

L 5 KA 5520/10

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
5
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 11 KA 7456/08
Datum
21.10.2010
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KA 5520/10
Datum
29.08.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 21.10.2010 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten auch des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert wird auf 12.047,66 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Klägerin wendet sich gegen eine Berichtigung und Honorarrückforderung für das Quartal 04/2007. Von der ursprünglich 55.546,94 EUR betragenden Rückforderung sind noch 12 047,66 EUR im Streit.

Die Klägerin nimmt als Berufsausübungsgemeinschaft mit dem Vertragsarztsitz T. N. an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Sie besteht aus den Fachärzten für Chirurgie Dres. Th. und H ... Praxisvorgängerin war eine Berufsausübungsgemeinschaft bestehend aus Dr. H. und Frau Dr. Sch., Fachärztin für Chirurgie.

Am 03.09.2007 stellte die Klägerin den Antrag auf Genehmigung der Teilzeitanstellung von Dr. Sch. im Umfang von einem Tag pro Woche. Die Genehmigung wurde vom Zulassungsausschuss für Ärzte für den Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, Regierungsbezirk F. (im Folgenden Zulassungsausschuss) durch Beschluss vom 12.09.2007 (Bescheid vom 28.09.2007) mit Wirkung vom 01.10.2007 für unbefristete Zeit erteilt. Die Genehmigung legt unter Berufung auf [§ 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V](#) i.V.m. § 23k BedarfsplanungsRL auf der Grundlage der gegenüber dem Vertragsarzt in den vorausgegangenen vier Quartalen (02/2006 bis 01/2007) ergangenen Abrechnungsbescheide folgende quartalsbezogenen Gesamtpunktzahlvolumina als Obergrenze wie folgt fest: " 2.523.658,1 Punkte für das 1. Quartal im ersten Jahr, 2.396.116,8 Punkte für das 2. Quartal im ersten Jahr, 1.925.776,8 Punkte für das 3. Quartal im ersten Jahr, 2.220.953,0 Punkte für das 4. Quartal im ersten Jahr."

Die Leistungsbeschränkung wurde von der Klägerin mit Schreiben vom 07.09.2007 und 11.09.2007 akzeptiert.

Dr. Sch. wurde in der Zeit vom 01.10. bis 31.12.2007 von der Klägerin als angestellte Ärztin beschäftigt.

Mit Honorarbescheid vom 10.04.2008 für das Quartal 04/2007 wurden von der Beklagten 3.743.460 Punkte zuzüglich der Leistungen des organisierten Notfalldienstes abgerechnet.

Mit Bescheid vom 09.06.2008 berichtigte die Beklagte den Honorarbescheid für das Quartal 04/2007 und forderte von der Klägerin 55.546,94 EUR zurück. Sie führte zur Begründung aus, nach Vergleich des abgerechneten Punktvolumens des Quartals 04/2007 mit den vom Zulassungsausschuss festgesetzten Gesamtpunktzahlvolumina ergebe sich der geltend gemachte Rückforderungsbetrag. Die sich aus der sachlich-rechnerischen Richtigstellung ergebende Lastschrift werde mit den Quartalsabrechnungen 02/2008 bis 04/2008 im Umfang von jeweils ca. 18.515 EUR verrechnet.

Hiergegen legte die Klägerin Widerspruch ein und wies auf die besondere Situation der Praxis hin. Die Niederlassung von Dr. Th. sowie die Begründung der Berufsausübungsgemeinschaft mit Dr. H. habe die chirurgische Versorgung in T.-N. schlagartig verändert. Dr. Th. biete gegenüber seiner Praxisvorgängerin Dr. Sch. ein wesentlich erweitertes Leistungsangebot an, das von den Patienten in weiterem Umfang als erwartet in Anspruch genommen werde. Unter der Annahme, dass sich das Leistungsspektrum der Praxis zumindest in der ersten Zeit

der Berufsausübungsgemeinschaft nicht wesentlich verändern würde, seien die Leistungsbegrenzungen durch die Anstellung von Dr. Sch. in Kauf genommen worden. Geringfügige Überschreitungen des vorgegebenen Leistungsrahmens hätte sie ohne Weiteres tolerieren können. Nun habe aber die Niederlassung des Dr. Th. zu einer unerwartet hohen Nachfrage nach chirurgischen Leistungen geführt, so dass die Punktzahlanforderung für das Quartal 04/2007 weit über dem festgelegten Gesamtpunktzahlvolumen liege. Auf Grund der besonderen Situation der Praxis sei bereits von der KV die Fallzahlzuwachsbeschränkung für das Quartal 04/2007 sowie auch für das Jahr 2008 ausgesetzt worden. Auf Grund der Leistungsbegrenzung einerseits und der Nachfrage in der Praxis andererseits habe Dr. Sch. zwischenzeitlich entlassen werden müssen. Der Zulassungsausschuss habe das Ende der Anstellung zum 22.02.2008 festgestellt. Der Kürzungsbescheid sei rechtswidrig. Ein erheblicher Teil der Leistungen, die im Quartal 04/2007 in der Praxis der Klägerin erbracht worden seien, seien Leistungen nach dem AOP-Vertrag gemäß [§ 115 b SGB V](#). Gemäß [§ 115 b Abs.1 Nr. 1 SGB V](#) handele es sich bei dem Katalog ambulant durchzuführender Operationen um stationärsetzende Eingriffe. Die Leistungen ersetzen also eine Krankenhausbehandlung des jeweiligen Patienten und ersparten den Kassen damit die entsprechende Vergütung für den stationären Bereich. Demgegenüber solle die Leistungsbegrenzung beim Jobsharing die vertragsärztliche Gesamtvergütung vor einer übermäßigen Leistungsausdehnung durch Vertragsärzte in übersorgten Gebieten schützen. Aus diesem Grund habe der Gesetzgeber für das Jobsharing oder die Anstellung von Fachärzten Zulassungsbeschränkungen angeordnet, wonach die jeweilige Praxis Leistungsbeschränkungen hinzunehmen habe und durch den hinzukommenden Vertragsarzt das Abrechnungsvolumen der Praxis nicht erhöht werden dürfe. Diese Leistungsbegrenzung sei von ihr auch grundsätzlich akzeptiert worden. Die Leistungen nach [§ 115 b SGB V](#), die sie erbracht habe, seien vom Schutzzweck der Leistungsbegrenzungen aber nicht erfasst. Denn nach der gesetzlichen Regelung des [§ 115 b SGB V](#) sollten für die Vertragsärzte und Krankenhäuser gleiche Wettbewerbsbedingungen gelten. Daher habe der Gesetzgeber im [§ 115 b Abs. 5 SGB V](#) vorgesehen, dass für diese Leistungen ein einheitliches, von den sonstigen Vergütungen getrenntes Budget eingerichtet werden solle. Ambulant durchgeführte Operationen durch Vertragsärzte führten also dazu, dass für den Bereich der stationären Versorgung die Aufwendungen der Kassen um die entsprechenden Beträge sinken. Demgegenüber solle die Leistungsbegrenzung in Jobsharingpraxen oder Praxen mit angestellten Ärzten dafür sorgen, dass im Bereich der vertragsärztlichen Vergütung die Leistungen nicht übermäßig ausgedehnt würden. Dies solle die Krankenkassen, die sich aus Pflichtbeiträgen finanzieren, vor übermäßigen Kostenbelastungen durch zusätzlich erbrachte ärztliche Leistungen schützen. Hieraus folge, dass Leistungen nach dem AOP-Vertrag, soweit sie von niedergelassenen Vertragsärzten erbracht würden, nicht vom Schutzzweck der Regelungen über die Leistungsbegrenzungen erfasst würden. Die Leistungen seien also außerhalb des begrenzten Gesamtpunktzahlvolumens zu vergüten und fielen demnach auch nicht unter die Punktzahlobergrenze. Unabhängig von der obigen Argumentation sei im Rückforderungsbescheid das Gesamtpunktzahlvolumen mit einer falschen Punktzahl festgelegt worden. Im Bescheid des Zulassungsausschusses von 28.09.2007 sei für das erste Quartal im ersten Jahr ein Gesamtpunktzahlvolumen von 2.523.658,1 Punkten festgelegt worden. Die Anstellung der Dr. Sch. habe zum 01.10.2007 begonnen, so dass dem Rückforderungsbescheid das erste Quartal des ersten Jahres der Anstellung zu Grunde liege. Dennoch sei im Rückforderungsbescheid von einer Punktzahlobergrenze von 2.220.953,0 Punkten ausgegangen worden. Dies widerspreche dem eindeutigen Wortlaut des Bescheids des Zulassungsausschusses vom 28.09.2007, der für das erste Quartal im ersten Jahr eine höhere Obergrenze festlege. Der Bescheid des Zulassungsausschusses setze die Obergrenzen für die Zeit der Zusammenarbeit mit Dr. Sch. fest und lege eine Obergrenze "für das erste Quartal im ersten Jahr" fest. Dies könne nur das Quartal 04/2007 sein, für das also von einer Obergrenze von 2.523.658,1 Punkten auszugehen sei. Wenn trotz der oben gemachten Ausführungen überhaupt eine Rückforderung für das Quartal 04/2007 zulässig sei, so sei die dort hinterlegte Obergrenze um 302.705,1 Punkte aufzustocken. Bei einem Punktwert von 0,0398 folge daraus, dass die Rückforderung jedenfalls um 12.740,66 EUR (richtig 12.047,66 EUR) zu vermindern sei.

Die Beklagte wies den Widerspruch durch Widerspruchsbescheid vom 07.10.2008 zurück mit der Begründung, der Zulassungsausschuss lege gemäß [§ 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V](#) in Verbindung mit den Angestellten-Ärzte-Richtlinien Abschnitt 3 Nr. 3.1 (seit dem 01.07.2007: Abschnitt 5 § 23 i.V.m. der Bedarfsplanungs-Richtlinie), sowie § 32 b Ärzte-ZV in einer verbindlichen Feststellung zur Beschränkung des Praxisumfanges quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumen fest, welche bei der Abrechnung des Vertragsarztes bei Beschäftigung des angestellten Praxisarztes als Leistungsbeschränkung (Obergrenze) maßgeblich seien. Diese Punktzahlvolumen berechneten sich auf der Basis des abgerechneten Punktvolumens der letzten vier Quartale zum Zeitpunkt der Antragstellung (02/2005 - 01/2006) zzgl. 3% der Fachgruppe. Die Punktzahlobergrenze sei im Quartal 04/2007 wie folgt überschritten: Basisquartal Punktzahlobergrenze Quartal abg. Punktvolumen Differenz in Punkten 04/06 2.220.953,0 4/07 3.743.460,0 1.522.507,0 Bei den angegebenen Punktvolumen seien die Leistungen des organisierten Notfalldienstes bereits von den insgesamt angeforderten Punktvolumen des Quartals abgezogen. Die Zuordnung der Quartale sei korrekt erfolgt. Die festgesetzten Gesamtpunktzahlvolumina in dem Bescheid des Zulassungsausschusses vom 28.09.2007 bezögen sich quartalsweise auf das entsprechende Quartal im Kalenderjahr, um Besonderheiten im Abrechnungsverhalten einer Praxis im Laufe eines Jahres (z.B. Sommerurlaub) in den quartalsbezogenen Gesamtpunktzahlvolumina adäquat widerzuspiegeln. Bei der Berechnung des Gesamtpunktzahlvolumens sei für Dr. Th. das abgerechnete Punktevolumen der Praxis Dr. Sch. herangezogen worden, da das abgerechnete Punktevolumen der Praxis Dr. Sch. in den Quartalen 02/2006 bis 01/2007 höher als der Fachgruppendurchschnitt gelegen habe. Ein Vergleich der Abrechnung 04/2006 der Praxis Dr. Sch. mit der Abrechnung 04/2007 der Berufsausübungsgemeinschaft zeige, dass die Berufsausübungsgemeinschaft Dres. H./Th. ein wesentlich erweitertes Leistungsspektrum anbiete als die Praxis Dr. Sch. ... Insbesondere im Hinblick auf die Leistungen nach [§ 115 b SGB V](#) rechne die Berufsausübungsgemeinschaft im Quartal 04/2007 mehr als doppelt so viele Punkte ab wie die Praxen Dr. H. und Dr. Sch. im Quartal 04/2006. Die Leistungen des ambulanten Operierens (Ziffern 31101 bis 31351) würden nicht in das Punktzahlgrenzvolumen mit eingerechnet. Das im Rahmen der Anstellung von Dr. Sch. festgesetzte Gesamtpunktzahlvolumen umfasse jedoch alle in Punkten bewerteten Leistungen, um einer Ausweitung des Leistungsumfanges gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie entgegenzuwirken. Die Leistungen des ambulanten Operierens seien deshalb in den festgesetzten Gesamtpunktzahlvolumina enthalten und müssten innerhalb dieser erbracht werden. Aus den betrachteten Abrechnungen sei ersichtlich, dass eine Ausweitung des Leistungsangebots vorgenommen worden sei, die nicht Zielsetzung einer Anstellung mit Leistungsbeschränkung sein könne. Die Berufsausübungsgemeinschaftspartner hätten mit der Verpflichtungserklärung vom 07.09.2007 und 11.09.2007 das festgesetzte Gesamtpunktzahlvolumen akzeptiert. Die durch Dr. Th. neu hinzukommenden Leistungen seien deshalb innerhalb des Gesamtpunktzahlvolumens zu erbringen.

Die Klägerin hat mit dem Antrag auf teilweise Aufhebung der Honorarrückforderung in Höhe von 12.047,66 EUR ihr Begehren weiterverfolgt, am 07.11.2008 Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG) erhoben und klargestellt, der Bescheid werde im Übrigen nicht angefochten. Sie hat zur Begründung ausgeführt, es werde nicht bestritten, dass ihre Praxis für das Quartal 04/2007 eine Leistungsbegrenzung gem. § 23 k Bedarfsplanungsrichtlinie Ärzte hinzunehmen habe. Allerdings habe sie die vom Zulassungsausschuss ausgesprochene Leistungsbegrenzung so verstehen müssen, dass sie für "das 1. Quartal im ersten Jahr" 2.523.658,1 Punkte abrechnen dürfe. Nach dem allgemeinen Sprachverständnis könne es sich bei dem "1. Quartal im ersten Jahr" nur um das Quartal 04/2007 handeln. Denn die

Leistungsbegrenzung der klägerischen Praxis gelte ab dem Quartal 04/2007. Dieses sei also das 1. Quartal, für das eine Leistungsbeschränkung vorliege. An keiner Stelle sei davon die Rede, dass das "1. Quartal" tatsächlich das Quartal 4 eines Kalenderjahres sein solle. Auch sei nicht davon die Rede, dass mit "im ersten Jahr" ein Kalenderjahr gemeint sein solle. Vielmehr beziehe sich die Formulierung "im ersten Jahr" sowohl nach dem Wortlaut im Bescheid des Zulassungsausschusses als auch nach dem Sinn, der sich aus § 23 k der Bedarfsplanungsrichtlinie ergebe, eindeutig auf das erste Jahr der Leistungsbegrenzung. Daher sei dies das Quartal 04/2007. Damit gelte für das Quartal 04/2007 ein Gesamtpunktzahlvolumen von 2.523.658,1 Punkten. Die Auffassung der Beklagten, dass das Quartal 04/2007 das "4. Quartal im ersten Jahr" sei, lasse sich schon sprachlich nicht halten. Hätte der Zulassungsausschuss dies gemeint, hätte er formulieren müssen: "das Quartal 4 im ersten Jahr". Dass nach der Auffassung der Beklagten "das 4. Quartal im ersten Jahr" tatsächlich das erste Quartal seit Beginn der Leistungsbeschränkung sein solle, lasse sich aus dem Bescheid des Zulassungsausschusses oder aus dessen Rechtsgrundlagen an keiner Stelle entnehmen. Auch die vergangenen vertragsärztlichen Abrechnungen ließen keinen eindeutigen Rückschluss darauf zu, welches Quartal der Zulassungsausschuss mit den jeweiligen Leistungsbegrenzungen tatsächlich gemeint habe. Denn die Leistungsbegrenzung entspreche nicht der in den jeweiligen Quartalen abgerechneten Punktemenge. Vielmehr seien die tatsächlich abgerechneten Punkte gem. § 23 c S. 3 der Bedarfsplanungsrichtlinie um 3 % des Fachgruppendurchschnitts zu erweitern. Da ihr das Abrechnungsvolumen des Fachgruppendurchschnitts nicht bekannt sei, könne sie auch den Anteil von 3 % hieran gem. § 23 c S. 3 Bedarfsplanungsrichtlinie nicht präzise ermitteln. Zudem ergebe sich die für ein Quartal jeweils insgesamt von ihr abgerechnete Punktmenge nicht ohne Weiteres aus den Quartalsabrechnungen der Beklagten, da diese nach Kassenarten und sonstigen Leistungsträgern differenziert seien. Die Abrechnungsübersichten enthielten keine Summierung der insgesamt abgerechneten Punkte, sondern lediglich den daraus resultierenden Euro-Betrag. Anhand der vertragsärztlichen Abrechnung sei es ihr damit nicht möglich, das jeweilige quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumen präzise zu ermitteln. Leistungen gem. [§ 115 b SGB V](#) (Ambulantes Operieren) seien nach den Normzweck des [§ 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V](#) nicht von einer Leistungsbegrenzung erfasst. Diesbezüglich wiederholt und vertieft sie ihr Vorbringen aus dem Widerspruchsverfahren. In der mündlichen Verhandlung hat der Prozessbevollmächtigte der Klägerin klargestellt, die Klage solle beschränkt sein auf die Leistungskürzung unterhalb von 2.523.658,1 Punkten. Die übrigen Einwendungen, insbesondere bezüglich der Einbeziehung der Leistungen des ambulanten Operierens nach [§ 115 b SGB V](#) in das Gesamtpunktzahlvolumen würden nicht weiter verfolgt.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten, hat auf den Widerspruchsbescheid Bezug genommen. Im vorliegenden Fall habe der Zulassungsausschuss mit Bescheid vom 28.09.2007 die quartalsbezogenen Punktzahlobergrenzen der Klägerin festgelegt. Diese Obergrenzen habe die Klägerin akzeptiert. Der Bescheid des Zulassungsausschusses sei somit bestandskräftig geworden ([§ 77 SGG](#)). Er sei deshalb sowohl für die Klägerin als auch für die Beklagte mit der Folge verbindlich, dass die dort festgelegten Obergrenzen der abrechenbaren Punktzahlen bei der Honorarverteilung zu berücksichtigen seien (vgl. Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg, L 5 KA 4074/03). Die Klägerin habe im Quartal 04/2007 die vom Zulassungsausschuss festgelegte Obergrenze überschritten. Sie könne sich auch nicht darauf berufen, es hätte allenfalls eine quartalsbezogene Obergrenze in Höhe von 2.523.658,1 Punkten zu Grunde gelegt werden dürfen. Diese Grenze sei lediglich für das 1. Quartal im 1. Leistungsjahr gültig. Für das hier strittige 4. Quartal 2007 gelte, wie im Zulassungsbescheid ausgeführt, eine Obergrenze in Höhe von 2.220.953,0 Punkten, da es sich um das 4. Quartal im 1. Leistungsjahr handele. Dass eine andere Auslegung nicht möglich sei, ergebe sich bereits aus § 23 c Bedarfsplanungs-Richtlinien. Dort sei eindeutig ausgeführt, dass die Gesamtpunktzahlvolumina so festzulegen seien, dass die in einem entsprechenden Vorjahresquartal anerkannten Punktzahlanforderungen um nicht mehr als 3 v. H. überschritten würden. Auch im Weiteren sei vom Vorjahresquartal die Rede. Darüber hinaus müsste die Klägerin ihr Abrechnungsvolumen kennen. Wie sich aus dem Bescheid des Zulassungsausschusses ergebe, seien die Quartale 02/2006 bis 01/2007 für die Ermittlung der Obergrenzen herangezogen worden. Auf Grund des der Klägerin bekannten Abrechnungsvolumens im Vorjahresquartal 4/06 hätte diese erkennen müssen, dass hier nur eine Obergrenze in Höhe von 2.220.953,0 Punkten einschlägig sein könne. Ebenso wenig könnten die Ausführungen der Klägerin zu Leistungen gemäß [§ 115 b SGB V](#) durchgreifen. Das im Rahmen der Anstellung festgesetzte Gesamtpunktzahlvolumen umfasse alle in Punkten bewertete Leistungen, um einer Ausweitung des Leistungsumfanges gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinien entgegenzuwirken. Die Leistungen des ambulanten Operierens seien deshalb in den festgesetzten Gesamtpunktzahlvolumina enthalten und müssten innerhalb dieser erbracht werden. Durch den Zulassungsausschuss seien bei der Festsetzung der Obergrenzen die Leistungen des ambulanten Operierens zu Recht berücksichtigt worden. Die mit Bescheid vom 28.09.2007 festgelegten quartalsbezogenen Punktzahlobergrenzen der Klägerin hätten um ein Vielfaches niedriger ausfallen müssen, wenn die Leistungen des ambulanten Operierens nicht zu berücksichtigen gewesen wären. Die Klägerin könne sich nämlich nicht auf den Standpunkt stellen, bei der Festlegung der quartalsbezogenen Punktzahlobergrenzen seien die Leistungen des ambulanten Operierens zu berücksichtigen, bei der Ermittlung der Überschreitung der Obergrenzen seien diese jedoch herauszurechnen (Rosinentheorie). Unabhängig davon sei die Klägerin mit einer Anstellung von Dr. Sch. im Rahmen des [§ 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V](#) i. V. m. § 23 k Bedarfsplanungs-Richtlinien und der damit verbundenen Leistungsbeschränkung einverstanden gewesen. Die Klägerin habe vor der Entscheidung des Zulassungsausschusses am 07.09.2007 und 11.09.2007 die erforderliche Verpflichtungserklärung, durch die sie die Leistungsbeschränkung anerkenne, die der Zulassungsausschuss im Genehmigungsverfahren festzusetzen habe, beim Zulassungsausschuss eingereicht. Der Klägerin sei also bereits im Vorfeld der Anstellungsgenehmigung bekannt gewesen, dass sie eine Erklärung zur Einschränkung des Leistungsumfanges abgeben müsse. Sie hätte daher vorher abschätzen können, ob sie mit dem eingeschränkten Leistungsumfang ihre Praxis (wirtschaftlich) betreiben könne. Die vom Zulassungsausschuss festgesetzten Obergrenzen seien von der Klägerin akzeptiert worden und dieser damit bereits vor Beginn des strittigen Quartals 4/07 hinreichend bekannt gewesen. Dass die Obergrenze der Klägerin bekannt gewesen sei, ergebe sich auch aus ihren Ausführungen im Widerspruchsschreiben vom 13.06.2008. Dort habe die Klägerin u.a. ausgeführt: "Unter der Annahme, dass sich das Leistungsspektrum der Praxis zumindest in der ersten Zeit der Berufsausübungsgemeinschaft nicht wesentlich verändern würde, wurden die Leistungsbegrenzungen durch die Anstellung von Frau Dr. Sch. in Kauf genommen. Geringfügige Überschreitungen des vorgegebenen Leistungsrahmens hätten meine Mandanten ohne weiteres tolerieren können." Der Klägerin sei damit die Konsequenz der Anstellung von Dr. Sch. hinreichend bekannt gewesen.

Mit Urteil vom 21.10.2010 hat das SG die Klage abgewiesen und im Wesentlichen ausgeführt, die Beklagte sei grundsätzlich zuständig für die sachlich-rechnerische Berichtigung. Die Bestimmungen über die Befugnis einer Kassenärztlichen Vereinigung, vertragsärztliche Honoraranforderungen und Honorarbescheide wegen sachlich-rechnerischer Fehler nachträglich zu korrigieren, verdrängten in ihrem Anwendungsbereich die Regelung des [§ 45 SGB X](#). Sie stellten von den Vorschriften des SGB X abweichende Regelungen i.S. des [§ 37 S. 1 SGB I](#) dar, die auf gesetzlicher Grundlage, nämlich auf Grund der Normen der Reichsversicherungsordnung (RVO) und später des SGB V, erlassen worden seien (BSG, Urteil vom 30.06.2004 - [B 6 KA 34/03 R SozR 4-2500 § 85 Nr. 11](#)). Nach [§ 75 Abs. 1 SGB V](#) hätten die Kassenärztlichen Vereinigungen die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen 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. Halbs. SGB V haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen. Zu den Pflichten der Vertragsärzte gehöre unter anderem auch eine ordnungsgemäße Abrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen. Die Kassenärztliche Vereinigung stelle die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte fest; dazu gehöre auch die arztbezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten ([§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Es obliege deshalb nach § 45 des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 34 des Ersatzkassenvertrages-Ärzte (EKV-Ä) der Beklagten, die vom Vertragsarzt eingereichten Honoraranforderungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und ggf. zu berichtigen. Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Abrechnung erstreckte sich auf die Frage, ob die abgerechneten Leistungen ordnungsgemäß — somit ohne Verstoß gegen gesetzliche oder vertragliche Bestimmungen mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebotes — erbracht worden seien. Solche Verstöße könnten z.B. darin liegen, dass die Leistungen überhaupt nicht, nicht in vollem Umfang, ohne die zur Leistungserbringung erforderliche spezielle Genehmigung oder unter Überschreitung des Fachgebietes erbracht worden seien (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 75 Nr. 10](#) m.w.N.). Die Befugnis zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung der Honoraranforderung auf bundesmantelvertraglicher Rechtsgrundlage bestehe aber nicht nur im Falle rechnerischer und gebührenordnungsmäßiger Fehler, sondern erfasse auch Fallgestaltungen, in denen der Vertragsarzt Leistungen unter Verstoß gegen Vorschriften über formale oder inhaltliche Voraussetzungen der Leistungserbringung durchgeführt und abgerechnet habe (vgl. zum Ganzen BSG, Urteile vom 08.09.2004, [SozR 4-2500 § 39 Nr. 3](#) Rdnrn. 7, 14 m.w.N. und vom 28.09.2005 - [B 6 KA 14/04 R SozR 4-5520 § 32 Nr. 2](#)). Die vorliegend relevante, im Wege sachlich-rechnerischer Richtigstellung zu korrigierende Begrenzung der abrechenbaren Leistungsmenge ergebe sich aus dem Beschluss des Zulassungsausschusses vom 12.09.2007 (Bescheid vom 28.09.2006). Dieser Bescheid sei bestandskräftig geworden ([§ 77 SGG](#)) und damit sowohl für die Kläger als auch für die Beklagte bindend mit der Folge, dass die Obergrenze der abrechenbaren Punktzahlen bei der Honorarverteilung zu beachten sei. Abschnitt 6 Nr. 23 i der Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte beruhe auf der Ermächtigungsgrundlage des [§ 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V](#). Danach beschlössen die Bundesausschüsse in Richtlinien Regelungen über die Anstellung von Ärzten bei einem Vertragsarzt desselben Fachgebiets oder, sofern die Weiterbildungsordnungen Facharztbezeichnungen vorsehen, mit derselben Facharztbezeichnung in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet seien, sofern sich der Vertragsarzt gegenüber dem Zulassungsausschuss zu einer Leistungsbegrenzung verpflichte, die den bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich überschreite. Mit diesem Inhalt unterliege die Rechtsgrundlage keinen Bedenken, wobei dahinstehen könne, ob die eingeräumte Toleranzgrenze von 3% sehr gering sei. Denn insoweit könnten die Gründe, die den Gesetzgeber des 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 (sog 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 diene - 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 -; s. zum Ganzen z.B. BSG [SozR 3-2500 § 103 Nr. 2](#)). Hiervon ausgehend unterlägen die Bestimmungen über die Zulassungsbeschränkungen in überversorgten Gebieten nach der Überzeugung der Kammer keinen rechtlichen Bedenken. Selbst wenn - entgegen dieser Auffassung - die Rechtsgrundlage für die Beschränkung der abrechenbaren Punktzahlen rechtswidrig und damit nichtig wäre, wäre im Übrigen der auf ihr basierende Bescheid nicht nichtig, sondern nur rechtswidrig und damit, da er bestandskräftig ist, gleichwohl bindend (ebenso LSG Baden-Württemberg, a.a.O.). Nach der Überzeugung der Kammer sei es auch nicht im Interesse der Gewährung effektiven Rechtsschutzes geboten, die (nochmalige) Überprüfung der Rechtmäßigkeit der - im Genehmigungsbescheid des Zulassungsausschusses bestandskräftig festgesetzten - Punktzahlobergrenzen durch Anfechtung des Honorar- oder des Berichtigungsbescheids zu ermöglichen. Denn hierdurch würden im Ergebnis die Regelungen über die Bestandskraft eines Verwaltungsaktes für die Anstellung eines Arztes im Rahmen des [§ 101 Abs.1 Nr. 5 SGB V](#) außer Kraft gesetzt und konterkariert. Hinzu komme, dass jedem Arzt, der die Anstellungsgenehmigung nach [§ 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V](#) beantrage, bekannt sei oder bekannt sein müsse, dass eine Erklärung zur Einschränkung des Leistungsumfanges 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. entsprechend LSG Baden-Württemberg, a.a.O., zur Leistungsbeschränkung im Rahmen des Jobsharing nach [§ 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V](#)). Lasse er sich auf die Festsetzung einer Punktzahlobergrenze ein, so sei er hieran grundsätzlich gebunden. Indem die Begrenzung des abrechenbaren Leistungsumfanges der Klägerin seit Erlass des Genehmigungsbescheids vom 28.09.2006 bekannt gewesen sei, habe kein schutzwürdiges Vertrauen darin erwachsen können, Leistungen seien auch über die festgelegten quartalsbezogenen Punktzahlobergrenzen hinaus abrechenbar. Die Berechnung des Rückforderungsbetrages sei ebenfalls rechtlich nicht zu beanstanden. Zu Recht habe die Beklagte dabei im streitigen Quartal 4/07 das abrechenbare Gesamtpunktzahlvolumen auf 2.220.953,0 Punkte begrenzt. Die Kammer teile die Auffassung, dass es sich beim Quartal 04/2007 um das "4. Quartal im ersten Jahr" i.S. der Festlegung im Bescheid vom 28.09.2006 handele. Dies ergebe sich bei der gebotenen Auslegung der Regelungen im Bescheid vom 28.09.2006, die hinreichend bestimmt sind ([§ 33 Abs. 1 SGB X](#)). Maßstab für die Auslegung ist der Empfängerhorizont eines verständigen Beteiligten, der in Kenntnis der tatsächlichen Zusammenhänge den wirklichen Willen der Behörde ([§ 133 BGB](#)) erkennen könne ([BSGE 67, 104, 110 = SozR 3-1300 § 32 Nr. 2](#) S 11). Hiernach könne und müsse zur Überzeugung der fachkundig besetzten Kammer ein verständiger Empfänger erkennen, dass sich die Begrenzung des Gesamtpunktzahlvolumens im Quartal 4/07 nach dem Wert des dort bezeichneten "4. Quartals im ersten Jahr" richtete. Diese Wertung ergebe sich, wie die Beklagte zu Recht ausgeführt habe, bereits aus § 23 c Bedarfsplanungs-Richtlinien, wo eindeutig bestimmt sei, dass die Gesamtpunktzahlvolumina so festzulegen seien, dass die in einem entsprechenden Vorjahresquartal anerkannten Punktzahlanforderungen um nicht mehr als 3 v. H. überschritten würden. Hieraus werde bereits der kalkulatorische Bezug zum Vorjahres(kalender)quartal erkennbar. Dem stehe das von der Kläger-Seite bemühte allgemeine Sprachverständnis nicht entgegen, wonach es sich bei dem "1. Quartal im ersten Jahr" nur um das Quartal 04/2007 handeln könne, da die Leistungsbegrenzung der klägerischen Praxis ab dem Quartal 04/2007 gegolten habe. Denn bei dieser Sichtweise bliebe unzulässigerweise ausgeblendet, dass die Klägerin und die dort tätigen Ärzte Dres. Th. und H. - bzw. ihr beim Zulassungsausschuss antragstellender Prozessbevollmächtigter - keineswegs unbedarft bzw. ohne Vorkenntnisse seien, was das relevante Leistungsvolumen der Vorgängerpraxen Dres. Sch./H. anbelange, sondern über die in den Quartalen 02/2006 bis 01/2007 erzielten Gesamtpunktzahlvolumina Bescheid wussten bzw. wissen mussten. Daran ändere es nichts, dass sich das für die Gemeinschaftspraxis maßgebliche Gesamtpunktzahlvolumen zusammensetze aus den Ergebnissen von zwei Praxen unter Hinzurechnung von 3 v. H. zulässigem Entwicklungspotential. Hinzu komme ganz maßgeblich, dass sich sachkundigen Personen wie den bei der Klägerin tätigen Praxispartnern auch anhand der festgesetzten Punktzahlen bei verständiger Würdigung habe erschließen müssen, dass sich diese an den jeweiligen Kalenderquartalen orientierten und nicht an den Leistungsquartalen ab Beginn der Anstellung. So stelle das bezeichnete "3. Quartal im ersten Jahr" das deutlich umsatzschwächste dar, was für eine mit der Sache vertraute Person ohne Weiteres den Rückschluss erlaube, dass es sich hierbei um das 3. Kalenderquartal handeln müsse, in welches z.B. die Sommerferien fielen und bei dem in einer

chirurgischen Praxis erfahrungsgemäß die wenigsten Operationen durchgeführt würden. Entsprechend sei bei verständiger Würdigung auch die Zuordnung der übrigen Quartale und der jeweiligen Leistungsbegrenzungen möglich. Sei somit für die Klägerin bzw. die dort tätigen Ärzte bei verständiger Würdigung des Bescheids vom 28.09.2006 hinreichend erkennbar, dass das "4. Quartal im ersten Jahr" maßgeblich für die Leistungsbegrenzung in ihrem (ersten) Leistungsquartal 04/2007 sei, so habe die Beklagte für die Leistungskürzung den Wert von 2.220.953,0 Punkten zugrunde legen dürfen. Auch im Übrigen unterliege der Kürzungsbescheid keinen rechtlichen Bedenken. Der Prozessbevollmächtigte der Klägerin habe in der mündlichen Verhandlung seine schriftsätzlich geäußerten Einwendungen gegen die Zuordnung der Leistungen des ambulanten Operierens in das leistungsbegrenzende Gesamtpunktzahlvolumen nicht aufrecht erhalten und einen dementsprechenden Klageantrag gestellt (vgl. hierzu auch LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 15.07.2009 - [L 7 B 74/08 AS ER - \(juris\)](#)). Der (Kürzungs-) Punktwert ergebe sich, wie im Bescheid vom 09.06.2008 ausgeführt, aus einer Mischkalkulation aus Punkten des ambulanten Operierens (Kategorie 1) und des Regelleistungsvolumens (Kategorie 2).

Gegen dieses ihr am 02.11.2010 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 30.11.2010 beim Landessozialgericht Berufung eingelegt und geltend gemacht, dass nach der vom Zulassungsausschuss für Ärzte ausgesprochenen Leistungsbeschränkung für das Quartal 04/2007 mindestens eine Punktzahl von 2.523.658,1 Punkten hätte berücksichtigt werden müssen. Der Bescheid des Zulassungsausschusses vom 28.09.2007 über die Leistungsbeschränkung könne sprachlich und inhaltlich nur so verstanden werden, dass für das Quartal 4/2007 als das "1. Quartal im ersten Jahr" (der Leistungsbeschränkung) ein Gesamtpunktzahlvolumen von 2.523.658,1 Punkten als Obergrenze festgelegt werde. Die Auffassung des Sozialgerichts, als fachkundige Ärzte hätten sie aus dem Bescheid erkennen müssen, dass mit dem "1. Quartal im 1. Jahr" das Quartal 1/2008 gemeint sei und mit dem "4. Quartal im 1. Jahr" das Quartal 04/2007, könne nicht überzeugen. Insbesondere gebe es entgegen der Auffassung des Sozialgerichts keinen allgemeinen Erfahrungssatz dergestalt, dass das 3. Quartal eines jeden Kalenderjahres (Juli bis September) stets das leistungsschwächste sei und somit die Auslegung des Bescheids ergebe, dass mit dem "1. Quartal im 1. Jahr" das Quartal 1/2008 gemeint sei und nicht das Quartal 04/2007. Es sei für sie nicht erkennbar gewesen, dass nach Auffassung des Zulassungsausschusses für das Quartal 04/2007 eine Leistungsbeschränkung von nur 2.220.953,0 Punkten habe gelten sollen. Des Weiteren sei der Honorarregress der Beklagten auch insoweit unzulässig, als unter das Gesamtpunktzahlvolumen auch Leistungen aus dem AOP-Vertrag ([§ 115b SGB V](#)) fallen sollten. Dies sei nicht zulässig, da diese Leistungen nach der Vorgabe des Gesetzgebers in [§ 115b SGB V](#) nicht aus dem ambulanten Topf vergütet werden sollten, sondern aus dem stationären Sektor stammten. Damit sei es nicht zulässig, diese Leistungen zum Schutz der ambulanten vertragsärztlichen Gesamtvergütung vor einer unerwünschten Leistungsausweitung gem. [§ 101 Abs. 1 SGB V](#) bei der Festlegung eines Gesamtpunktzahlvolumens zu berücksichtigen. Schließlich sei der Regress auch deswegen aufzuheben, weil sie von der Beklagten im Vorfeld der Anstellung von Dr. Sch. fehlerhaft beraten worden sei. Dies sei von Mitarbeitern der Beklagten gegenüber der Klägerin auch zugegeben worden. Dr. Th. sei sich — damals noch nicht anwaltlich vertreten — bei Gestaltung der Anstellung seiner Praxisvorgängerin Dr. Sch. ab Praxisübernahme am 01.10.2007 darüber nicht bewusst gewesen, welche einschneidenden wirtschaftlichen Konsequenzen die damit verbundene Leistungsbeschränkung für seine Praxis haben würde. Er sei hierauf seitens der KV nicht hingewiesen worden. Als Existenzgründer habe er nicht einschätzen können, ob die mit der Anstellung von Dr. Sch. ausgesprochene Leistungsbeschränkung für ihn ein wirtschaftliches Risiko darstelle. Überdies sei Dr. Sch. ausweislich des der Beklagten bekannten Anstellungsvertrags nur in einem sehr geringfügigen Umfang von wenigen Stunden je Woche für spezielle handchirurgische Aufgaben beschäftigt worden. Es wäre letztlich auch nicht verhältnismäßig, Dr. Th. als Existenzgründer für diese relativ geringe Beschäftigung von Dr. Sch. mit einer Leistungsbegrenzung zu belegen. Dadurch würde ihm das grundsätzlich zulässige und auch verfassungsrechtlich gebotene Wachstum seiner Praxis vollkommen abgeschnitten.

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 21.10.2010 und den Bescheid der Beklagten vom 09.06.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 07.10.2008 aufzuheben, soweit darin eine Gesamtpunktzahlobergrenze von weniger als 2.523.658,1 Punkten enthalten ist.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angegriffene Entscheidung für zutreffend und ihren Bescheid für rechtmäßig und trägt ergänzend vor, entgegen den Ausführungen der Klägerin ergebe sich aus dem Bescheid des Zulassungsausschusses vom 28.09.2007 für das Quartal 04/2007 keine Obergrenze in Höhe von 2.523.658,1 Punkten. Aus dem Zulassungsbescheid lasse sich für das Quartal 04/2007 eindeutig eine Obergrenze in Höhe von 2.220.953,0 Punkten entnehmen, da es sich um das 4. Quartal im 1. Leistungsjahr handele. Mit ihren weiteren Ausführungen, dass eine andere Auslegung nicht möglich sei, wiederholt und vertieft sie ihr bisheriges Vorbringen. Auf Grund des ihr bekannten Abrechnungsvolumens im Vorjahresquartal 4/2006 habe die Klägerin erkennen müssen, dass hier nur eine Obergrenze in Höhe von 2.220.953,0 Punkten einschlägig sein könne. Zudem habe das Sozialgericht Stuttgart zu Recht festgestellt, dass die Klägerin bzw. ihr Prozessbevollmächtigter keinesfalls unbedarf bzw. ohne Vorkenntnisse hinsichtlich des relevanten Leistungsvolumens der Vorgängerpraxen Dres. Sch./ H. gewesen seien, sondern über die in den Quartalen 02/2006 bis 01/2007 erzielten Gesamtpunktzahlvolumina Bescheid wussten bzw. hätten wissen müssen. Ebenso zutreffend habe das Sozialgericht Stuttgart entschieden, dass sich bei sachkundigen Personen wie der Klägerin auch anhand der festgesetzten Punktzahlen bei verständiger Würdigung erschließen müsse, dass sich diese an den jeweiligen Kalenderquartalen orientierten und nicht an den Leistungsquartalen ab Beginn der Anstellung. Die Klägerin könne sich im Berufungsverfahren nicht mehr darauf berufen, Leistungen des ambulanten Operierens seien in unzulässiger Weise in das Gesamtpunktzahlvolumen einbezogen worden. Wie sich aus dem Urteil des Sozialgerichts Stuttgart ergebe, habe der Prozessbevollmächtigte der Klägerin in der mündlichen Verhandlung seine schriftsätzlich geäußerten Einwendungen gegen die Zuordnung der Leistungen des ambulanten Operierens in das leistungsbegrenzende Gesamtpunktzahlvolumen nicht aufrechterhalten. Somit sei eine erneute Geltendmachung im Berufungsverfahren ausgeschlossen. Die Klägerin könne auch keine Fehlberatung durch die Beklagte geltend machen. Die Klägerin sei mit einer Anstellung von Dr. Sch. im Rahmen des [§ 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V](#) i. V. m. [§ 23 k](#) Bedarfsplanungs-Richtlinien und der damit verbundenen Leistungsbeschränkung einverstanden gewesen. Sie habe vor der Entscheidung des Zulassungsausschusses am 07.09.2007 und 11.09.2007 die erforderliche Verpflichtungserklärung, durch die sie die Leistungsbeschränkung anerkannt habe, die der Zulassungsausschuss im Genehmigungsverfahren festzusetzen habe, beim Zulassungsausschuss eingereicht. Ihr sei also bereits im Vorfeld der Anstellungsgenehmigung bekannt gewesen, dass sie eine Erklärung zur Einschränkung des Leistungsumfangs abgeben müsse. Sie habe daher vorher abschätzen können, ob sie mit dem eingeschränkten Leistungsumfang ihre Praxis (wirtschaftlich) betreiben könne. Die vom Zulassungsausschuss festgesetzten Obergrenzen seien von ihr akzeptiert worden, seien ihr bereits vor Beginn des strittigen Quartals 04/2007 hinreichend bekannt gewesen und hätten beachtet werden müssen. Dass ihr die Obergrenze bekannt gewesen sei, ergebe sich auch aus ihren Ausführungen im Widerspruchsschreiben vom 13.06.2008. Dort heiße es u.a.: "Unter der Annahme, dass sich das Leistungsspektrum der Praxis zumindest in der ersten Zeit der Berufsausübungsgemeinschaft nicht wesentlich verändern würde,

wurden die Leistungsbegrenzungen durch die Anstellung von Dr. Sch. in Kauf genommen. Geringfügige Überschreitungen des vorgegebenen Leistungsrahmens hätten meine Mandanten ohne weiteres tolerieren können." Ihr sei damit die Konsequenz der Anstellung von Dr. Sch. hinreichend bekannt gewesen.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten, der Gerichtsakten des SG und der Berufungsakten des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat entscheidet im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung.

Die Berufung der Klägerin ist zulässig. Sie ist insbesondere statthaft. Ein Berufungsausschlussgrund nach [§ 144 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) liegt nicht vor. Im Streit stehen bezüglich des Quartals 04/2007 noch die Kürzung der Honorarabrechnung um 302.705,1 Punkte und die entsprechende Rückforderung von 12.047,66 EUR.

Die Berufung ist jedoch unbegründet.

I. Der Aufhebungs- und Rückforderungsbescheid ist nicht deshalb formell rechtswidrig, weil die Klägerin vor seinem Erlass entgegen [§ 24 Abs. 1 SGB X](#) nicht angehört worden ist. Der Mangel der Anhörung kann gemäß [§ 41 Abs. 1 Nr. 3, Abs. 2 SGB X](#) dadurch geheilt werden, dass dem Betroffenen durch die in den angefochtenen Bescheiden enthaltenen Hinweise auf die wesentlichen entscheidungserheblichen Gesichtspunkte Gelegenheit gegeben wird, sich im Widerspruchsverfahren sachgerecht zu äußern. Das ist im vorliegenden Fall geschehen.

II. Der angefochtene Bescheid ist auch materiell rechtmäßig. Dies hat das SG zutreffend in der angegriffenen Entscheidung ausgeführt. Hierauf nimmt der Senat gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) Bezug und sieht insoweit von einer eigenen Begründung ab.

Lediglich ergänzend ist Folgendes auszuführen: Soweit die Klägerin sich auf die Veränderungen beruft, die sich aus der Gründung der Berufsausübungsgemeinschaft von Dr. H. und Dr. Th. hinsichtlich des Leistungsangebots und dessen Inanspruchnahme im Vergleich zu der Praxisgemeinschaft von Dr. H. und Dr. Sch. ergeben haben, wendet sie sich insoweit gegen die Festsetzung im Bescheid des Zulassungsausschusses vom 28.09.2007. Entsprechendes gilt für den Hinweis darauf, dass die Tätigkeit der angestellten Ärztin auf einen Tag in der Woche beschränkt war. Solange der Bescheid des Zulassungsausschusses vom 28.09.2007, der für das Quartal 04/2007 (vgl. unten) weiterhin wirksam ist und sich im Übrigen durch die Beendigung des Anstellungsverhältnisses erledigt hat, nicht geändert ist, ist das dort als Obergrenze für das 4. Quartal festgesetzte Gesamtpunktzahlvolumen von 2.220.953,0 Punkten für die Klägerin, für die Beklagte und das Gericht bindend (Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 12.12.2007 - [L 4 KA 62/06](#) -, veröffentlicht in Juris; nachgehend BSG, Beschluss vom 28.01.2009 - [B 6 KA 17/08 B](#) -).

Der ursprüngliche Honorarbescheid vom 10.04.2008 für das Quartal 04/2007 war dementsprechend unrichtig, weil er die angeforderten Punkte ohne Berücksichtigung des Gesamtpunktzahlvolumens abgerechnet hat. Zutreffend hat das SG auch dargelegt, dass die Berichtigungsvorschriften bereichsspezifische Sonderregelungen darstellen mit der Folge, dass Honorarbescheide stets zunächst nur als vorläufig anzusehen sind und Vertrauensschutz auf deren Bestand nur in besonderen Konstellationen anerkannt werden kann. Anhaltspunkte für das Vorliegen einer besonderen Konstellation ergeben sich hier weder aus dem zugrunde liegenden Sachverhalt, noch aus dem Vorbringen der Beteiligten.

Für den Senat besteht auch kein Zweifel daran, dass sich die Festlegungen der Gesamtpunktzahlvolumina als Obergrenzen im Bescheid vom 28.09.2007 auf die für die Abrechnung maßgeblichen Kalenderjahresquartale im Zeitraum des ersten Jahres der Tätigkeit beziehen. Dementsprechend handelt es sich bei dem streitigen Quartal 04/2007 um das 4. Quartal, das im ersten Jahr der Tätigkeit nach Anstellung liegt, unabhängig davon, ob die Tätigkeit erst zu Beginn dieses 4. Quartals aufgenommen worden ist. Dies ergibt sich nicht nur, wie vom SG zutreffend dargelegt, aus den dem Bescheid zugrunde liegenden Regelungen, sondern kommt auch sprachlich klar dadurch zum Ausdruck, dass nicht vom 1., 2., 3., 4. Quartal des ersten Tätigkeitsjahres die Rede ist, sondern vom 1., 2., 3. und 4. Quartal im ersten Jahr. Damit kommt es nur darauf an, dass das jeweilige Kalenderjahresquartal im Zeitrahmen des ersten Tätigkeitsjahres liegt und gerade nicht darauf, ob es das 1., 2., 3. oder 4. Quartal seit Aufnahme der Tätigkeit ist. Auch für die nach Kalenderjahresquartalen abrechnenden Ärzte der Klägerin konnte kein Zweifel daran bestehen, dass das Quartal 04/2007 das 4. Quartal ist und sich an dieser Tatsache nichts dadurch ändert, dass die für die Festsetzung der Gesamtpunktzahlvolumina maßgebliche Anstellung mit Wirkung zum 01.10.2007 und damit zum Beginn des 4. Quartals erfolgt ist.

Es erstaunt, dass im Berufungsverfahren erneut das Argument vorgetragen wurde, dass Leistungen des ambulanten Operierens bei der Ermittlung des Gesamtpunktzahlvolumens nicht hätten berücksichtigt werden dürfen, nachdem in der mündlichen Verhandlung des SG (ausweislich des Tatbestandes des SG S. 9 unten) erklärt wurde, dieser Einwand würde nicht weiter verfolgt. Hinzukommt, dass die Klägerin ihr Anfechtungsbegehren schon im Klageverfahren und auch mit dem Berufungsantrag darauf beschränkt hat, dass die Honorarkürzung nur noch insoweit angegriffen wird, als aus dem Bescheid des Zulassungsausschusses vom 28.09.2006 nicht die - von ihr als zutreffend erachtete - Obergrenze des Gesamtpunktzahlvolumens des 1. Quartals, sondern die des 4. Quartals zugrunde gelegt worden ist. Dass der Einwand der Nichtberücksichtigung der Leistungen nach [§ 115 b SGB V](#) inhaltlich nicht greift, hat die Beklagte bereits im Widerspruchsbescheid dargelegt. Danach sind die Leistungen des ambulanten Operierens der bisherigen Gemeinschaftspraxis in den festgesetzten Gesamtpunktzahlvolumina enthalten und müssten innerhalb dieser erbracht werden. Ohne diese Leistungen hätte das Gesamtpunktzahlvolumen deutlich niedriger ausfallen müssen. Konsequenterweise hätte dieser Einwand gegenüber dem Zulassungsausschuss bei der Festsetzung der Punktzahlvorgabe geltend gemacht werden müssen, was aber nicht geschehen ist. Nach eingetretener Bindungswirkung der Festsetzungen des Zulassungsausschusses kann die Klägerin damit nicht mehr gehört werden.

Soweit die Klägerin eine Fehlberatung geltend macht, bleibt schon nach ihrem eigenen Vortrag unklar, wer wen wann und in welchen Punkten falsch beraten haben soll. Im Ergebnis steht fest, dass die Klägerin die Vorgaben des Zulassungsausschusses akzeptiert hat.

Welche Motive dem zu Grunde lagen, bleibt ebenso unklar wie die Gründe für die nur geringe Zeit umfassende Angestelltentätigkeit von Dr. Sch. und die Ausgestaltung der Berufsausübungsgemeinschaft. Ganz offensichtlich hat niemand mit der erheblichen Leistungsmengenausweitung durch Dr. Th. gerechnet. Im Einzelnen kann dies alles offenbleiben. Zum einen ist eine Fehlberatung weder schlüssig vorgetragen noch bewiesen, zum anderen könnte auch eine Fehlberatung durch Mitarbeiter der Beklagten nicht zu einem Herstellungsanspruch führen. Dies ergibt sich bereits daraus, dass die Beklagte keine andere Festsetzung der Gesamtpunktzahlvolumina herstellen kann, weil dies in der ausschließlichen Zuständigkeit des Zulassungsausschusses liegt. Schließlich kann auch im Wege des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs kein tatsächlicher Geschehensablauf nachträglich verändert werden.

III.

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

Die Höhe des Streitwerts folgt aus [§ 52 Abs. 3 GKG](#). Die Klägerin, der ihr ursprüngliches Begehren auf vollständige Aufhebung des angegriffenen Bescheids bereits im Klageverfahren eingeschränkt hat, wendet sich auch im Berufungsverfahren gegen die Honorarkürzung nur noch insoweit als diese auf eine Überschreitung in Höhe von weiteren 302.705,1 Punkten beruht. Damit ist der Streitwert auf 12.047,66 EUR ($302.705,1 \times 0,0398$ EUR) für das Berufungsverfahren festzusetzen.

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-10-04