, insbesondere ist die nachgehende Richtigstellung innerhalb der hierfür maßgeblichen Vierjahresfrist verfügt worden.

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

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 52 Abs. 3](#) Gerichtskostengesetz (GKG).

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-11-04