

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 6 KA 52/13 B

L 3 KA 71/10 (LSG Niedersachsen-Bremen)
S 1 KA 16/08 (SG Bremen)

.....,

Klägerin und Beschwerdeführerin,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Bremen,
Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen,

Beklagte und Beschwerdegegnerin.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat am 2. April 2014 durch den
Vorsitzenden Richter Prof. Dr. W e n n e r , die Richter E n g e l h a r d
und R a d e m a c k e r sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. N e u m a n n
und W a l d h e r r
beschlossen:

Die Beschwerde der Klägerin gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des Landes-
sozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 18. September 2013 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt auch die Kosten des Beschwerdeverfahrens.

Der Streitwert wird für das Beschwerdeverfahren auf 39 756 Euro festgesetzt.



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



Gründe :

I

- 1 Die Beteiligten streiten um die Rechtmäßigkeit einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung der Honorarforderung der Klägerin.
- 2 Mit Wirkung zum Beginn des Quartals II/2007 genehmigte der Zulassungsausschuss der damals aus vier Fachärzten für Anästhesiologie bestehenden Klägerin gemäß § 101 Abs 1 Satz 1 Nr 5 SGB V iVm der Bedarfsplanungs-Richtlinie <BedarfsplRL> (sog Jobsharing) die Anstellung eines Arztes. Zugleich setzte der Zulassungsausschuss als Abrechnungsobergrenzen quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumina fest. Weil einer der Partner aus der Gemeinschaftspraxis ausschied, wurde eine Neuberechnung der Punktzahlobergrenze zum Beginn des Quartals III/2007 erforderlich. Im Zusammenhang damit teilte die Beklagte der Klägerin mit Schreiben vom 9.5.2007 mit, dass beschlossen worden sei, "die Leistungen aus dem Förderkatalog Ambulantes Operieren und AO § 115b SGB V bei Neuberechnungen nicht mehr abziehen". Am 24.5.2007 unterzeichneten die Partner der Berufsausübungsgemeinschaft eine Erklärung über die Leistungsbeschränkung für das Quartal III/2007. Daraufhin erteilte der Zulassungsausschuss die Genehmigung zur Anstellung mit der entsprechenden Punktzahlobergrenze.
- 3 Wegen der Überschreitung der Punktzahlobergrenze forderte die Beklagte von der Klägerin für das Quartal III/2007 Honorar in Höhe von 39 755,57 Euro zurück. Widerspruch, Klage und Berufung der Klägerin waren ohne Erfolg. Zur Begründung seiner Entscheidung hat das LSG ausgeführt, dass der die Leistungsbeschränkung festsetzende Beschluss des Zulassungsausschusses bestandskräftig sei. Die Beklagte habe bei der Berechnung der Punktzahlobergrenze zutreffend das gesamte Leistungsspektrum der Praxis einschließlich der Leistungen, die auf der Grundlage von Verträgen über das ambulante Operieren nach § 115b SGB V vergütet worden seien, berücksichtigt. Die Klägerin könne sich auch nicht auf Vertrauen berufen. Selbst wenn ein Vertrauenstatbestand geschaffen worden wäre, wäre dieser jedenfalls durch das Schreiben vom 9.5.2007 entfallen. In einer der Klägerin im Februar 2007 erteilten mündlichen Auskunft sei auch keine Zusicherung zu sehen.
- 4 Gegen die Nichtzulassung der Revision in diesem Urteil wendet sich die Klägerin mit der Nichtzulassungsbeschwerde, zu deren Begründung sie die grundsätzliche Bedeutung der Rechtsache geltend macht.



II

- 5 Die Beschwerde der Klägerin hat keinen Erfolg. Soweit sie den Darlegungsanforderungen des § 160a SGG entspricht, ist sie jedenfalls unbegründet.
- 6 Die grundsätzliche Bedeutung (*Zulassungsgrund gemäß § 160 Abs 2 Nr 1 SGG*) setzt voraus, dass eine Rechtsfrage aufgeworfen wird, die in dem angestrebten Revisionsverfahren klärungsfähig (entscheidungserheblich) sowie klärungsbedürftig und über den Einzelfall hinaus von Bedeutung ist (*vgl BSG SozR 4-1500 § 153 Nr 3 RdNr 13 mwN; BSG SozR 4-1500 § 160 Nr 5 RdNr 3*). Die Klärungsbedürftigkeit fehlt dann, wenn die Rechtsfrage bereits geklärt ist und/oder wenn sie sich ohne Weiteres aus den Rechtsvorschriften und/oder aus der bereits vorliegenden Rechtsprechung klar beantworten lässt (*hierzu s zB BSG SozR 3-1500 § 146 Nr 2 S 6; SozR 3-2500 § 75 Nr 8 S 34; SozR 3-1500 § 160a Nr 21 S 38; 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 (*s die BVerfG-Angaben in BSG SozR 4-1500 § 153 Nr 3 RdNr 13 sowie BVerfG <Kammer> SozR 4-1500 § 160a Nr 16 RdNr 4 f; BVerfG <Kammer> SozR 4-1500 § 160a Nr 24 RdNr 5*).
- 7 Die Frage der Klägerin,
ob extrabudgetär vergütete Leistungen für ambulantes Operieren in der durch den Zulassungsausschuss vorgegebenen Punktzahlbergrenze enthalten sind oder ob diese Leistungen insoweit außer Betracht bleiben müssen,
ist nicht klärungsbedürftig. Wie der Senat bereits mit Beschluss vom 28.1.2009 (B 6 KA 17/08 B) in Einzelnen dargelegt hat, ist den einschlägigen Rechtsvorschriften ohne Weiteres zu entnehmen, dass sich die durch den Zulassungsausschuss auf der Grundlage von § 95 Abs 9, § 101 Abs 1 Satz 1 Nr 5 SGB V, § 32b Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) iVm Nr 23a ff BedarfspIRL (*idF vom 15.2.2007, BAnz Nr 64 S 3491 vom 31.3.2007*) festgelegte Beschränkung des Leistungs- bzw Honorarvolumens grundsätzlich auf das gesamte Leistungsspektrum bezieht. Dies gilt auch für Leistungen, die nicht aus der Gesamtvergütung an die Vertragsärzte verteilt werden und die deshalb nicht den im Honorarverteilungsvertrag enthaltenen Regelungen zur Mengengrenzung unterliegen. Die Regelungen zu den Gesamtvergütungen für die vertragsärztliche Versorgung und zur Verteilung der Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte nach § 85 SGB V betreffen eine andere Ebene als diejenigen, die an die Zulassung und Anstellungsgenehmigung gemäß § 95 Abs 9, § 101 Abs 1 Satz 1 Nr 5 SGB V, § 32b Ärzte-ZV iVm Nr 23a ff BedarfspIRL anknüpfen. Letztere ermöglichen die Anstellung eines Arztes auch in Planungsbereichen, die wegen Überversorgung für die Zulassung weiterer Vertragsärzte gesperrt sind. Ziel der Regelung ist die Flexibilisierung der Leistungserbringung, nicht jedoch deren Ausweitung (*BT-Drucks 13/7264 S 65*). Dementsprechend muss sich die Leistungsbegrenzung im Grundsatz auf alle Leistungen beziehen. Einschränkungen von diesem Grundsatz müssten ausdrücklich entweder normativ oder jedenfalls in den konkretisie-



renden Verwaltungsakten benannt werden (*BSG Beschluss vom 28.1.2009 - B 6 KA 17/08 B - RdNr 10*).

- 8 Soweit die Klägerin geltend macht, dass eine andere Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) - die KÄV Westfalen-Lippe - Leistungen des ambulanten Operierens nicht nur extrabudgetär, sondern auch außerhalb der Jobsharing-Honorarbegrenzung vergütet, ist dieser Umstand nicht geeignet, eine grundsätzliche Bedeutung der Sache zu begründen. Im Übrigen sind der Beschwerdebeurteilung keine Aussagen zu der Frage zu entnehmen, ob im Bereich der KÄV Westfalen-Lippe - nach der Rechtsprechung des Senats (*Beschluss vom 28.1.2009, aaO*) grundsätzlich zulässige - abweichende Regelungen getroffen worden sind.
- 9 In Kenntnis des genannten Beschlusses des Senats hält die Klägerin für klärungsbedürftig, ob es sich bei den "in den Vergütungsvereinbarungen nach dem AOP-Vertrag gemäß § 115b Abs 1 SGB V und gemäß Förderkatalog ambulantes Operieren gemäß § 73a SGB V ergebenden Vergütungen der Leistungen außerhalb der budgetierten und pauschalierten Gesamtvergütung" um eine normative Einschränkung im Sinne der Rechtsprechung des BSG handelt.
- 10 Zur Begründung der Klärungsbedürftigkeit macht die Klägerin geltend, dass die in dem og Beschluss des Senats vom 28.1.2009 formulierten Einschränkungsmöglichkeiten bisher nicht konkretisiert worden seien und dass die Rechtsauslegung bundesweit uneinheitlich sei.
- 11 Die Beschwerde entspricht insoweit bereits nicht den Darlegungsanforderungen des § 160a SGG. Eine Entscheidungserheblichkeit der Frage, welche Anforderungen an eine zulässige Einschränkung des Grundsatzes zu stellen wären, wonach bei Abrechnungsobergrenzen im Rahmen des Jobsharing das gesamte Leistungsspektrum zu berücksichtigen ist, würde voraussetzen, dass die Verträge, auf deren Grundlage die Leistungen des ambulanten Operierens vergütet werden, überhaupt entsprechende einschränkende Regelungen enthalten. Dem Vorbringen der Klägerin ist dazu nichts zu entnehmen. Damit hat die Klägerin nicht dargelegt, dass es für die Entscheidung im angestrebten Revisionsverfahren auf die für erforderlich gehaltene Konkretisierung der Rechtsprechung bezogen auf die Möglichkeit zur Einschränkung des genannten Grundsatzes ankommt. Die Klägerin hat lediglich vorgetragen, dass es um Leistungen geht, die außerhalb der nach § 85 SGB V vereinbarten Gesamtvergütung aus zusätzlich von den Krankenkassen bereits gestellten Mitteln vergütet werden. Die Vergütung mit festen Punktwerten außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung ergibt sich auch aus § 7 Abs 1 Satz 1 des Vertrages nach § 115b Abs 1 SGB V in der Fassung des Beschlusses des erweiterten Bundesschiedsamts vom 17.8.2006. Dass allein daraus keine Einschränkung des Grundsatzes abgeleitet werden kann, wonach für die Abrechnungsobergrenzen im Rahmen des Jobsharing das gesamte Leistungsspektrum zu berücksichtigen ist, ist wie oben dargelegt, bereits geklärt (*vgl im Einzelnen BSG Beschluss vom 28.1.2009 - B 6 KA 17/08 B*).



- 12 Entsprechendes gilt für die Frage der Klägerin,
ob es sich bei der im Quartal II/2007 erfolgten Vergütung für Leistungen des ambulanten Operierens und dem dazu ergangenen Honorarbescheid um eine Einschränkung des genannten Grundsatzes handelt.
Abgesehen davon, dass es sich um eine auf den Einzelfall bezogene Fragestellung handelt, trifft der Honorarbescheid II/2007 Regelungen für das Quartal II/2007. Es ist weder dargelegt noch ersichtlich, dass diesem Bescheid Einschränkungen des oben genannten Grundsatzes entnommen werden könnten, die sich auf das streitgegenständliche Quartal III/2007 beziehen. Davon zu unterscheiden ist die Frage, ob durch die Vergütung für das Quartal II/2007 ein Vertrauenstatbestand geschaffen worden sein könnte, der die Beklagte hindert, die Vergütung für das Quartal III/2007 nach anderen Grundsätzen zu berechnen (*vgl dazu unten*).
- 13 Damit kommt es auch nicht auf die Frage der Klägerin an, unter welchen Voraussetzungen die Beklagte eine begünstigende Regelung wieder zurücknehmen kann.
- 14 Die von der Klägerin formulierten Fragen,
ob der Vorstand der Beklagten legitimiert ist, eine bestehende "rechtmäßige Vergütung" von ärztlichen Leistungen außerhalb des Gesamtleistungsvolumens durch eigene Entscheidung aufzuheben
und
ob die Vergütung der Klägerin durch die Neuberechnung der Punktzahlobergrenzen faktisch reduziert werden kann,
sind nicht klärungsbedürftig, weil sich die Antwort ohne Weiteres aus den einschlägigen Rechtsvorschriften und der dazu ergangenen Rechtsprechung ableiten lässt:
- 15 Die Fragen der Klägerin zielen mittelbar auf den Grundsatz des Vertrauensschutzes. Dazu existiert bezogen auf bestandskräftige Honorarbescheide eine umfangreiche Rechtsprechung des Senats (*vgl zuletzt zur Punktzahlobergrenze bei Jobsharing BSG SozR 4-2500 § 106a Nr 12 RdNr 22 mwN*). Danach kann der Vertragsarzt grundsätzlich auf den Bestand eines Honorarbescheides nicht vertrauen, bevor die vorgesehenen Prüfungen auf Richtigkeit und Wirtschaftlichkeit abgeschlossen bzw wegen Fristablaufs ausgeschlossen sind. Aus dieser Rechtsprechung folgt, dass ein schutzwürdiges Vertrauen erst recht nicht aus einem Honorarbescheid abgeleitet werden kann, dessen Regelungsgehalt sich auf ein vorangegangenes Quartal beschränkt. Das gilt insbesondere, wenn die KÄV die Aufgabe der bisherigen Verwaltungspraxis - wie hier - zuvor ankündigt. Zudem hat die Klägerin die Leistungsbeschränkungserklärung für die Zeit ab dem 1.7.2007 unterzeichnet, nachdem sie auf die geänderte Verwaltungspraxis hingewiesen worden war.
- 16 Nicht klärungsbedürftig, weil nicht entscheidungserheblich ist die Frage der Klägerin



innerhalb welcher Frist die Änderung der Abrechnungspraxis nach deren erstmaliger Mitteilung umgesetzt werden darf und ob eine entsprechende Mitteilung auch ohne konkrete Bezeichnung des Beginns der Umsetzung hinreichend konkretisiert ist.

Hintergrund dieser Frage ist der Hinweis in dem Schreiben des Zulassungsausschusses vom 9.5.2007, dass die "Leistungen aus dem Förderkatalog Ambulantes Operieren und AO § 115b SGB V bei Neuberechnungen nicht mehr abzuziehen" seien. Da Gegenstand des Schreibens die Änderungen in der Berufsausübungsgemeinschaft (drei statt vier Mitglieder) ab dem 1.7.2007, die deshalb zu diesem Zeitpunkt erforderliche Neuberechnung der Punktzahlobergrenze und die Genehmigung der Anstellung ab dem 1.7.2007 waren und in dem Schreiben zudem mitgeteilt wird, dass sich die geänderte Abrechnungspraxis auf erforderlich werdende "Neuberechnungen" bezieht, ist die der og Frage zugrunde liegende Auffassung der Klägerin, dass der Beginn der Umsetzung nicht hinreichend konkretisiert worden sei, nicht zutreffend. Im Übrigen betrifft die Frage den Einzelfall, sodass eine grundsätzliche Bedeutung nicht dargelegt wird.

- 17 Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG iVm §§ 154 ff Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Als unterlegener Beteiligter hat die Klägerin auch die Kosten des Beschwerdeverfahrens zu tragen (§ 154 Abs 2 VwGO).
- 18 Die Festsetzung des Streitwerts folgt aus § 197a Abs 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGG iVm § 63 Abs 2 Satz 1, § 52 Abs 3 Satz 1, § 47 Abs 1 und 3 Gerichtskostengesetz.

