

## S 12 KA 332/13

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
SG Marburg (HES)  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung  
12  
1. Instanz  
SG Marburg (HES)  
Aktenzeichen  
S 12 KA 332/13

Datum  
05.01.2015  
2. Instanz  
Hessisches LSG  
Aktenzeichen  
L 4 KA 9/15

Datum  
-  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-

Kategorie  
Gerichtsbescheid  
Leitsätze

Der Verzicht auch auf eine sog. Job-Sharing-Zulassung wird nach § 28 Abs. 1 Satz 1 Ärzte-ZV mit dem Ende des auf den Zugang der Verzichtserklärung folgenden Kalendervierteljahres wirksam. Die Verkürzung der Frist tritt nicht bereits durch einseitige Erklärung des Vertragsarztes ein, sondern erst durch Beschluss des Zulassungsausschusses.

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Der Kläger hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.
3. Der Streitwert wird auf 15.109,22 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine sachlich-rechnerische Honorarberichtigung wegen Überschreitung des Praxisumfangs im Rahmen eines sog. Job-Sharings in Höhe von 36.575,42 Euro brutto für die drei Quartale III/10 bis I/11 (1. Leistungsjahr).

Der Kläger ist als Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxisstz in A-Stadt zugelassen. Der Zulassungsausschuss genehmigte mit Beschluss vom 22.06.2010 die gemeinsame vertragsärztliche Tätigkeit gem. [§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V](#) i. V. m. §§ 23a Bedarfsplanungs-Richtlinie-Ärzte mit Herrn Dr. C. mit Praxisstz in A-Stadt. Den Praxisumfang der Vertragsarztpraxis legte er auf der Grundlage des Gesamtpunktzahlvolumens in den vier vorausgegangenen Quartalen (IV/08 bis III/09) aufgrund der Abrechnungen der bereits zuvor bestehenden Praxis des Klägers wie folgt fest:

Jahresquartal Anerkannte Punktzahl 3 % der Punktzahl der Fachgruppe Gesamtpunktzahlvolumen für das 1. Leistungsjahr  
I 2.748.071,2 46.235,1 2.794.306,3 |  
II 2.629.553,1 43.473,8 2.673.026,9  
III 2.679.113,4 43.593,4 2.722.706,8  
IV 2.412.778,8 43.339,7 2.468.589,6

Ab dem 2. Leistungsjahr werde das quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumen entsprechend § 23 Bedarfsplanungs-Richtlinie-Ärzte durch die Beklagte angepasst. Der Beschluss wurde bestandskräftig.

Das Job-Sharing-Verhältnis wurde zum 31.03.2011 beendet (Beschluss des Zulassungsausschusses vom 22.02.2011).

Die Beklagte setzte das Honorar der Gemeinschaftspraxis des Klägers in den streitbefangenen Quartalen wie folgt fest:

III/10 IV/10 I/11  
Honorarbescheid vom 28.12.2010 30.03.2011 24.08.2011  
Nettohonorar gesamt in EUR 104.695,50 111.266,40 111.950,95

Die Honorarbescheide wurden bestandskräftig.

Mit Bescheid vom 20.01.2012 nahm die Beklagte eine sachlich-rechnerische Honorarberichtigung für die Quartale III/10 bis I/11 - 1.

Leistungsjahr - wegen Überschreitung des Praxisumfangs vor und forderte Honorar in Höhe von 36.575,42 Euro brutto zurück.

Hiergegen legte der Kläger unter Datum vom 06.02.2012 Widerspruch ein. Zur Begründung seines Widerspruchs führte er aus, Herr Dr. C. habe das Job-Sharing-Verhältnis durch Verzicht auf seine Zulassung mit Schreiben vom 17.12.2010 mit Wirkung zum 31.12.2010 beendet. Zu diesem Zeitpunkt sei er auch gesellschaftsrechtlich aus der Gemeinschaftspraxis ausgeschieden. Durch Beschlüsse des Zulassungsausschusses vom 22.02.2011 sei das Ende der Job-Sharing-Zulassung des Herrn Dr. C. sowie der Job-Sharing-Gemeinschaftspraxis mit Wirkung zum 31.03.2011 festgestellt worden. Das Ende einer Berufsausübungsgemeinschaft ergebe sich dann, wenn die Partner ihre vertragsärztliche Tätigkeit nicht länger tatsächlich gemeinsam ausübten oder wenn ein Partner sich gegenüber den Zulassungsgremien von dieser losgesagt habe, wobei es insoweit ohne Bedeutung sei, ob der lossagende Partner hierzu gesellschaftsrechtlich berechtigt sei oder wenn alle Partner dieses gegenüber dem Zulassungsgremium einvernehmlich für beendet erklärten. Zur Beendigung einer Berufsausübungsgemeinschaft führten damit bereits die entsprechenden tatsächlichen Umstände; fehle es am Willen zum gemeinsamem Tätigwerden und erfolge ein solches gemeinsamem Tätigwerden auch nicht, liege in vertragsärztlicher Hinsicht bereits keine Berufsausübungsgemeinschaft mehr vor. Auf entsprechende Beschlussfassungen seitens der Zulassungsgremien komme es insoweit nicht an. Die Beklagte habe daher das Quartal I/11 bei der Überprüfung der Leistungsbeschränkungen nicht mehr berücksichtigten dürfen. Daneben erweise sich der Bescheid insoweit als rechtswidrig, als für das gesamte Überschreitungsvolumen ein rechnerischer Durchschnittspunktwert von 3,681 Cent zugrunde gelegt worden sei. Korrekterweise hätten mit einem geringen Punktwert vergütete Leistungen vorab berücksichtigt werden müssen ("Kürzungsberechnung von oben herunter"). Es liege ein von BSG SozR 4-2500 § 106a Nr. 7 SGB V ausdrücklich anerkannter Ausnahmefall vor. Es komme nicht darauf an, ob es sich um eine vorgängige oder nachträgliche sachlich-rechnerische Richtigstellung handele.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 10.04.2013 den Widerspruch als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie aus, die Begrenzung des Punktzahlvolumens folge aus dem Beschluss des Zulassungsausschusses vom 22.06.2010. Dieser Beschluss sei bestandskräftig geworden. Für das Ausgangsquartal IV/08 habe sie das zulässige Gesamtpunktzahlvolumen zwischenzeitlich neu festgesetzt, indem der 3%-Zuschlag der Fachgruppe mit den Anpassungsfaktoren des EBM 2009 laut Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 8. Sitzung am 23.10.2008 transcodiert worden sei. Mit diesem nachträglich geänderten Gesamtpunktzahlvolumen als Leistungsbegrenzung habe sich der Kläger mit Schreiben vom 08.04.2010 einverstanden erklärt. Der Beschluss des Zulassungsausschusses vom 22.02.2011 sei bindend. Danach habe die Berufsausübungsgemeinschaft am 31.03.2011 geendet. Um die Gesamtüberschreitung zu übermitteln, werde gemäß § 23c Bedarfsplanungs-Richtlinie eine Jahresbetrachtung vorgenommen. Es erfolge eine Saldierung der Überschreitungspunktzahlvolumina der einzelnen Quartale. Die Überschreitungspunktzahl werde schließlich mit dem gemittelten Punktwert der betroffenen Quartale errechnet und ergebe die jahresbezogene Überschreitung in Euro. Dabei sei jedoch zu beachten, dass hierbei alle Leistungsbereiche, mit Ausnahme der Pauschalleistungen, einbezogen würden. Im vorliegenden Fall errechnet sich der gemittelte Punktwert von 3,681 Cent wie folgt:

Quartal Honorar in EUR laut Arztrechnung, ohne Kosten- und Wegepauschalen sowie Pauschalen mit/ohne EHV abgerechnetes Punktzahlvolumen laut Berechnungsbogen, Tabelle Überprüfung 1. Leistungsjahr Punktwert in Cent

III/2010 105.661,19 EUR 2.898.770,8 3,645  
IV/2010 113.657,37 EUR 3.070.693,4 3,701  
I/2011 111.286,40 EUR 3.010.365,5 3,697  
Mittlerer Punktwert 3,681

Die hier vorgenommenen Rechenschritte erläuterte sie am Beispiel des Quartals III/10. Eine "Kürzungsberechnung von oben herab" im Sinne eines Abstellens auf den praxisindividuellen Durchschnittspunktwert komme nicht in Betracht. Ein Ausnahmefall im Sinne der BSG-Rechtsprechung liege nicht vor, da es sich hier nicht um einen Abrechnungsfehler handele. Weiterhin sei der ermittelte Gesamtüberschreitungsbeitrag im Vergleich der Ausgangs quartale mit dem ersten Leistungsjahr in Höhe von 993.627,4 Punkten in Euro umzurechnen und dafür mit dem mittleren Punktwert von 0,03681 zu multiplizieren. Daraus resultiere der Überschreitungsbeitrag. Sie habe auch die Ungleichzeitigkeit insofern berücksichtigt, als das Aufsatzquartal IV/08 im Geltungsbereich des EBM 2008 und das 1. Leistungsjahr mit den Quartalen III/10 bis I/11 im Geltungsbereich des Euro-EBM liege. Die Neuberechnung des Anpassungsfaktors für das 4. Jahresquartal habe jedoch zu einer Erhöhung des Rückforderungsbetrages um 286,25 EUR geführt, so dass zu Gunsten des Klägers von einer Verböserung abgesehen worden sei.

Hiergegen hat der Kläger am 10.05.2013 die Klage erhoben. Er ist weiterhin der Auffassung, dass es für das Bestehen einer Berufsausübungsgemeinschaft in vertragsarztrechtlicher Hinsicht wesentlich darauf ankomme, ob die Berufsausübung auch tatsächlich gemeinschaftlich ausgeübt werde, weshalb die Berufsausübungsgemeinschaft mit Ablauf des 31.12.2012 wegen des Ausscheidens des Herrn Dr. C. beendet worden sei. Im Beschluss des Zulassungsausschusses vom 22.02.2011 werde die Beendigung gemeinsamer ärztlicher Tätigkeit zum 31.12.2010 ausdrücklich festgehalten. Ausweislich der Begründung diene die Tenorierung der Beendigung zum 31.03.2011 ausschließlich der Vermeidung eines künftigen abweichenden Rechtsanscheins. Er wende sich auch weiterhin gegen die Kürzungsberechnung. Aus BSG, Urteil vom 11.03.2009 - [B 6 KA 62/07 R](#) - folge die ausnahmsweise "Kürzungsberechnung von oben herunter" (Rdnr. 27).

Der Kläger beantragt,  
den Bescheid vom 20.01.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.04.2013 in Bezug auf das Quartal I/11 aufzuheben und in Bezug auf die Quartale III und IV/10 abzuändern und den Überschreitungsbeitrag unter Berücksichtigung der HVV-Maßnahmen festzusetzen.

Die Beklagte beantragt,  
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf ihre Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid und trägt ergänzend vor, mit Schreiben vom 23.03.2011 habe die damalige Bevollmächtigte des Klägers gebeten, den feststellenden Beendigungsbescheid des Zulassungsausschusses dahingehend abzuändern, als das tatsächliche Beendigungsdatum der 31.12.2010 sei. Mit E-Mail vom 28.03.2011 sei daraufhin Stellung genommen worden, dass dies nicht möglich sei, jedoch wurde in dem Schreiben ausdrücklich auf die Möglichkeit des Widerspruchs gegen den Beendigungsbescheid hingewiesen. Da kein Widerspruch eingelegt worden sei, sei der Beschluss mit der tenorierten Beendigung der

Berufsausübungsgemeinschaft zum 31.03.2011 bestandskräftig geworden. Sie habe zutreffend einen mittleren Punktwert ermittelt. Eine "fehlerhafte Abrechnung" habe sich ihr nicht "aufdringen" ändern müssen. Es gehe auch nicht um eine "Fehlerhaftigkeit der Abrechnung".

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer konnte ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid nach [§ 105 SGG](#) entscheiden. Die Sache hat keine Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art, und der Sachverhalt ist geklärt. Die Kammer hat die Beteiligten hierzu angehört.

Die Klage ist zulässig, denn sie ist insbesondere form- und fristgerecht bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben worden.

Die Klage ist aber unbegründet. Der Bescheid vom 20.01.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.04.2013 ist, soweit er noch angefochten wird, rechtmäßig und war nicht aufzuheben. Die Beklagte war berechtigt, auch für das Quartal I/11 eine Honorarberichtigung vorzunehmen. Die Beklagte war auch nicht verpflichtet, den Überschreibungsbetrag unter Berücksichtigung der HVV-Maßnahmen festzusetzen.

Die Beklagte war grundsätzlich zuständig für die sachlich-rechnerische Berichtigung.

Nach [§ 75 Abs. 1 SGB V](#) haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die vertragsärztliche Versorgung sicher zu stellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Nach [§ 75 Abs. 2 Satz 2 1. Halbsatz](#) haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen. Zu den Pflichten der Vertragsärzte gehört unter anderem auch eine ordnungsgemäße Abrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen. Die Kassenärztliche Vereinigung stellt die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte fest; dazu gehört auch die Arzt bezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten ([§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Es obliegt deshalb nach [§ 45](#) des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä) bzw. [§ 34](#) des Ersatzkassenvertrages-Ärzte (EKV-Ä), die zum Zeitpunkt der letzten Verwaltungsentscheidung noch in Kraft waren, der Beklagten, die vom Vertragsarzt eingereichten Honoraranforderungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und ggf. zu berichtigen.

Nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) in der Neufassung vom 15. Februar 2007, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2007, S. 3491, in Kraft getreten am 1. April 2007 (im Folgenden: BedarfsplRL-Ä) und in den hier maßgeblichen Bestimmungen unverändert geblieben und identisch mit der ab 01.01.2013 geltenden Neufassung vom 20. Dezember 2012 (Bundesanzeiger AT v. 31.12.2012 B7) ([§ 40 ff.](#)) legt der Zulassungsausschuss vor der Zulassung des Antragstellers in einer verbindlichen Feststellung zur Beschränkung des Praxisumfangs auf der Grundlage der gegenüber dem Vertragsarzt (den Vertragsärzten) in den vorausgegangenen mindestens vier Quartalen ergangenen Abrechnungsbescheiden quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumina fest, welche bei der Abrechnung der ärztlichen Leistungen im Rahmen der Gemeinschaftspraxis von dem Vertragsarzt sowie dem Antragsteller nach seiner Zulassung gemeinsam als Leistungsbeschränkung maßgeblich sind (Obergrenze). Diese Gesamtpunktzahlvolumina sind so festzulegen, dass die in einem entsprechenden Vorjahresquartal gegenüber dem erstzugelassenen Vertragsarzt anerkannten Punktzahlanforderungen um nicht mehr als 3 v. H. überschritten werden. Das Überschreibungsvolumen von 3 v. H. wird jeweils auf den Fachgruppendurchschnitt des Vorjahresquartals bezogen. Das quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumen (Punktzahlvolumen zuzüglich Überschreibungsvolumen) wird nach [§ 23f BedarfsplRL-Ä](#) durch die Kassenärztliche Vereinigung angepasst. Bei Internisten ist zur Ermittlung des Fachgruppendurchschnittes auf die Entscheidung des bereits zugelassenen Vertragsarztes zur hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgung abzustellen. Im Übrigen gilt für Anpassungen [§ 23e](#). Außergewöhnliche Entwicklungen im Vorjahr, wie z. B. Krankheit eines Arztes, bleiben außer Betracht; eine Saldierung von Punktzahlen innerhalb des Jahresbezugs der Gesamtpunktzahlen im Vergleich zum Vorjahresvolumen ist zulässig. Der Zulassungsausschuss trifft seine Festlegungen auf der Grundlage der ihm durch die Kassenärztliche Vereinigung übermittelten Angaben ([§ 23c BedarfsplRL-Ä](#)).

Sowohl für die Berechnung des Ausgangspunktzahlvolumens als auch des Vergleichspunktzahlvolumens nach [§ 23c BedarfsplRL-Ä](#) ist das im Zeitpunkt der Abrechnung jeweils geltende Berechnungssystem für die vertragsärztlichen Leistungen maßgeblich. Auf Antrag des Vertragsarztes sind die Gesamtpunktzahlvolumina neu zu bestimmen, wenn Änderungen des EBM oder vertragliche Vereinbarungen, die für das Gebiet der Arztgruppe maßgeblich sind, spürbare Auswirkungen auf die Berechnungsgrundlagen haben. Die Kassenärztlichen Vereinigungen oder die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können eine Neuberechnung beantragen, wenn Änderungen der Berechnung der für die Obergrenzen maßgeblichen Faktoren eine spürbare Veränderung bewirken und die Beibehaltung der durch den Zulassungsausschuss festgestellten Gesamtpunktzahlvolumina im Verhältnis zu den Ärzten der Fachgruppe eine nicht gerechtfertigte Bevorzugung/Benachteiligung darstellen würde ([§ 23e BedarfsplRL-Ä](#)).

Die Gesamtpunktzahlvolumina zur Beschränkung des Praxisumfangs folgen der Entwicklung des Fachgruppendurchschnitts durch Festlegung eines quartalsbezogenen Prozentwertes (Anpassungsfaktor). Die Anpassungsfaktoren werden im ersten Leistungsjahr von der Kassenärztlichen Vereinigung errechnet. Die dafür maßgebliche Rechenformel lautet:  $PzVol$  (Quartalsbezogenes Gesamtpunktzahlvolumen der Praxis) /  $PzFg$  (Quartalsbezogener Punktzahlvolumendurchschnitt der jeweiligen Fachgruppe) = Fakt (Quartalsbezogener Anpassungsfaktor). Sie stellen die Grundlage zur Ermittlung der Gesamtpunktzahlvolumina für die Folgejahre dar. Der jeweilige Anpassungsfaktor wird ab dem zweiten Leistungsjahr mit dem Punktzahlvolumendurchschnitt der Fachgruppe multipliziert und ergibt die quartalsbezogene Obergrenze für die Praxis (die Saldierungsregelung nach [Nr. 23c Satz 6](#) bzw. [§ 23c Satz 6 BedarfsplRL-Ä](#) bleibt hiervon unberührt). Die Kassenärztliche Vereinigung teilt dem Vertragsarzt die für ihn verbindlichen Anpassungsfaktoren mit ([§ 23f BedarfsplRL-Ä](#)).

Damit können die ab dem zweiten Leistungsjahr maßgeblichen Gesamtpunktzahlvolumina erst nach Abschluss der Honorarverteilung für das letzte Quartal des jeweiligen Leistungsjahrs errechnet werden.

Die Berechnung des Anpassungsfaktors setzt aber voraus, dass das quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumen der Praxis und der quartalsbezogene Punktzahlvolumendurchschnitt der jeweiligen Fachgruppe jedenfalls dann gleichen Zeiträumen entnommen werden müssen, wenn wesentliche Umstrukturierungen im EBM vorgenommen werden. Fehlt es an solchen Veränderungen, so trägt einem allgemeinen Wachstum im Regelfall der Zuschlag von 3 % Rechnung. Die Einführung des EBM 2008 ab dem Quartal I/08 hat aber zu erheblichen Änderungen geführt, die alle Mitglieder einer Fachgruppe und alle Fachgruppen betreffen. Die Kammer hat mit Urteil vom 10.11.2010 - [S 12 KA 841/09](#) - bei einer "Ungleichzeitigkeit" auch eine Anpassung für das erste Leistungsjahr für erforderlich gehalten. Dies betrifft im vorliegenden Fall insofern das Quartal IV/10, da in diesem Quartalen der EBM 2009 erstmals galt und die Festsetzung ursprünglich auf der Grundlage des Quartals IV/08 erfolgte. Die Beklagte hat mit der sog. Transcodierung diesen Vorgaben ausreichend Rechnung getragen. Soweit dies zu einer Erhöhung des Rückforderungsbetrage führen würde, hat sie hiervon abgesehen. Im Übrigen wird dieser Teil der Berechnung vom Kläger nicht angegriffen.

Eine vom Zulassungsausschuss vorgenommene bestandskräftige Festsetzung ist für alle Beteiligten und das Gericht bindend (vgl. BSG, Urt. v. 28.08.2013 - [B 6 KA 43/12 R](#) - BSGE = SozR 4-2500 § 106a Nr. 11 = USK 2013-102, juris Rdnr. 15; BSG, Urt. v. 28.08.2013 - [B 6 KA 50/12 R](#) - SozR 4-2500 § 106a Nr. 12 = USK 2013-104, juris Rdnr. 19; LSG Hessen, Urt. v. 12.12.2007 - [L 4 KA 62/06](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) = juris, Nichtzulassungsbeschwerde zurückgewiesen durch BSG, Beschl. vom 28.01.2009 - [B 6 KA 17/08 B](#) - BeckRS).

Die vom Zulassungsausschuss festgesetzte Leistungsobergrenze gilt für alle Bereiche der ärztlichen Tätigkeit. Eine Leistungsausweitung ist, solange diese Obergrenze nicht geändert wird, einer Job-Sharing-Praxis nur im Rahmen der 3-%-Grenze bzw. im Rahmen der Erhöhung durch den sog. Anpassungsfaktor möglich. Das Landessozialgericht Hessen (Urt. v. 12.12.2007, [a.a.O.](#)) hat bereits dargelegt, dass ein Vertragsarzt nicht mit dem Vortrag, es sei ihm weder möglich noch zumutbar gewesen, den Umfang seiner allgemeinen ärztlichen Tätigkeit zu verringern, gehört werden kann. Selbstverständlich sei er immer zu Behandlungen von Notfällen verpflichtet. Gleichwohl habe er die Möglichkeit den Umfang seiner ärztlichen Tätigkeit zu steuern. Eine Ungleichbehandlung im Vergleich zu anderen Ärzten liege nicht vor. Denn allein die Leistungsobergrenze aufgrund der Job-Sharing-Partnerschaft schließt weitergehende Honoraransprüche aus. Von daher ist es unerheblich, ob die Leistungssteigerung auf einer ausgeprägten Patientennachfrage beruhte.

Soweit der Kläger geltend macht, für das Quartal I/11 könne eine Berichtigung nicht mehr erfolgen, weil die Berufsausübungsgemeinschaft mit Ablauf des 31.12.2012 wegen des Ausscheidens des Herrn Dr. C. und seiner Verzichtserklärung beendet worden sei, vermochte dem die Kammer nicht zu folgen. Maßgeblich ist allein der Beschluss des Zulassungsausschusses vom 22.02.2011, der ein Ende der Berufsausübungsgemeinschaft aufgrund des Job-Sharing-Verhältnisses und auch der Zulassung des Dr. C. erst zum 31.03.2011 und damit nicht zu einem früheren Zeitpunkt festgestellt hat.

Verzicht ist eine einseitige, empfangsbedürftige, rechtsgestaltende Willenserklärung, die regelmäßig mit dem Zugang bei dem Erklärungsempfänger, dem Zulassungsausschuss, wirksam wird ([§ 130 Abs. 1 Satz 1, Abs. 3 BGB](#)) (vgl. BSG, Urt. v. 08.05.1996 - [6 RKa 20/95](#) - USK 96126, juris Rdnr. 23 und 28; BSG, Urt. v. 23.02.2005 - [B 6 KA 70/03 R](#) - [SozR 4-5520 § 33 Nr. 5](#) = [MedR 2005, 535](#) = USK 2005-112, juris Rdnr. 16). Der Verzicht selbst wird nach [§ 28 Abs. 1 Satz 1 Ärzte-ZV](#) mit dem Ende des auf den Zugang der Verzichtserklärung folgenden Kalendervierteljahres wirksam. Es ist deshalb zwischen der Wirksamkeit des Verzichts und seinem Wirksamwerden zu unterscheiden. Als einseitige empfangsbedürftige Willenserklärung wird der Zulassungsverzicht mit Zugang der entsprechenden Erklärung beim Zulassungsausschuss wirksam, was bedeutet, dass der Arzt, der eine entsprechende Erklärung abgegeben hat, sich von ihr nicht mehr lösen kann. Aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung treten die Rechtswirkungen der Verzichtserklärung - Verlust des Status als Vertragsarzt - aber erst zu dem in [§ 28 Abs. 1 Satz 1 Ärzte-ZV](#) bezeichneten Zeitpunkt ein. Aus der Sicht des verzichtenden Arztes bleibt jedoch der Zugang der Verzichtserklärung der entscheidende Zeitpunkt für die Wirksamkeit des Verzichts. Auf die weitere Entwicklung hat er keinen Einfluss mehr; die Rechtsfolgen seiner Erklärung treten unabhängig von einer evtl. Willensänderung und auch unabhängig vom Zeitpunkt einer Beschlussfassung des Zulassungsausschusses ein (vgl. BSG, Urt. v. 08.05.1996 - [6 RKa 20/95](#) - a.a.O. Rdnr. 28; BSG, Urt. v. 08.05.1996 - [6 RKa 16/95](#) - [BSGE 78, 175](#) = [SozR 3-5407 Art. 33 § 3a Nr. 1](#) = USK 96116, juris Rdnr. 30). Diese Frist nach [§ 28 Abs. 1 Satz 1 Ärzte-ZV](#) kann verkürzt werden, wenn der Vertragsarzt nachweist, dass für ihn die weitere Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit für die gesamte Dauer oder einen Teil der Frist unzumutbar ist ([§ 28 Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV](#)). Die Verkürzung der Frist kann jedoch nicht einseitig geschehen, sondern nur durch Beschluss des Zulassungsausschusses.

Herr Dr. C. hat mit der am 17.12.2010 beim Zulassungsausschuss eingegangenen Erklärung sein Ausscheiden aus der Praxis zum 31.12.2010 erklärt. Diese Verzichtserklärung entfaltete nach [§ 28 Abs. 1 Satz 1 Ärzte-ZV](#) Rechtswirkung erst zum 31.03.2011. Ein vorheriges - vertragsarztrechtliches - Ausscheiden hätte einer ausdrücklichen Feststellung des Zulassungsausschusses bedurft. Insofern wurde der Beschluss des Zulassungsausschusses vom 22.02.2011 bestandskräftig und hat der Kläger keinen Rechtsbehelf eingelegt, worauf die Rechtsbehelfsbelehrung und nochmals die Beklagte in der E-Mail vom 28.03.2011 hingewiesen haben. Eine bloße deklaratorische Wirkung kommt dem Beschluss des Zulassungsausschusses nur zu, soweit er in Einklang mit den auf einen Verzicht folgenden gesetzlichen Auswirkungen ist. Für eine Verkürzung der Frist bedarf es aber eines - konstitutiven - Beschlusses des Zulassungsausschusses. Insofern kommt es für das vertragsarztrechtliche Ausscheiden des Herrn Dr. C. weder auf die zivilrechtliche Beendigung der Berufsausübungsgemeinschaft noch allein auf seine Verzichtserklärung an.

Der Kläger kann sich nicht auf Vertrauensschutz berufen.

Aufgrund des Job-Sharing-Verhältnisses war dem Kläger das Bestehen einer Leistungsbegrenzung grundsätzlich bekannt und musste er davon ausgehen, dass eine darüber hinausgehende Leistungsvermehrung nicht möglich war. Die Beklagte hat allen quartalsmäßig ergehenden Honorarbescheiden ein Schreiben beigefügt, in dem sie u. a. ausführte: "Die Prüfung, ob die im Bescheid des Zulassungsausschusses für Ärzte angegebenen maximalen Punktzahlvorgaben eingehalten worden sind, erfolgt jeweils bezogen auf ein Leistungsjahr. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass sich Überschreitungen mit möglichen Unterschreitungen jeweils innerhalb eines (Jahres-)Blocks von vier aufeinanderfolgenden Quartalen ausgleichen. Anbei erhalten Sie Ihre Honorarunterlagen des o. g. Quartals vorbehaltlich eventueller Honorarrückforderungen durch die Job-Sharing-Berechnung. Bezüglich der Prüfung ihrer Abrechnung im Hinblick auf die Einhaltung der Punktzahlvorgabe im Rahmen des Job-Sharings werden wir Sie jeweils nach Ablauf eines kompletten Leistungsjahres mit einem gesonderten Schreiben informieren."

Die Beklagte war zur Rückforderung auch nicht wegen Überschreitens einer Ausschlussfrist gehindert. Es gilt die vierjährige Ausschlussfrist.

Die Ausschlussfrist beginnt in allen Fällen der Richtigstellung von Honorarbescheiden mit dem Tag nach der Bekanntgabe des für den Abrechnungszeitraum maßgeblichen Honorarbescheids zu laufen (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 23.06.2010 - [B 6 KA 7/09 R](#) - [BSGE 106, 222](#) = SozR 4-5520 § 32 Nr. 4 = [GesR 2010, 615](#) = [ZMGR 2010, 370](#) = USK 2010-73 = [MedR 2011, 298](#) = Breith 2011, 522, juris Rdnr. 60 m.w.N.). Diese Frist war nicht abgelaufen, was insoweit auch zwischen den Beteiligten nicht umstritten ist.

Nicht zu beanstanden war auch die Berechnung der Honoraranforderung. Eine fehlerhafte Berechnung ist nicht zu erkennen.

Nicht zu beanstanden war ferner die Berechnung des praxisbezogenen Punktwerts, mit der die zunächst in Punkten festgestellte Leistungsüberschreitung in Euro-Beträge umgerechnet wurde. Zutreffend hat die Beklagte einen durchschnittlichen Punktwert ermittelt. Das ist der Punktwert, mit dem letztlich die Leistungen des Klägers vergütet wurden. Es besteht kein Anspruch darauf, dass zunächst die - im Rahmen der Honorarberechnung - geringer vergüteten Leistungen als Maßstab genommen werden. Für die Berechnung der Rückforderung aufgrund sachlich-rechnerischer Richtigstellung im Falle von Budgetierungen bleibt der praxisindividuelle Punktwert maßgebend, der sich auf der Grundlage des vom Arzt in Ansatz gebrachten Punktzahlvolumens ergeben hat. Es erfolgt keine Neuberechnung des Punktwerts auf der Grundlage des korrigierten Punktzahlvolumens. Eine andere Berechnungsweise kann in Ausnahmefällen zur Vermeidung eines Verstoßes gegen den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz in Betracht kommen (vgl. BSG, Urt. v. 11.03.2009 - [B 6 KA 62/07 R](#) - [BSGE 103, 1](#) = [SozR 4-2500 § 106a Nr. 7](#) = USK 2009-11). Ein solcher Ausnahmefall setzt aber voraus, dass die fehlerhafte Honoraranforderung durch eine missverständliche oder unzutreffende Information o. ä. seitens der Kassenärztlichen Vereinigung mit verursacht wurde. Ein derartiger Sonderfall ist auch dann in Betracht zu ziehen, wenn ein Arzt in offenem Dissens mit der Kassenärztlichen Vereinigung eine Gebührennummer ansetzt, weil er die Frage ihrer Abrechenbarkeit einer gerichtlichen Klärung zuführen will (vgl. BSG, Urt. v. 11.03.2009 - [B 6 KA 62/07 R](#) -, a.a.O., juris Rdnr. 27 f.). Diese Voraussetzungen liegen hier nicht vor. In diesem Sinne handelt es sich auch nicht um eine fehlerhafte Abrechnung einzelner Leistungen und kann die Leistungsüberschreitung erst nachträglich festgestellt werden. Im Übrigen dienen Budgetierungsmaßnahmen nur - neben ihrer Steuerungsfunktion - der Berechnung des Honorars, bedeuten aber keine Wertigkeit der einzelnen Leistungen. Der tatsächliche Wert der Leistung kann nur praxisbezogen mit Hilfe des praxisindividuellen Punktwerts berechnet werden.

Soweit die Beklagte einen durchschnittlichen Punktwert für das jeweilige Leistungsjahr aus den Punktwerten aller Quartale und ohne Gewichtung ermittelt, ist dies, wenn auch nicht ohne Bedenken, nicht zu beanstanden (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 05.12.2012 - [S 12 KA 636/11](#) - juris Rdnr. 64, Berufung anhängig: LSG Hessen - [L 4 KA 1/13](#) -). Die Bedenken beruhen darauf, dass eine sachlich-rechnerische Berichtigung quartalsweise erfolgt, weshalb der Berichtigungsbetrag anhand des jeweils neu zu berechnenden praxisindividuellen Quartalspunktwerts zu ermitteln ist. Im Hinblick auf die Möglichkeit einer Kassenärztlichen Vereinigung, die Überschreitungen innerhalb eines Leistungsjahres zu saldieren (§ 23c Satz 7 BedarfspIRL-Ä), kann sie von einer quartalsweisen Berechnung absehen. Dies gilt aufgrund des Gleichbehandlungsgebots auch in den Fällen, in denen wie hier eine Überschreitung in allen Quartalen eines Leistungsjahrs vorliegt.

Die Beklagte saldiert alle Über- und Unterschreitungen eines Leistungsjahres und errechnet den Kürzungsbetrag aus dem Produkt der Summe aller Über- und Unterschreitungen und dem durchschnittlichen Punktwert. Alternativ wäre eine quartalsweise Aufteilung der Überschreitung auf die Quartale mit Überschreitung möglich, entweder gleichmäßig oder in Relation zum Abrechnungs- oder Überschreitungsvolumen, und eine anschließende quartalsweise Ermittlung der Berichtigungsbeträge. Auch bei Ermittlung des durchschnittlichen Punktwerts könnte eine Gewichtung nach dem maßgeblichen Punktzahlvolumen in den einzelnen Quartalen erfolgen. Eine wirklich exakte Ermittlung des Punktwerts ist bei jährlicher Betrachtung allerdings in keinem Fall zu erzielen. Von daher ist mangels rechtlicher Vorgaben der Beklagten ein - wenn auch geringer - Ermessensspielraum bei der Ermittlung des durchschnittlichen Punktwerts dann zuzubilligen, wenn die Ermittlung der Honorarrückforderung für das gesamte Leistungsjahr erfolgt, und zwar unabhängig davon, ob im betreffenden Leistungsjahr tatsächlich auch eine Unterschreitung vorlag. Im Übrigen führen andere Berechnungswege, wie der Kammer aus anderen Verfahren bekannt ist, in denen die Beklagte auf Anfrage Vergleichsberechnungen vorgelegt hat, zu Abweichungen, die allenfalls im Prozentbereich liegen und im Einzelfall sich auch zu Lasten des Vertragsarztes auswirken können (s. bereits SG Marburg, Urt. v. 05.12.2012 - [S 12 KA 636/11](#)-, Rdnr. 64). Im konkreten Fall würde sich für das Quartal III/10 eine um 63,39 EUR geringere Kürzung ergeben bei Multiplikation mit dem tatsächlichen gemittelten Punktwert von 3,645 Cent anstelle des durchschnittlichen Punktwerts von 3,681 Cent (6.480,92 EUR - 6.417,53 EUR). Von daher war die Berechnung des Kürzungsbetrages im Ergebnis nicht zu beanstanden.

Nach allem war die Klage abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Die Streitwertfestsetzung erfolgte durch Beschluss des Vorsitzenden.

In Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit ist, soweit nichts anderes bestimmt ist, der Streitwert nach den sich aus dem Antrag des Klägers für ihn ergebenden Bedeutung der Sache nach Ermessen zu bestimmen. Bietet der Sach- und Streitwert für die Bestimmung des Streitwerts keine genügenden Anhaltspunkte, so ist ein Streitwert von 5.000,00 Euro anzunehmen ([§ 52 Abs. 1 und 2 GKG](#)).

Der Streitwert war aus dem Kürzungsbetrag für das Quartal I/11 und aus der geschätzten Auswirkung der Quotierungsmaßnahmen zu ermitteln. Für das Quartal I/11 beträgt die Kürzung 7.987,71 EUR. Bei Berücksichtigung der Quotierung in der "Spitze" ("Kürzungsberechnung von oben herunter") ist davon auszugehen, dass die in den Quartalen III und IV/10 quotierten Vergütungsanteile in Höhe von 3.502,49 EUR und 4.323,35 EUR, zusammen von 7.825,84 EUR lediglich in Höhe einer Quote von ca. 9 % vergütet worden sind. In Höhe der Differenz (91 % bzw. 7.121,51 EUR) war daher für diese Quartale der Streitwert festzusetzen. Die Summe der Streitwerte für alle Quartale ergab den festgesetzten Wert.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2016-03-11