

## L 5 KA 929/15

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

5

1. Instanz

SG Stuttgart (BWB)

Aktenzeichen

S 11 KA 5605/11

Datum

23.01.2015

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 5 KA 929/15

Datum

26.04.2017

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 23.01.2015 abgeändert und die Klage insgesamt abgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen.

Der Streitwert wird auch für das Berufungsverfahren auf 35.853,61 EUR endgültig festgesetzt.

Tatbestand:

Der Kläger wendet sich gegen eine im Wege der sachlich-rechnerischen Berichtigung (nachgehende Richtigstellung) verfügte Honorarrückforderung für die Quartale 3/2006 bis 4/2008 in Höhe von 35.853,61 EUR im Hinblick auf die Laserbehandlung des Naevus flammeus (Feuermal).

Der Kläger nimmt als Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit Sitz in T. an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Er betreibt eine Laserklinik, in der u.a. Behandlungen des Naevus flammeus mit einem gepulsten Farbstofflaser durchgeführt werden. Während der streitigen Zeit war Dr. G. als Assistentin im Wege des vertragsärztlichen Jobsharings beim Kläger angestellt.

In den für die Quartale 3/2006 bis 4/2008 ergangenen Honorarbescheiden vom 21.12.2006, 10.04.2007, 16.07.2007, 15.10.2007, 15.01.2008, 15.04.2008, 15.07.2008, 15.10.2008 (ebenso wie der Bescheid vom 15.07.2008 mit Korrekturen im Januar 2009), 15.01.2009 und 15.04.2009 wurden dem Kläger (u.a.) Laserbehandlungen von Naevi flammei vergütet. Die hierfür einschlägige Gebührenordnungsposition (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen (EBM - hier in den für die Quartale 3/2006 bis 4/2008 geltenden Fassungen, im Folgenden nur: EBM) - hat folgenden Wortlaut:

EBM Fassung ab 01.01.2005 (EBM 2000plus):

10320 Behandlung von Naevi flammei

Obligater Leistungsinhalt - Therapie mittels gepulstem Farbstofflaser, - Metrische und fotografische Dokumentation vor Beginn und nach Abschluss der Therapie,

Fakultativer Leistungsinhalt - Behandlung in mehreren Sitzungen, bis zu 1 cm<sup>2</sup> Gesamtfläche des behandelten Areals und für jeden weiteren cm<sup>2</sup> je einmal 500 Punkte

Die Behandlung seniler Angiome ist nicht Bestandteil dieser Leistung.

Die Leistungen nach den Nrn. 10320, 10322 und 10324 sind unabhängig von der Zahl der Sitzungen nur einmal je cm<sup>2</sup> Gesamtfläche des behandelten Areals berechnungsfähig.

...

Die Leistung nach der Nr. 10320 ist nicht neben den Nrn. 02300 bis 02302 und 10340 bis 10342 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 10320 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 10324 und 10330 berechnungsfähig.

EBM Fassung ab 01.01.2008:

10320 Behandlung von Naevi flammei

Obligater Leistungsinhalt - Therapie mittels gepulstem Farbstofflaser, - Metrische und fotografische Dokumentation vor Beginn und nach Abschluss der Therapie,

Fakultativer Leistungsinhalt - Behandlung in mehreren Sitzungen, bis zu 1 cm<sup>2</sup> Gesamtfläche des behandelten Areals und für jeden weiteren cm<sup>2</sup> je einmal 525 Punkte

Die Behandlung seniler Angiome ist nicht Bestandteil dieser Leistung.

Die Gebührenordnungspositionen 10320, 10322 und 10324 sind unabhängig von der Zahl der Sitzungen nur einmal je cm<sup>2</sup> Gesamtfläche des behandelten Areals berechnungsfähig.

...

Die Gebührenordnungsposition 10320 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 und 10340 bis 10342 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 10320 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 10324 und 10330 berechnungsfähig.

Die GOP 10322 EBM hat die Behandlung des Hämangioms (Blutschwamm) mittels gepulstem Farbstofflaser, die GOP 10324 EBM hat die Behandlung von Naevi flammei und/oder Hämangiomen mittels Laser zum Gegenstand. Die der Leistungslegende der GOP 10320 EBM (ebenso der Leistungslegende der GOPen 10322 und 10324 EBM) jeweils als Anmerkung bzw. Abrechnungsbestimmung beigefügte Regelung:

"Die Gebührenordnungspositionen 10320, 10322 und 10324 sind unabhängig von der Zahl der Sitzungen nur einmal je cm<sup>2</sup> Gesamtfläche des behandelten Areals berechnungsfähig"

wird im Folgenden als "Einmalklausel" bezeichnet.

Mit Schreiben vom 13.01.2009 teilte die Beklagte dem Kläger mit, für das Quartal 4/2007 werde eine Stichprobenprüfung durch den Plausibilitätsausschuss durchgeführt; der Kläger möge Bilddokumentationen zum Ansatz der GOPen 10320 und 10322 EBM von 10 (namentlich benannten) Patienten vorlegen.

Mit Schreiben vom 16.04.2009 teilte die Beklagte dem Kläger (nach durchgeführter Prüfung) mit, Beanstandungen hätten sich nicht ergeben. Vorbehalten blieben nachträglich durchzuführende sachlich-rechnerische Berichtigungen, etwa auf Grund von Anträgen der Krankenkassen. Man weise aber darauf hin, dass für die Abrechnung von Leistungen nach GOP 10320 EBM und GOP 10322 EBM eine metrische und fotografische Dokumentation vor Beginn und nach Abschluss der Therapie notwendig sei. In einigen Fällen habe die metrische Dokumentation gefehlt. Auch sei geregelt, dass die Leistungen nach GOPen 10320, 10322 und 10324 EBM unabhängig von der Zahl der Sitzungen nur einmal je cm<sup>2</sup> Gesamtfläche des behandelten Areals berechnungsfähig seien.

Mit nicht streitgegenständlichen Bescheiden vom 12.03.2009 und 09.06.2009 verfügte die Beklagte im Wege der nachgehenden Richtigstellung die Rückforderung von Honorar für die Quartale 3/2008 und 4/2008 i.H.v. 8.326,55 EUR bzw. 1.622,31 EUR wegen Überschreitung der festgesetzten Punktzahlbergrenze bei Jobsharing.

Mit Schreiben vom 08.02.2010 teilte die Beklagte dem Kläger mit, die Auswertung der Honorardaten von Hautärzten in den Quartalen der Jahre 2007 und 2008 habe im Bereich der Bezirksdirektion R. signifikant höhere Honorare und Fallwerte als im Bereich der anderen Bezirksdirektionen ergeben. Das sei insbesondere auf einen erhöhten Leistungsbedarf bei Laserbehandlungen nach den GOPen 10320 bis 10322 EBM zurückzuführen. Wegen dieser Abrechnungsauffälligkeit werde man bei den Hautärzten für die Quartale 1/2007 bis 4/2008 eine Schwerpunktprüfung "Laserbehandlung" durchführen. Das gelte auch für den Kläger, obwohl im Zuge einer Stichprobenprüfung für das Quartal 4/2007 bereits Fotodokumentationen angefordert worden seien. Zur Beurteilung der Fälle und zur Einschätzung der behandelten Körperoberflächen benötige man die in der Leistungslegende der genannten GOPen vorgesehenen metrischen und fotografischen Dokumentationen vor und nach Abschluss der Therapie von 8 (in der Anlage zu dem Schreiben benannten) Patienten. Es werde auch gebeten, die Angaben zur gesamten betroffenen Körperoberfläche in Quadratzentimeter bei den genannten Patienten zu ergänzen. Man behalte sich vor, weitere Quartale und Dokumentationen in die Prüfung einzubeziehen.

Der Kläger legte der Beklagten Behandlungsdokumentationen (als CD) vor und nahm ergänzend zur Laserbehandlung des Naevus flammeus Stellung (Schreiben vom 15.03.2010).

Mit Bescheid vom 29.11.2010 verfügte die Beklagte die sachlich-rechnerische Berichtigung der zu den Quartalen 2/2005 bis 4/2008 ergangenen Honorarbescheide bzw. die Rückforderung von Honorar wie folgt:

Quartal Rückforderungsbetrag/ EUR 3/2006 666,25 4/2006 394,17 1/2007 3.428,40 2/2007 3.761,55 3/2007 1.041,76 4/2007 75,85 1/2008 7.163,09 2/2008 8.884,29 3/2008 4.061,53 4/2008 6.376,72 Gesamtbetrag 35.853,61

Zur Begründung führte die Beklagte aus, der Kläger habe die GOP 10320 EBM in den Quartalen 3/2006 bis 4/2008 insgesamt 2.565 mal

zuviel abgerechnet. Die Leistung nach dieser GOP dürfe unabhängig von der Zahl der Sitzungen nur einmal je cm<sup>2</sup> Gesamtfläche des behandelten Hautareals abgerechnet werden. Der Kläger verstehe die Einmalklausel so, dass die GOP nicht je cm<sup>2</sup> Gesamtfläche einmal angesetzt werden könne, sondern ggf. je Behandlungs- oder Krankheitsfall je cm<sup>2</sup> Gesamtfläche. Er habe zu den einzelnen Behandlungsfällen auch nicht immer die Größe des betroffenen Hautareals, sondern die Anzahl der in den jeweiligen Sitzungen gesetzten Laserimpulse angegeben. Aus einer im Jahr 2008 abgegebenen Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gehe hervor, dass die GOP 10320 EBM für jeden cm<sup>2</sup> laserbehandelter Hautfläche insgesamt nur einmal abgerechnet werden könne; wäre anderes gewollt gewesen, hätte dies im Wortlaut der GOP 10320 EBM zum Ausdruck gebracht werden können und müssen. Der die Auslegung des Klägers stützenden Auffassung in einem vom Berufsverband der Dermatologen in Auftrag gegebenen Rechtgutachten könne man nicht folgen. Zu beanstanden sei auch die vom Kläger aus Gründen der Budgetierung praktizierte Beteiligung weiterer Arztpraxen bei der Behandlung seiner Patienten. Der Kläger habe mittels Überweisungen zur Mit- und Weiterbehandlung 2 hautärztliche Praxen zur Laserbehandlung hinzugezogen. Überweisungen an einen Vertragsarzt derselben Arztgruppe seien jedoch nur zulässig bei Inanspruchnahme besonderer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die vom behandelnden Arzt nicht erbracht würden, bei Übernahme der Behandlung durch einen anderen Vertragsarzt infolge Wechsels des Aufenthaltsorts des Patienten und bei Fortsetzung einer abgebrochenen Behandlung. Diese Voraussetzungen seien jeweils nicht erfüllt gewesen. Die Überweisung von Patienten an eine andere hautärztliche Praxis zur Durchführung einer bereits begonnenen Lasertherapie sei daher nicht zulässig gewesen. Man könne auch nicht davon ausgehen, dass die Patienten von sich aus eine oder sogar zwei weitere Hautarztpraxen aufgesucht hätten. Da der Kläger die Patienten nach eigenen Angaben regelmäßig über den Sachverhalt informiert habe, habe der Arztwechsel auf seine Initiative stattgefunden. Bei einer Patientin sei aufgefallen, dass vom Kläger und einer anderen Hautarztpraxis am gleichen Tag eine Laserbehandlung nach GOP 10320 EBM durchgeführt worden sei. Deshalb gehe man davon aus, dass alle Laserbehandlungen ausschließlich in der Laserklinik des Klägers und nicht in den Praxen der hinzugezogenen Hautärzte stattgefunden hätten. Man vermute, dass mit der praktizierten Vorgehensweise Abrechnungsbestimmungen und Budgetierungsmaßnahmen umgangen worden seien. Deshalb habe man auch weiterführende Maßnahmen erörtert, davon aber letztendlich abgesehen, weil sich die praxisübergreifenden Behandlungen verglichen mit der Gesamtzahl der Laserbehandlungen des Klägers auf wenige Fälle beschränkten. Man habe anhand der für 8 Patienten eingereichten Bilddokumentationen zunächst die betroffene Hautfläche ermittelt. Da die erforderliche metrische Dokumentation nicht für alle Fälle vorgelegen habe, sei die betroffene Hautfläche in einigen Fällen eingeschätzt worden. Wie aus der dem Bescheid beigelegten Anlage hervorgehe, habe die patientenbezogene Auswertung über die ermittelten Hautflächen und die zuviel abgerechneten Leistungen nach GOP 10320 EBM 2.855 Fehllansätze dieser GOP ergeben (Quartale 2/2005 bis 4/2008). Im Hinblick auf die für nachgehende Richtigstellungen geltende Vierjahresfrist beschränke sich die Honorarrückforderung auf die Quartale 3/2006 bis 4/2008; auf diese Quartale entfielen 2.565 Fehllansätze der GOP 10320 EBM.

Am 06.12.2010 erhob der Kläger Widerspruch. Er trug vor, die Messung von Hautflächen sei außerordentlich schwierig und mit einem Metermaß bei vorsichtiger Schätzung nur mit einer Fehlerquote von ca. 30% möglich. Deshalb habe er die Zahl der Laserpulse angegeben. Das sei die derzeit einzig sichere Möglichkeit, die Hautoberfläche verlässlich zu bestimmen. Mit einem Laserpuls (Durchmesser 10 mm) werde 1 cm<sup>2</sup> Haut behandelt. Die Beklagte hätte die Honorarkürzungen wegen Überschreitung der Gesamtpunktzahl bei Jobsharing berücksichtigen müssen. Die Behandlung der Naevi flammei werde vor allem bei Kindern durchgeführt. Er behandle überwiegend große Feuermale, häufig unter Vollnarkose. Ohne Mitwirkung der hinzugezogenen Hautarztkollegen hätte er seine Fallzahlobergrenzen derart überziehen müssen, dass ihm die gesamte Feuermalbehandlung nicht mehr honoriert worden wäre, und er hätte seine Patienten nicht mehr behandeln können. Hierfür komme es auf die Auslegung der Leistungslegende der GOP 10320 EBM nicht an. Seiner Ansicht nach könne die in Rede stehende Laserbehandlung einmal im Jahr für die behandelte Gesamtfläche abgerechnet werden; das gehe so auch aus der Kommentarliteratur hervor. Die Beklagte habe ihn anlässlich der Prüfung einer anderen Hautarztpraxis um eine gutachterliche Äußerung gebeten; er habe dabei die genannte Auffassung vertreten, die man offenbar auch bei der Beklagten als plausibel angesehen und so zur Grundlage eines Vergleichs gemacht habe. Deshalb habe er seine Abrechnungsweise auch künftig für richtig gehalten. Mit der von der Beklagten nunmehr für zutreffend erachteten Abrechnungsweise - Abrechnung der GOP 10320 EBM pro behandelter Hautfläche einmal im Leben - könnten die notwendigen Behandlungen nicht erbracht werden; das könne er aus ärztlicher Sicht nicht vertreten. Die Notwendigkeit der Zusammenarbeit mit weiteren Hautärzten stelle sich für ihn seit 01.02.2011 (Gründung einer Gemeinschaftspraxis mit Dr. G.) nicht mehr.

Mit Widerspruchsbescheid vom 30.08.2011 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Zur Begründung führte sie ergänzend aus, die Honorarrückforderung wegen Überschreitung der Gesamtpunktzahl bei Jobsharing stehe der Honorarrückforderung wegen fehlerhafter Abrechnung der GOP 10320 EBM nicht entgegen. Die Einmalklausel besage, dass die Laserbehandlung nach GOP 10320 EBM für jeden (betroffenen) cm<sup>2</sup> Hautfläche nur einmal im Leben des Patienten und nicht, wie der Kläger meine, einmal im Jahr oder einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden könne. Das sei auch die Auffassung der KBV. Die Unbeachtlichkeit der Zahl der Behandlungssitzungen spreche ebenfalls für die Richtigkeit ihrer Auslegung. Die Einmalklausel bewirke daher eine gleichsam mengenbegrenzende pauschalierende Vergütung der Laserbehandlung des Naevus flammeus und des Hämangioms. Der Bewertungsausschuss (BewA) habe nicht die einzelne (Laser-)Behandlungssitzung, sondern die einmalige (Laser-)Behandlung bezogen auf die betroffene Hautfläche vergüten wollen.

Am 28.09.2011 erhob der Kläger Klage beim Sozialgericht Stuttgart (SG). Er bekräftigte sein bisheriges Vorbringen. Er rechne die GOP 10320 EBM für die behandelte Hautfläche je cm<sup>2</sup> und Patient einmal im Jahr ab. Dem Wortlaut der Einmalklausel könne nicht entnommen werden, dass die Laserbehandlung je cm<sup>2</sup> Hautfläche nur einmal im Leben des Patienten abgerechnet werden dürfe. Ein Bezugszeitraum (Quartal, Jahr, Lebenszeit) sei nicht festgelegt. Nach den allgemeinen Bestimmungen zum EBM beziehe sich der Zusatz "je einmal" zu einer GOP grundsätzlich auf den Behandlungsfall; das gelte auch für die Einmalklausel. Er habe die Behandlung der jeweiligen Hautfläche (sogar) nur einmal im Jahr (und nicht im Behandlungsfall) abgerechnet. Diese Abrechnungsweise habe die Beklagte noch im Jahr 2008 bei einem anderen Hautarzt akzeptiert. Die Auslegung der Beklagten verbiete sich auch aus medizinischen Gründen. Ihre Hautflächenberechnung sei ebenfalls unrichtig. Die Hautfläche könne auf Grund eines zweidimensionalen Bildes allenfalls im Ansatz annähernd bestimmt werden; metrische Bestimmungen hätten eine Fehlerquote von mindestens 30%.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Leistungen nach GOP 10320 EBM seien nur einmal je cm<sup>2</sup> betroffener Hautfläche abrechenbar. Die Behandlung gelte als durchgeführt, wenn sich das therapeutische Ergebnis eines Verblässens oder gänzlichen Verschwindens des Naevus flammeus nachweisen lasse. Dieser Nachweis sei nach dem obligaten Leistungsinhalt der GOP 10320 EBM durch eine metrische und fotografische Dokumentation vor Beginn und nach Abschluss der Therapie zu führen. Die Bezugnahme auf den Abschluss der Therapie verdeutliche zusätzlich, dass die Leistung nach GOP 10320 EBM nur einmal je cm<sup>2</sup> Hautfläche abgerechnet werden könne. Hinsichtlich des fakultativen Leistungsinhalts der genannten GOP sei von einer "Behandlung in mehreren Sitzungen" die Rede. Daher sei die Leistung

unabhängig von der Zahl der Behandlungen eines cm<sup>2</sup> Hautfläche nur einmal abrechenbar. Eine Mehrfachabrechnung sei nur statthaft, wenn mehr als 1 cm<sup>2</sup> Hautfläche behandelt werde. Der BewA habe nicht die einzelne Behandlungssitzung, sondern ergebnisorientiert die Behandlung des Naevus flammeus bezogen auf dessen Ausdehnung honorieren wollen. Der Kläger habe den Leistungsinhalt der GOP 10320 EBM teilweise auch deshalb nicht erfüllt, weil die erforderliche metrische Dokumentation nicht in allen Fällen vorgenommen worden sei. Auf den mit einem anderen Hautarzt geschlossenen Vergleichsvertrag komme es für das vorliegende Verfahren nicht an. Schließlich müsse auch die unzulässige Zusammenarbeit des Klägers mit anderen Hautarztpraxen berücksichtigt werden. Deswegen wäre die vollständige Rückforderung der Vergütung für die Laserbehandlungen gerechtfertigt. Da der Kläger Überweisungen zur Mit- und Weiterbehandlung ausgestellt habe, könne die Behandlung der Naevi flammei nicht abgeschlossen gewesen sein. Andernfalls wäre eine Mit- oder Weiterbehandlung durch die beiden anderen Hautarztpraxen ausgeschlossen gewesen. Da die GOP 10320 EBM nach ihrem obligaten Leistungsinhalt aber nur nach Abschluss der Therapie abrechenbar sei, hätte der Kläger in diesem Fall keinen Vergütungsanspruch gehabt. Die Honorarrückforderung betreffe nur 8 Patienten; der Kläger dürfte freilich auch die anderen Laserbehandlungen in gleicher Weise abgerechnet haben, weshalb er die Fortführung des Klageverfahrens überdenken möge. Ein Vergleich könne vorliegend nicht geschlossen werden.

Am 12.04.2012 fand eine erste mündliche Verhandlung des SG statt. Der Kläger legte auf Anforderung des SG weitere Behandlungsdokumentationen (auf CD) zu den in den angefochtenen Bescheiden beanstandeten Behandlungen bzw. Abrechnungen vor.

Die Beklagte trug hierzu vor, nach wie vor sei nicht nachgewiesen, dass der Kläger vor Behandlungsbeginn und nach Behandlungsende die notwendigen Bildokumentationen angefertigt habe. Die nachgereichten Bilder betrafen teils nicht die streitigen Quartale, teils trügen sie kein Datum.

Am 03.12.2014 fand eine Erörterungsverhandlung des SG statt. Die Beteiligten erklärten sich mit einer Entscheidung ohne (weitere) mündliche Verhandlung einverstanden.

Am 19.01.2015 legte der Kläger dem SG ein (im Auftrag eines Hautarztes erstattetes) Rechtsgutachten des Prof. Dr. C., Universität T., zur Auslegung der GOP 10320 EBM vom 24.07.2014 vor (Leistung nach GOP 10320 EBM je cm<sup>2</sup> einmal im Quartal abrechenbar). Das Gutachten wurde der Beklagten mit Verfügung vom 20.01.2015 zur Kenntnisnahme übersandt. Sie nahm hierzu mit Schriftsatz vom 29.01.2015 Stellung.

Mit (ohne mündliche Verhandlung ergangenen) Urteil vom 23.01.2015 hob das SG den Bescheid der Beklagten vom 29.11.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 30.08.2011 auf; im Übrigen wies es die Klage ab. Zur Begründung führte das SG aus, die angefochtenen Bescheide seien rechtswidrig; die auf deren Aufhebung gerichtete Klage sei zulässig und begründet. Soweit der Kläger außerdem die Rückzahlung des Kürzungsbetrags begehre, sei die Klage (mangels Rechtsschutzbedürfnisses) unzulässig. Die Beklagte habe zu Unrecht angenommen, dass die GOP 10320 EBM unabhängig von der Zahl der Behandlungen je cm<sup>2</sup> Gesamtfläche des behandelten Areals nur einmal im Leben des Patienten abgerechnet werden könne; richtigerweise könne einmal pro Behandlungsfall abgerechnet werden. Die Auslegung der Einmalklausel nach Wortlaut und systematischer Stellung im EBM führe zu keinem eindeutigen Ergebnis. Deshalb müsse auf allgemeine Rechtsgrundsätze, hier auf das das Vertragsarztrecht prägende Quartalsprinzip, zurückgegriffen werden; das gehe aus dem vom Kläger vorgelegten Rechtsgutachten des Prof. Dr. C. hervor. Die Dokumentation der geprüften Behandlungsfälle sei nicht zu beanstanden. Wie die notwendige metrische Dokumentation zu erfolgen habe, sei in der Leistungslegende der GOP 10320 EBM nicht festgelegt. "Metrisch" bedeute nur, dass die Größe der behandelten Hautfläche nachvollzogen werden könne. Das sei auch durch Angabe der Laserpulse bei bekanntem Spotdurchmesser möglich. Eine Datumsangabe auf den fotografischen Dokumentationen werde nicht verlangt. Im Allgemeinen erforderten Feuermale eine mehrfache Behandlung. Erst nach der letzten Behandlung müsse die Dokumentation (nach Abschluss der Therapie) erfolgen. Auf die Zusammenarbeit des Klägers mit anderen Hautarztpraxen könne die Streichung von 2.565 Ansätzen der GOP 10320 EBM im Rahmen des Schätzungsermessens der Beklagten nicht gestützt werden, zumal sich die praxisübergreifende Zusammenarbeit auf wenige Fälle beschränkt habe.

Gegen das ihr am 23.02.2015 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 12.03.2015 Berufung eingelegt. Der Kläger hat Berufung nicht eingelegt.

Die Beklagte wiederholt und bekräftigt ihr bisheriges Vorbringen und trägt vor, das SG habe ihren Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt. Das dem SG vom Kläger am 19.01.2015 vorgelegte Rechtsgutachten des Prof. Dr. C., auf das sich das SG nahezu ausschließlich gestützt habe, sei ihr mit Verfügung vom 20.01.2015 zur Kenntnisnahme übersandt worden und bei ihr am 23.01.2015 eingegangen. Das SG habe (gleichzeitig) bereits am 23.01.2015 über die Klage entschieden und ihre Stellungnahme vom 29.01.2015 zu dem Rechtsgutachten daher nicht berücksichtigt. Leistungen nach der GOP 10320 EBM dürften unabhängig von der Zahl der Behandlungssitzungen nur einmal je cm<sup>2</sup> behandelte Hautfläche abgerechnet werden. Die Einmalklausel beziehe sich nicht auf den Behandlungsfall. Die Häufigkeit der zulässigen Abrechnungen ergebe sich allein aus der Größe der behandelten Hautfläche. Die KBV teile ihre Rechtsauffassung (Stellungnahme vom 14.03.2008). Man habe die Streitfrage bei einer Sitzung vom 21.10.2013 erneut mit der KBV und anderen Kassenärztlichen Vereinigungen erörtert. Alle Beteiligten hätten die Auffassung vertreten, dass die Einmalklausel eindeutig sei. Je Patient und je cm<sup>2</sup> Hautfläche solle nur eine der GOPen 10320, 10322 oder 10324 EBM abgerechnet werden können unabhängig von der Zahl der notwendigen Behandlungssitzungen, der Gesamtdauer der Behandlung und dem angewendeten Lasergerät. Hätte sich die Einmalklausel auf den Behandlungs- oder Krankheitsfall beziehen sollen, hätte der BewA dies durch eine entsprechende Fassung der Einmalklausel leicht festlegen können. Auf Grund des fehlenden Bezugs zum Behandlungs- bzw. Krankheitsfall einerseits und der Klarstellung "unabhängig von der Zahl der Sitzungen" andererseits werde nach dem Wortlaut der GOP 10320 EBM eindeutig allein auf die behandelte Hautfläche abgestellt. Der BewA habe unmissverständlich eine mengenbegrenzende pauschalierende Vergütung für die Behandlung des Naevus flammeus bzw. des Hämangioms festgelegt. Das Rechtsgutachten des Prof. Dr. C. ändere daran nichts (Stellungnahme vom 29.01.2015). Der Kläger habe außerdem die notwendigen metrischen Dokumentationen nicht in allen (streitigen) Fällen angefertigt und auch deshalb den Leistungsinhalt der GOP 10320 EBM nicht erfüllt. Die gegenteilige Ansicht des SG sei mit dem Wortlaut der Leistungslegende nicht vereinbar. Hinzukomme die unzulässige Zusammenarbeit des Klägers mit anderen Hautarztpraxen. Die 2.565 gestrichenen Ansätze der GOP 10320 EBM betrafen nur die Behandlung der 8 Patienten, die Gegenstand der angefochtenen Bescheide seien. Bei der Behandlung (aller) dieser Patienten habe die gerügte unzulässige Zusammenarbeit stattgefunden.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 23.01.2015 abzuändern und die Klage insgesamt abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

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:

I. Die Berufung der Beklagten ist gemäß [§§ 143, 144](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft. Streitgegenstand ist die mit den angefochtenen Bescheiden verfügte (teilweise) Aufhebung der Honorarbescheide für die Quartale 3/2006 bis 4/2008 und die Rückforderung von Vertragsarzt Honorar i.H.v. 35.853,61 EUR; der Beschwerdewert des [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) (750 EUR) ist überstiegen. Die Berufung ist form- und fristgerecht eingelegt worden und daher auch im Übrigen gemäß [§ 151 SGG](#) zulässig.

II. Die Berufung der Beklagten ist auch begründet. Das Verfahren des SG leidet an einem wesentlichen Mangel; der Senat verweist die Sache deswegen aber nicht an das SG zurück (unten 1). Die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig; das SG hätte sie nicht aufheben dürfen (unten 2).

1.) Das Verfahren des SG leidet an einem wesentlichen Mangel i.S.d. [§ 159 Abs. 1 Nr. 2 SGG](#). Das SG hat den Anspruch der Beklagten auf Gewährung rechtlichen Gehörs ([Art 103 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG)) verletzt (zum Gehörsrecht auch der juristischen Personen des öffentlichen Rechts etwa Bundesverfassungsgericht (BVerfG) Beschluss vom 08.07.1982, - [2 BvR 1187/80](#) -, in juris Rdnr. 63). Das SG hat sich für seine Auslegung der Einmalklausel auf das Rechtsgutachten des Prof. Dr. C. vom 24.07.2014 gestützt. Dieses Rechtsgutachten ist dem SG vom Kläger am 19.01.2015 vorgelegt worden. Das SG hat es der Beklagten mit Verfügung vom 20.01.2015 übersandt. Bei dieser Verfahrenslage ist es nicht statthaft, ohne weitere Verfahrenshandlungen wenige Tage später - am 23.01.2015 - ein Urteil zu fällen und dem Urteil entscheidungserheblich das genannte Rechtsgutachten zugrunde zu legen. Das SG hätte bei der Beklagten vor Urteilsfällung (zumindest) nachfragen müssen, ob zu dem Rechtsgutachten Stellung genommen werden soll. Es hätte sodann die zu erwartende (und mit Schriftsatz vom 29.01.2015 auch abgegebene) Stellungnahme der Beklagten zu dem Rechtsgutachten abwarten, zur Kenntnis nehmen und in Erwägung ziehen müssen. Der Senat kann offen lassen, ob das SG ohne mündliche Verhandlung auch dann hätte entscheiden dürfen, wenn die Beklagte auf die (unterbliebene) Nachfrage des SG (nur) mitgeteilt hätte, die Abgabe einer Stellungnahme zu dem Rechtsgutachten sei nicht beabsichtigt, und ob es nicht (zusätzlich) notwendig gewesen wäre, das vor der Vorlage des Rechtsgutachtens erklärte Einverständnis der Beklagten mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung ([§ 124 Abs. 2 SGG](#)) zu erneuern (vgl. dazu etwa Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, [SGG § 124](#) Rdnr. 3d, 3e zur Frage des "Verbrauchs der Einverständniserklärung"). Wegen des in der Verletzung des Anspruchs der Beklagten auf rechtliches Gehör liegenden Verfahrensmangels ist eine umfangreiche und aufwändige Beweisaufnahme nicht notwendig; der Senat kann auf der Grundlage des festgestellten Sachverhalts entscheiden. Die Sache ist daher nicht gemäß [§ 159 Abs. 1 Nr. 2 SGG](#) an das SG zurückzuverweisen.

2.) Die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig. Die Beklagte hat die Honorarbescheide für die Quartale 3/2006 bis 4/2008 auf der Grundlage des [§ 106a SGB V](#) (in der hier noch maßgeblichen Fassung (a.F.), jetzt [§ 106d SGB V](#)) zu Recht insoweit (teilweise) aufgehoben, als der Kläger Leistungen zur Laserbehandlung des Naevus flammeus unter Verstoß gegen vertragliche Vorschriften des Vertragsarztrechts erbracht hat; die Tatbestandsvoraussetzungen des [§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) a.F. sind deswegen erfüllt (unten a). Auf Vertrauensschutz kann sich der Kläger nicht berufen, er muss das zuviel gezahlte Honorar zurückzahlen (unten b).

a) Die Tatbestandsvoraussetzungen des [§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) a.F. für die sachlich-rechnerische Richtigstellung der zu den Quartalen 3/2006 bis 4/2008 ergangenen Honorarbescheide sind erfüllt. Der Kläger hat den Leistungsinhalt der GOP 10320 EBM bei der Behandlung der von der Richtigstellung betroffenen 8 Versicherten nicht vollständig erbracht und außerdem gegen die für die Behandlung auf Überweisung geltenden Vorschriften in [§ 24 BMV-Ä](#) (bzw. seinerzeit noch [§ 27 EKV-Ä](#)) verstoßen.

Rechtsgrundlage der angefochtenen (Richtigstellungs-)Bescheide ist [§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) a.F. Danach stellt die Kassenärztliche Vereinigung die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte fest; dazu gehört auch die arztbezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten. Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen des Vertragsarztes zielt auf die Feststellung, ob die Leistungen rechtmäßig, also im Einklang mit den gesetzlichen, vertraglichen oder satzungsrechtlichen Vorschriften des Vertragsarztrechts - mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebots -, erbracht und abgerechnet worden sind. Die Befugnis zu Richtigstellungen besteht auch für bereits erlassene Honorarbescheide (nachgehende Richtigstellung). Sie bedeutet dann im Umfang der vorgenommenen Korrekturen eine teilweise Rücknahme des Honorarbescheids. Die genannten Bestimmungen stellen Sonderregelungen dar, die gemäß [§ 37 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) in ihrem Anwendungsbereich die Regelung des [§ 45](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) verdrängen. Eine nach den Bestimmungen zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung rechtmäßige (Teil-)Rücknahme des Honorarbescheids mit Wirkung für die Vergangenheit löst nach [§ 50 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) eine entsprechende Rückzahlungsverpflichtung des Empfängers der Leistung aus (so: Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 28.08.2013, - [B 6 KA 50/12 R](#) -, in juris Rdnr. 17).

Für die Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsbestimmungen ist nach der ständigen Rechtsprechung des BSG (vgl. BSG, Urteil vom 30.11.2016, - [B 6 KA 17/15 R](#) - und Urteil vom 11.02.2015, - [B 6 KA 15/14 R](#) -; BSG, Beschluss vom 12.12.2012, - [B 6 KA 31/12 B](#) - und Beschluss vom 28.09.2016, - [B 6 KA 17/16 B](#) -, alle in juris) in erster Linie der Wortlaut der Regelungen maßgeblich. Dies gründet sich zum einen darauf, dass das vertragliche Regelwerk dem Ausgleich der unterschiedlichen Interessen von Ärzten und Krankenkassen dient und es vorrangig Aufgabe des Normgebers des EBM - des Bewertungsausschusses gemäß [§ 87 Abs. 1 SGB V](#) - ist, Unklarheiten zu beseitigen. Zum

anderen folgt die primäre Bindung an den Wortlaut aus dem Gesamtkonzept des EBM als einer abschließenden Regelung, die keine Ergänzung oder Lückenfüllung durch Rückgriff auf andere Leistungsverzeichnisse bzw. Gebührenordnungen oder durch analoge Anwendung zulässt. Raum für eine systematische Interpretation im Sinne einer Gesamtschau der in innerem Zusammenhang stehenden vergleichbaren oder ähnlichen Leistungstatbestände ist dann, wenn der Wortlaut eines Leistungstatbestandes zweifelhaft ist und es einer Klarstellung bedarf; eine entstellungsgeschichtliche Auslegung kommt bei unklaren oder mehrdeutigen Regelungen ebenfalls in Betracht, kann allerdings nur anhand von Dokumenten erfolgen, in denen die Urheber der Bestimmungen diese in der Zeit ihrer Entstehung selbst erläutert haben. Diese Auslegungsgrundsätze gelten nicht allein für Vergütungstatbestände, sondern auch für Kostenerstattungstatbestände, soweit diese nicht auf die Erstattung des konkreten Kostenaufwands angelegt sind, sondern Pauschalerstattungen vorsehen (so: BSG, Urteil vom 30.11.2016, - [B 6 KA 17/15 R](#) - und Urteil vom 11.12.2013, - [B 6 KA 14/13 R](#) - m.w.N., in juris).

Über die Auslegung des von den zuständigen Gremien erlassenen Regelwerks für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen muss im Streitfall das Gericht im Wege der Rechtsanwendung, nämlich der Anwendung der nach der Rechtsprechung des BSG hierfür maßgeblichen Auslegungsregeln, entscheiden. Die Entscheidung über die Enge oder Weite von Leistungstatbeständen ist eine Frage der rechtlichen Auslegung. Auf Fragen der Medizin kommt es grundsätzlich nicht an. Daher ist im Streit um sachlich-rechnerische Richtigstellungen grundsätzlich kein Raum für Sachverständigenvernehmungen (so jurisPK-SGB V/C., § 106a Rdnr. 49 unter Bezugnahme u.a. auf die Rspr. des BSG). Sind danach allein maßgeblich juristische Auslegungsmethoden, tritt die medizinische Beurteilung in den Hintergrund (BSG, Beschluss vom 12.12.2012, - [B 6 KA 31/12 B](#) -; vgl. auch BSG, Beschluss vom 10.03.2004, - [B 6 KA 118/03 B](#) -: u.a. Frage, welche Leistungen mit der Pauschale nach GOP 3454 EBM a.F. (bis 31.03.2005) - Grundpauschale für Ärzte für Laboratoriumsmedizin - abgegolten sind, dem Beweis durch Sachverständigen nicht zugänglich; auch etwa Senatsurteil vom 24.02.2016, - [L 5 KA 5799/11](#) -, alle Entscheidungen in juris).

Der Normgeber des EBM hat bei der Abfassung der Vergütungstatbestände im Übrigen eine weite Gestaltungsfreiheit (vgl. etwa BSG, Urteil vom 16.12.2015, - [B 6 KA 39/15 R](#) - und Urteil vom 28.05.2008, - [B 6 KA 9/07 R](#) -, in juris). Er hat insbesondere die Befugnis zur Generalisierung, Pauschalierung, Schematisierung und Typisierung. Unwirksam wäre eine Regelung nur dann, wenn sie nicht sachgerecht wäre. Ob dies der Fall ist, ist nach rechtlichen Kriterien zu beurteilen. Einwendungen aus medizinischer Sicht sind grundsätzlich unerheblich (jurisPK-SGB V/C. § 106a Rdnr. 96 m. N.).

Davon ausgehend streiten die Beteiligten im Kern über die nach den vorstehenden Rechtsgrundsätzen vorzunehmende Auslegung der Einmalklausel, die festlegt, dass die GOPen 10320, 10322 und 10324 EBM unabhängig von der Zahl der Sitzungen nur einmal je cm<sup>2</sup> Gesamtfläche des behandelten Areals berechnungsfähig sind. Der Senat hat sich mit der Einmalklausel in seinem Urteil vom 16.03.2016 (- [L 5 KA 5268/12](#) -, in juris) befasst und entschieden, dass es nicht unzulässig ist, für die hautärztliche Laserbehandlung derselben Hautfläche wegen Naevus flammeus oder Hämangioms mit einem gepulsten Farbstofflaser und - im Folgequartal - mit einem NeodymYAG-Laser die GOP 10320 bzw. 10322 und die GOP 10324 EBM kumulativ zu berechnen. Ob daran auch für die hautärztliche Laserbehandlung derselben Hautfläche mit dem gleichen Lasergerät festzuhalten ist, kann der Senat offen lassen. Es kommt entscheidungserheblich hierauf nicht an. Der Kläger hat den Leistungsinhalt der GOP 10320 EBM nämlich (schon) deshalb nicht erfüllt, weil er die in der Leistungslegende dieser GOP geforderte metrische und fotografische Dokumentation vor Beginn und nach Abschluss der Therapie nicht angefertigt hat.

Die von der Beklagten verfügte Richtigstellung hat nur die Behandlungsleistungen für 8 Versicherte zum Gegenstand. Für deren Behandlung hat der Kläger Bilddokumentationen vorgelegt, die zum Teil nicht die streitigen Quartale betreffen und die zum Teil kein Datum tragen und daher zeitlich nicht zuordenbar sind. Im Übrigen hat der Kläger als "metrische Dokumentation" die Zahl von Laserpulsen mit feststehendem Spotdurchmesser dokumentiert. Das stellt eine ausreichende metrische und fotografische Dokumentation i.S.d. GOP 10320 EBM nicht dar.

Die Leistungslegende der GOP 10320 EBM verlangt mit der "metrischen" Dokumentation einer Hautfläche vor und nach der Laserbehandlung nicht nur die Feststellung (und Dokumentation) des Flächeninhalts der Hautfläche als Messergebnis; festgelegt ist auch das anzuwendende Messverfahren. Dieses wird nicht in die freie Entscheidung des Vertragsarztes gelegt. Der Vertragsarzt muss zur Messung (Feststellung) des metrischen Flächeninhalts der Hautfläche (auch) ein metrisches Messverfahren anwenden, den Flächeninhalt also durch Anlegung eines metrischen Maßstabs feststellen. Die Zählung von Laserpulsen mit feststehendem Spotdurchmesser stellt ein solches metrisches Messverfahren nicht dar, mag die Zählung der Laserpulse - so der Kläger - auch zur Vermessung von Hautflächen genauer sein als die metrische Messung im eigentlichen Sinne. Der Senat hat die Vor- und Nachteile von Messverfahren zur Messung des Flächeninhalts von Hautflächen nicht zu bewerten und nicht darüber zu befinden, welches Messverfahren sich hierfür am besten eignet. Das ist Sache des BewA, in dessen weite Gestaltungsfreiheit bei der Abfassung bei der Gestaltung von Vergütungstatbeständen des EBM der Senat nicht eingreifen darf. Eine erweiterte Auslegungsmöglichkeit kann auch nicht damit begründet werden, dass die Terminologie der Gebührenordnungen der medizinischen Realität nicht gerecht werde (so: BSG, Beschluss vom 28.09.2016, - [B 6 KA 17/16 B](#) -, in juris (Leitsatz)).

Die Leistungslegende der GOP 10320 EBM verlangt mit der "fotografischen" Dokumentation einer Hautfläche vor Beginn und nach Abschluss der (Laser-)Therapie eine zeitlich zuordenbare Bilddokumentation. Das kommt in der Wortfolge "vor Beginn und nach Abschluss" klar zum Ausdruck. Damit ist auch die Datierung der Bilddokumentation notwendig. Mit Hautflächenbildern ohne Datum ist das Dokumentationserfordernis nicht erfüllt.

Der Kläger hat schließlich außerdem durch die seinerzeit in der Laserbehandlung des Naevus flammeus noch praktizierte Zusammenarbeit mit anderen Hautärzten gegen die Regelungen in § 24 BMV-Ä/§ 27 EKV-Ä über die Behandlung von Versicherten auf Überweisung verstoßen.

Gemäß § 24 Abs. 4 BMV-Ä/§ 27 Abs. 4 EKV-Ä sind Überweisungen an einen Vertragsarzt derselben Arztgruppe, vorbehaltlich abweichender Regelungen im Gesamtvertrag, nur zulässig zur (1.) Inanspruchnahme besonderer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die vom behandelnden Arzt nicht erbracht werden, (2.) zur Übernahme der Behandlung durch einen anderen Vertragsarzt bei Wechsel des Aufenthaltsorts des Kranken und (3.) zur Fortsetzung einer abgebrochenen Behandlung. Diese Voraussetzungen sind bei der Laserbehandlung der 8 Versicherten, die Gegenstand der verfügten Richtigstellung ist, - unstrittig - nicht erfüllt gewesen. Die vom Kläger praktizierte Zusammenarbeit hat honorarbegrenzende Maßnahmen verhindern sollen und ist so nicht zulässig gewesen. Daran ändert es nichts, dass der Kläger die Auffassung vertritt, andernfalls zur Erbringung der medizinisch erforderlichen Behandlungsleistungen mangels ausreichender Honorierung außerstande zu sein.

Die mit den nicht streitgegenständlichen Bescheiden vom 12.03.2009 und 09.06.2009 für die Quartale 3/2008 und 4/2008 verfügte Honorarkürzung wegen Überschreitung der Punktzahlobergrenze bei Jobsharing berührt die Rechtmäßigkeit der mit den angefochtenen Bescheiden verfügten sachlich-rechnerische Honorarberichtigung nicht.

b) Auf Vertrauensschutz kann sich der Kläger nicht berufen; er muss das zuviel gezahlte Honorar zurückzahlen.

Nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 28.08.2013, - [B 6 KA 50/12 R](#) -, in juris Rdnr. 22 ff.) kann der Vertragsarzt auf den Bestand eines vor einer endgültigen Prüfung auf Rechtmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit erteilten Honorarbescheides grundsätzlich nicht vertrauen. Die Auskehrung der Gesamtvergütungsanteile durch die Kassenärztliche Vereinigung im Wege der Honorarverteilung ist nämlich dadurch gekennzeichnet, dass diese quartalsmäßig auf die Honoraranforderungen ihrer Vertragsärzte hin Bescheide zu erlassen hat, ohne dass sie - aus rechtlichen und/oder tatsächlichen Gründen - die Rechtmäßigkeit der Honoraranforderungen hinsichtlich ihrer sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Leistungserbringung bereits umfassend überprüfen konnte. Die Berechtigung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Rücknahme rechtswidriger Honorarbescheide ist nicht auf die Berichtigung von Fehlern aus der Sphäre des Vertragsarztes beschränkt, sondern besteht umfassend, unabhängig davon, in wessen Verantwortungsbereich die allein maßgebliche sachlich-rechnerische Unrichtigkeit fällt.

Die umfassende Berichtigungsbefugnis der Kassenärztlichen Vereinigung, die den Besonderheiten und Erfordernissen der Honorarverteilung Rechnung trägt, ist aber im Hinblick auf den gebotenen Vertrauensschutz der Vertragsärzte zu begrenzen. Das gilt nach der Rechtsprechung des BSG sowohl für Unrichtigkeiten, die ihre Ursache in der Sphäre des Vertragsarztes finden, wie auch bei anderen Fehlern, etwa der Unwirksamkeit der generellen Grundlagen der Honorarverteilung. Insbesondere im letztgenannten Fall müssen die Interessen des einzelnen Arztes an der Kalkulierbarkeit seiner Einnahmen aus vertragsärztlicher Tätigkeit einerseits und die Angewiesenheit der Kassenärztlichen Vereinigung auf die Weitergabe nachträglicher Änderungen der rechtlichen Grundlagen der Honorarverteilung an alle Vertragsärzte andererseits zu einem sachgerechten Ausgleich gebracht werden. Zur generellen Sicherstellung dieses Interessenausgleichs und damit zur Beurteilung der Frage, in welchen Konstellationen das Vertrauen des Vertragsarztes auf den Bestand eines rechtswidrigen, ihn begünstigenden Verwaltungsaktes schutzwürdig ist, hat das BSG Fallgruppen herausgearbeitet, in denen die Befugnis zu sachlich-rechnerischen Richtigstellungen aus Gründen des Vertrauensschutzes begrenzt ist.

Die nachträgliche Korrektur eines Honorarbescheids nach den Vorschriften über die sachlich-rechnerische Richtigstellung ist nicht mehr möglich, wenn die Frist von vier Jahren seit Erlass des betroffenen Honorarbescheids bereits abgelaufen ist. Eine Rücknahme des Honorarbescheides ist nach Ablauf der Frist nur noch unter Berücksichtigung der Vertrauensauschlussstatbestände des [§ 45 Abs. 2 Satz 3](#) i.V.m. Abs. 4 Satz 1 SGB X möglich. Weiterhin ist die Befugnis der Kassenärztlichen Vereinigung zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung aus Vertrauensschutzgesichtspunkten eingeschränkt, soweit die Kassenärztliche Vereinigung ihre Befugnis zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung bereits "verbraucht" hat, indem sie die Honoraranforderung des Vertragsarztes in einem der ursprünglichen Honorarverteilung nachfolgenden Verfahren auf ihre sachlich-rechnerische Richtigkeit überprüft und vorbehaltlos bestätigt hat. In diesem Fall ist die jedem Honorarbescheid innewohnende spezifische Vorläufigkeit und damit die Anwendbarkeit der Berichtigungsvorschriften entfallen. Darüber hinaus ist nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen Vertrauensschutz der Vertragsärzte zu beachten, wenn die Kassenärztliche Vereinigung es unterlassen hatte, bei der Erteilung des Honorarbescheids auf ihr bekannte Ungewissheiten hinsichtlich der Grundlagen der Honorarverteilung oder ihrer Auslegung oder auf ein noch nicht abschließend feststehendes Gesamtvergütungsvolumen hinzuweisen und durch einen Vorläufigkeitshinweis zu manifestieren. Der Vorläufigkeitshinweis muss sich dabei nicht ausdrücklich aus dem Honorarbescheid selbst ergeben, es genügt vielmehr, dass sich der Vorbehalt aufgrund bestehender Ungewissheiten ausreichend deutlich aus den Gesamtumständen ergibt. Hat die Kassenärztliche Vereinigung einen derartigen Hinweis in der notwendigen Form unterlassen, sind die Berichtigungsvorschriften zwar weiterhin anwendbar, wegen des durch das Verhalten der Kassenärztlichen Vereinigung begründeten Vertrauensschutzes der Vertragsärzte ist für die Aufhebung eines Honorarbescheides aber nur Raum, wenn in entsprechender Anwendung des [§ 45 Abs. 2 Satz 3](#) i.V.m. Abs. 4 Satz 1 SGB X Vertrauensauschlussstatbestände gegeben sind. Schließlich ist die Richtigstellungsbefugnis der Kassenärztlichen Vereinigung begrenzt, wenn die Besonderheiten der Honorierung vertragsärztlicher Leistungen, die in der Rechtsprechung für die Verdrängung der Regelung des [§ 45 SGB X](#) durch die Vorschriften über die sachlich-rechnerische Richtigstellung angeführt worden sind, nicht konkret tangiert sind. Diese Fallgruppe erfasst die fehlerhafte Abrechnung im Einzelfall etwa infolge eines Rechenfehlers oder der versehentlichen Verwendung eines falschen Berechnungsfaktors. Auch in einem solchen Fall wird die Honorarberichtigung zwar nach den einschlägigen bundesmantelvertraglichen Regelungen durchgeführt, im Rahmen des Berichtigungsverfahrens sind indes die speziellen Vertrauensschutzstatbestände des [§ 45 Abs. 2](#) i.V.m. Abs. 4 SGB X entsprechend heranzuziehen. Ein solcher Sachverhalt gibt keinen Anlass, von den allgemeinen verwaltungsverfahrenrechtlichen Grundsätzen abzuweichen, wonach die Behörde vorbehaltlich der besonderen Tatbestände des [§ 45 Abs. 2 Satz 3](#) i.V.m. Abs. 4 SGB X das Risiko dafür trägt, dass sie einen für den Bürger günstigen Verwaltungsakt erlässt, der sich nachträglich als teilweise rechtswidrig erweist. Ob daneben ein allgemeiner Vertrauensschutz weiterhin in Betracht kommt, wenn die Kassenärztliche Vereinigung die rechtswidrige Erbringung bestimmter Leistungen in Kenntnis aller Umstände längere Zeit geduldet hat, diese später jedoch insgesamt von einer Vergütung ausschließt, hat das BSG offen gelassen; die bloße fehlerhafte Zahlung über einen längeren Zeitraum ist jedenfalls nicht geeignet, Vertrauensschutz zu begründen (so: BSG, Urteil vom 28.08.2013, [a.a.O.](#)).

Die Beklagte hat den Richtigstellungsbescheid unter dem 29.11.2010 erlassen. Sie hat die Richtigstellung auf die Quartale 3/2006 bis 4/2008 beschränkt. Der Honorarbescheid für das am längsten in der Vergangenheit liegende Quartal 3/2006 ist unter dem 21.12.2006 ergangen. Die mit Bekanntgabe des Honorarbescheids beginnende Vierjahresfrist ist daher (jedenfalls) vor dem 21.12.2010 nicht abgelaufen und ist mit dem Richtigstellungsbescheid vom 29.11.2010 daher gewahrt worden; das gilt erst Recht für die Honorarbescheide für die Quartale 4/2006 bis 4/2008. Aus dem Schreiben der Beklagten vom 16.04.2009 kann der Kläger Vertrauensschutz nicht ableiten. Darin ist zwar mitgeteilt worden, die für das Quartal 4/2007 durchgeführte Stichprobenprüfung an Hand der Bilddokumentationen der Laserbehandlung von 10 Versicherten habe Beanstandungen nicht ergeben. Die Beklagte hat sich in dem genannten Schreiben aber ausdrücklich die nachträglich durchzuführende sachlich-rechnerische Berichtigung vorbehalten; dass sie dabei beispielhaft auf Prüfanträge der Krankenkassen Bezug genommen hat, ist unerheblich. Außerdem ist darauf hingewiesen worden, dass in einigen Fällen die metrische Dokumentation gefehlt habe. Für die Gewährung von Vertrauensschutz kann sich der Kläger auf den Abschluss und den Inhalt von Vergleichsverträgen mit anderen Ärzten ebenfalls nicht stützen. Im Übrigen sind (sonstige) Gründe für die Gewährung von Vertrauensschutz weder ersichtlich noch geltend gemacht.

Der Kläger muss das zuviel gezahlte Honorar zurückzahlen. Das folgt aus [§ 50 Abs. 1 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#). Danach sind bereits erbrachte Leistungen (hier gezahltes Honorar) zu erstatten, soweit ein Verwaltungsakt (hier die Honorarbescheide für die Quartale 3/2006 bis 4/2008) aufgehoben worden ist.

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

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-05-08