

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 6 KA 17/08 B

L 4 KA 62/06 (Hessisches LSG)
S 12 KA 637/05 (SG Marburg)

..... ,

Klägerin und Beschwerdeführerin,

Prozessbevollmächtigte:

..... ,

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Hessen,
Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt am Main,

Beklagte und Beschwerdegegnerin.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat am 28. Januar 2009 durch den
Vorsitzenden Richter Prof. Dr. W e n n e r , die Richter Dr. C l e m e n s
und E n g e l h a r d sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. K o r s c h a n o w s k i
und Dr. W a l m u t h
beschlossen:

Die Beschwerde der Klägerin gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des
Hessischen Landessozialgerichts vom 12. Dezember 2007 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten auch des Beschwerdeverfahrens.

Der Streitwert für das Beschwerdeverfahren wird auf 30.081 Euro festgesetzt.



Gründe :

I

- 1 Streitig ist eine Honorarrückforderung wegen Überschreitung des Abrechnungsvolumens bei einer Arztanstellung.
- 2 Die Klägerin, eine Ärztin für Allgemeinmedizin, beantragte die Genehmigung zur Beschäftigung einer anderen Ärztin als teilzeitbeschäftigte Angestellte. Sie erkannte dabei eine Aufstellung über die von ihr in den Quartalen IV/2001 bis III/2002 abgerechneten Punktzahlen an (April 2003). Daraufhin erteilte der Zulassungsausschuss die Anstellungsgenehmigung. Zugleich legte er Leistungsbeschränkungen für das erste Kalenderjahr fest; diese richtete er an den Punktzahlen der vorgenannten Quartale aus, die er um 3 % der durchschnittlichen Punktzahl der Fachgruppe erhöhte; daraus ergaben sich gerundet 1,20, 1,27, 1,13 und 1,24 Mio Punkte (*Beschluss vom 27.5.2003*). Diese Grenzwerte überschritt die Klägerin indessen in den Quartalen III/2003 bis II/2004 um insgesamt 751.763 Punkte. Deshalb forderte die Beklagte von ihr Honorar in Höhe von 30.080,84 Euro zurück (*Bescheid vom 25.1.2005*).
- 3 Die Klägerin machte im Rechtszug ohne Erfolg geltend, die Überschreitung beruhe darauf, zum 1.1.2003 seien ihr statt bisher 30 nunmehr 60 Substitutionsplätze genehmigt worden und sie habe daher viele bisher privat behandelte Methadon-Substitutions-Patienten nunmehr entsprechend deren Status als gesetzlich Versicherte versorgen können (*Widerspruchsbescheid vom 13.7.2005, Urteile des Sozialgerichts vom 30.8.2006 und des Landessozialgerichts <LSG> vom 12.12.2007*). Im Urteil des LSG ist ausgeführt, die der Klägerin auferlegte Begrenzung des Leistungsvolumens beruhe auf § 101 Abs 1 Satz 1 Nr 5 SGB V iVm den Angestellte-Ärzte-Richtlinien (*RL - idF vom 22.10.2001 mit Geltung dieser Fassung vom 31.1.2002 bis 31.12.2006*), nach deren Nr 3.1 quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumina im Umfang eines entsprechenden Vorjahresquartals zuzüglich 3 % als Obergrenze für die Abrechnung bei Beschäftigung eines angestellten Arztes festzulegen seien. Eine Neubestimmung des zulässigen Abrechnungsvolumens gemäß Nr 3.3 RL, die bei Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen oder bei vertraglichen Vereinbarungen für das Fachgebiet der Arztgruppe möglich sei, sei im Falle der Klägerin zu Recht nicht veranlasst gewesen; die Klägerin habe bei ihrem Antrag auf Genehmigung der Anstellung nicht auf für sie relevante veränderte Bedingungen bei den Substitutionsbehandlungen hingewiesen. Die Beklagte sei an die vom Zulassungsausschuss vorgegebenen Abrechnungsobergrenzen gebunden. Die Regelung in § 85 Abs 2a SGB V über außerbudgetäre Vergütungen für Substitutionsbehandlungen sei irrelevant; diese würden von den Leistungsobergrenzen mitumfasst.



- 4 Mit ihrer Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision in dem Urteil des LSG macht die Klägerin die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache geltend.

II

- 5 Die Beschwerde der Klägerin hat keinen Erfolg.
- 6 Ihr Vorbringen, der Rechtssache komme grundsätzliche Bedeutung zu (*Zulassungsgrund gemäß § 160 Abs 2 Nr 1 SGG*), entspricht zwar den Darlegungsanforderungen des § 160a Abs 2 Satz 3 SGG. Ihre Beschwerde ist mithin zulässig. Sie ist aber unbegründet, denn nicht alle Erfordernisse für die Revisionszulassung sind erfüllt. Diese setzt eine Rechtsfrage voraus, die in dem angestrebten Revisionsverfahren klärungsfähig (entscheidungserheblich) sowie klärungsbedürftig und über den Einzelfall hinaus von Bedeutung ist (*s BSG SozR 4-1500 § 153 Nr 3 RdNr 13 mwN*). Die Klärungsbedürftigkeit fehlt vor allem dann, wenn die Rechtsfrage bereits geklärt ist, aber auch dann, wenn zwar keine klare normative Regelung dieses Falles und auch noch keine Rechtsprechung zu dieser Konstellation vorliegt, aber die Antwort auf die Rechtsfrage sich ohne Weiteres aus den Rechtsvorschriften und/oder der bisherigen Rechtsprechung ergibt (*vgl zB BSG SozR 3-1500 § 146 Nr 2 S 6; SozR 3-2500 § 75 Nr 8 S 34; vgl auch BSG SozR 3-4100 § 111 Nr 1 S 2 f; s auch BSG SozR 3-2500 § 240 Nr 33 S 151 f mwN*). Diese Anforderungen sind verfassungsrechtlich unbedenklich (*vgl zB BVerfG <Kammer>, Beschluss vom 29.5.2001 - 1 BvR 791/01*).
- 7 Nach diesen Maßstäben kommt der von der Klägerin aufgeworfenen Rechtsfrage,
- ob Leistungsobergrenzen, die im Zusammenhang mit der Anstellung eines Arztes festgelegt worden seien, auch die Leistungen bei Substitutionsbehandlungen umfassten, die gemäß § 85 Abs 2a SGB V außerbudgetär vergütet würden, und ob dies mit LZ 701d der Grundsätze der Honorarverteilung vereinbar ist, keine grundsätzliche Bedeutung zu.
- 8 Die Klägerin hat in ihren Ausführungen zu dieser Rechtsfrage geltend gemacht, dass eine Begrenzung des individuellen Leistungsbudgets allein die Leistungen erfassen könne, die der Honorarverteilung aus der Gesamtvergütung gemäß § 85 Abs 4 SGB V unterlägen. Deshalb seien Substitutionsbehandlungen gemäß § 85 Abs 2a SGB V außer Betracht zu lassen, wie dies auch im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) in § 5 LZ 505 iVm Anlage 1 zu LZ 701d HVM für die Berechnung von Individualbudgets geregelt sei. Nur dies entspreche dem Willen des Gesetzgebers, wie er einerseits in § 85 Abs 1 iVm Abs 4 SGB V und andererseits in § 85 Abs 2a SGB V zum Ausdruck gekommen sei. Dementsprechend einengend auszulegen seien die Leistungsobergrenzen, die der Zulassungsausschuss auf der Grundlage der §§ 95 Abs 9,



101 Abs 1 Satz 1 Nr 5 SGB V iVm § 32b Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) iVm den Angestellte-Ärzte-RL festlege, und gleichermaßen die Erklärung, mit der sich der Vertragsarzt gemäß Nr 1.1.3 dieser RL den Leistungsobergrenzen unterwerfe. Dies gelte jedenfalls dann, wenn wie im vorliegenden Fall kein ausdrücklicher Hinweis auf einen Einschluss der Substitutionsbehandlungen erfolgt sei.

- 9 Diese Darlegungen machen die aufgeworfene Rechtsfrage indessen nicht klärungsbedürftig, denn die Antwort auf sie lässt sich ohne Weiteres aus den einschlägigen Rechtsvorschriften ableiten.
- 10 Die Regelungen über die Leistungsobergrenzen bei Anstellung von Ärzten betreffen die Zulassung und Anstellungsgenehmigung (§§ 95 Abs 9, 101 Abs 1 Nr 5 SGB V, § 32b Ärzte-ZV, Nr 3.1, 3.3 Angestellte-Ärzte-RL). Dementsprechend umfassen die daraus resultierenden Beschränkungen des Leistungs- bzw Honorarvolumens grundsätzlich das gesamte Leistungsspektrum, das der zugelassene und der angestellte Arzt im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbringen. Einschränkungen von diesem Grundsatz müssten ausdrücklich, entweder normativ oder jedenfalls in den konkretisierenden Verwaltungsakten, benannt werden.
- 11 Ein anderes Ergebnis lässt sich nicht, wie die Klägerin meint, aus § 85 Abs 2a SGB V ableiten, der im Übrigen im Wesentlichen unverändert bereits seit dem 1.1.2000 gilt (*GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22.12.1999, BGBl I 2626*). Diese Bestimmung grenzt - im Sinne einer Ausnahme zu § 85 Abs 1 und Abs 4 SGB V - die Vergütung von Substitutionsbehandlungen aus der den Kassenärztlichen Vereinigungen (KÄVen) zugewiesenen Verteilung der Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte aus. Damit unterliegt deren Honorierung nicht der Regelungshoheit der KÄVen im Rahmen der Honorarverteilung gemäß § 85 Abs 4 SGB V, und dementsprechend erfassen die in § 5 LZ 505 iVm Anlage 1 zu LZ 701d HVM normierten Begrenzungen durch sog Individualbudgets auch nicht solche Leistungen. Diese Honorarregelungen und -ausgrenzungen gemäß § 85 Abs 1, 2a, 4 SGB V betreffen eine andere Ebene als diejenigen, die an die Zulassung und Anstellungsgenehmigung gemäß §§ 95 Abs 9, 101 Abs 1 Nr 5 SGB V, § 32b Ärzte-ZV, Nr 3.1, 3.3 Angestellte-Ärzte-RL anknüpfen und dementsprechend die gesamte vertragsärztliche Tätigkeit erfassen. Daher kann aus der Ausgrenzung gemäß § 85 Abs 2a SGB V nicht abgeleitet werden, dass auch bei den Honorarbegrenzungen auf der Ebene der §§ 95 Abs 9, 101 Abs 1 Nr 5 SGB V, § 32b Ärzte-ZV, Nr 3.1, 3.3 Angestellte-Ärzte-RL eine entsprechende Ausgrenzung erfolgen müsste.
- 12 Von einer weiteren Begründung wird gemäß § 160a Abs 4 Satz 2 Halbsatz 2 SGG abgesehen.
- 13 Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG iVm einer entsprechenden Anwendung der §§ 154 ff Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Danach trägt die Klägerin die Kosten des von ihr erfolglos geführten Rechtsmittels (§ 154 Abs 2 VwGO).



- 14 Die Festsetzung des Streitwerts hat ihre Grundlage in § 197a Abs 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGG iVm § 63 Abs 2 Satz 1, § 52 Abs 3, § 47 Abs 1 und 3, § 40 Gerichtskostengesetz. Seine Bemessung erfolgt in Höhe des Rückforderungsbetrags, wie er im angefochtenen Bescheid festgesetzt wurde.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)