
Datum: 23.03.2011
Gericht: Sozialgericht Düsseldorf
Spruchkörper: 14. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 14 KA 528/10
ECLI: ECLI:DE:SGD:2011:0323.S14KA528.10.00

Sachgebiet: Vertragsarztangelegenheiten
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:

Der Bescheid der Beklagten vom 17.07.2008 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 28.10.2010 wird hinsichtlich der Rückforderung für die Quartale I/03 bis IV/03 aufgehoben. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen. Die Beklagte trägt von den Kosten des Verfahrens 2/3, der Kläger 1/3.

- Tatbestand: 1
- Streitig ist eine Honorarrückforderung für die Quartale I/03 bis IV/05. 2
- Der Kläger ist Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und in E zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. 3
- Die AOK I machte die Beklagte mit Schreiben vom 05.09.2006 darauf aufmerksam, dass Ärzte mitunter bei zahlreichen Patienten mehr als eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen im Kalenderjahr durchgeführt hätten. Nach § 25 Abs. 2 SGB V hätten Versicherte jedoch höchstens einmal jährlich Anspruch auf eine derartige Untersuchung. 4
- Eine Überprüfung der Abrechnungsunterlagen des Klägers durch die Beklagte ergab, dass in den Quartalen des Jahres 2003 bis 2005 in einer Vielzahl von Fällen die zeitliche Vorgabe der Krebsfrüherkennungsrichtlinien nicht eingehalten worden ist. Die Beklagte errechnete einen überzahlten Betrag in Höhe von 6.314,51 Euro. Hierüber unterrichtete die Beklagte den Kläger mit Schreiben vom 21.05.2008. 5

Der Kläger erklärte sich mit der Rückzahlung des Betrages nicht einverstanden. Zwar bestreite er die Mehrfachabrechnung nicht, er habe aber in diesem Zeitraum vergleichsweise wenig zytologische Abstriche gemacht. Insofern strebe er eine Umwandlung der Ziffer 157 EBM in die Ziffern 166, 167 und 169 EBM an, da er diese Leistungen erbracht habe. Von den 416 Fällen würde dies 260 Fälle betreffen. Inzwischen sei der Fehler selbst bemerkt und korrigiert worden. Leider habe auch die Abrechnungssoftware keine Fehlermeldung durchgegeben. Auch seitens der Beklagten sei kein Hinweis erfolgt.

Die Beklagte hob die Honorarbescheide für die Quartale I/03 bis IV/05 mit Bescheid vom 17.07.2008 teilweise auf und forderte von dem Kläger Honorar in Höhe von 6.314,51 Euro zurück. Die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nach der Nr. 157 EBM bzw. ab II/05 nach der Nr. 01730 EBM seien für den genannten Zeitraum je Patient auf den einmaligen Ansatz reduziert worden, sofern der Zeitabstand von einem Jahr nicht eingehalten worden sei. 7

Den hiergegen von dem Kläger erhobenen Widerspruch, mit welchem er sich insbesondere hinsichtlich der Quartale des Jahres 2003 auf Verjährung berief, wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 28.10.2010 zurück. Zwar gehe die Rechtsprechung grundsätzlich von einer vierjährigen Verjährungsfrist aus, welche mit der Erteilung des jeweiligen Quartalskonto/Abrechnungsbescheides zu laufen beginne. Diese soll dagegen nicht gelten in den Fällen, in denen eindeutig und nachweislich gegen Abrechnungsregeln verstoßen worden sei. 8

Der Kläger hat am 09.11.2010 Klage erhoben. Die Rückforderung für die Quartale I/03 bis IV/03 sei verjährt. Insofern verweise er auf eine Entscheidung des SG Düsseldorf vom 04.11.2009 - S 2 KA 108/09 -. Dies entspreche einem Gesamtbetrag in Höhe von 4.581,15 Euro. Des Weiteren seien die Krebsfrüherkennungs-Richtlinien unverhältnismäßig, soweit sie für die jährliche Untersuchung auf das Kalenderjahr abstellten. Das führe dazu, dass zum Jahreswechsel eine Leistungserbringung in kürzerem Zeitabstand möglich sei, als bei einer Leistungserbringung später im Kalenderjahr. Hilfsweise begehre er in 260 Fällen, die Ziffer 157 EBM in die Ziffern 166, 167 und 169 EBM umzuwandeln. In diesen Fällen seien kontrazeptive Untersuchungen und zytologische Abstriche nach den genannten Ziffern tatsächlich erbracht worden. 9

Der Kläger beantragt, 10

den Bescheid der Beklagten vom 17.07.2008 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 28.10.2010 aufzuheben. 11

Die Beklagte beantragt, 12

die Klage abzuweisen. 13

Sie verweist auf die Ausführungen in den angefochtenen Bescheiden. Dem Kläger sei es zuzurechnen, dass er einfachste, ganz nahe liegende Überlegungen nicht angestellt habe. Die Kenntnis einer lediglich jährlichen Anspruchsberechtigung auf Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sei regelmäßiges Allgemeinut eines erfahrenen Gynäkologen. Die entsprechende Regelung der Krebsfrüherkennungsrichtlinien sei bereits vor 30 Jahren eingeführt worden. Demnach habe der Kläger bei Erbringung dieser Leistung seiner Sorgfaltspflicht in erheblichem Maße nicht genüge getan, weswegen mangels Vertrauensschutz die vierjährige Ausschlussfrist nicht greife. Eine nachträgliche Umwandlung von Leistungsziffern scheide nach ihrer Auffassung aus. 14

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

16

Die Klage ist teilweise begründet.

17

Der Kläger ist durch die angefochtenen Bescheide im Sinne von § 54 Abs. 2 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) insoweit beschwert, als mit diesen Rückforderungen auch für den Zeitraum der Quartale I/03 bis IV/03 erfolgt sind. Insofern sind die Bescheide rechtswidrig. Darüber hinaus ist der Kläger durch die angefochtenen Bescheide jedoch nicht beschwert. Denn die Berichtigungen für die Quartale I/04 bis IV/05 sind zu Recht erfolgt.

18

Die Berechtigung für die sachlich-rechnerische Berichtigung der Abrechnungen der Vertragsärzte ergibt sich für die Beklagte aus § 106a Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V, der durch Art. 1 Nr. 83 des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) vom 14.11.2003 (BGBl I 2190, 2217) mit Wirkung zum 01.01.2004 (Art. 37 Abs. 1 GMG) eingefügt worden ist. Danach ist die Beklagte gesetzlich berechtigt und verpflichtet, die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte festzustellen. Festzustellen ist hierbei, ob die Abrechnungen mit den Abrechnungsvorgaben des Regelwerks, d.h. mit dem Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM), den Honorarverteilungsverträgen sowie weiteren Abrechnungsbestimmungen übereinstimmen oder ob zu Unrecht Honorare angefordert wurden (vgl. BT-Drucksache 15/1525 S. 117 zu § 106a SGB V). Bei Fehlern in der Abrechnung des Vertragsarztes berichtigt die Beklagte dessen Honoraranforderung. Daneben ergibt sich das Berichtigungsrecht der Beklagten nach wie vor aus den Regelungen der Bundesmantelverträge (§ 45 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und § 34 Abs. 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen (EKV-Ä)).

19

Die Abrechnungen des Klägers in den Quartalen I/03 bis IV/05 waren sachlich fehlerhaft, weil er in den beanstandeten Fällen nicht berechtigt war, die Ziffer 157 EBM a.F. bzw. die Ziffer 01730 EBM n.F. abzurechnen. Die Leistungsziffer 157 a.F. (bzw. Ziffer 01730 EBM n.F.) beinhaltet die Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau, gemäß Abschnitt B 1 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien. Die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinien) in der Fassung vom 26.04.1976 (Bundesanzeiger Nr. 214 (Beilage) vom 11.11.1976, geändert am 15.12.2003 mit Wirkung zum 01.01.2004 und am 19.07.2005 mit Wirkung zum 12.10.2005) entsprechen nach ihrer Präambel der Vorgabe des § 25 Abs. 4 Satz 2 in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V, wonach der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (seit 01.01.2004 Gemeinsamer Bundesausschuss) in Richtlinien das Nähere über die den gesetzlichen Erfordernissen des § 25 Abs. 2 und 3 SGB V entsprechenden ärztlichen Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bestimmt. In Teil B Nr. 1 ist der Leistungsinhalt der Früherkennungsmaßnahmen bei Frauen bezogen auf die klinischen Untersuchungen und gestaffelt nach dem Alter der zu untersuchenden Frauen niedergelegt. § 25 SGB V gehört zum Dritten Kapitel, Viertes Abschnitt "Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten" des SGB V. Nach dessen Abs. 2 haben Versicherte höchstens einmal jährlich Anspruch auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen, Frauen frühestens vom Beginn des 20. Lebensjahres an, Männer frühestens vom Beginn des 45. Lebensjahres an. Ob "jährlich" in diesem Zusammenhang kalenderjährlich bedeutet oder einen Zeitabstand von mindestens 12 Monaten verlangt, ist dem Gesetz nicht zu entnehmen. Was dem Gesetz jedoch eindeutig zu entnehmen ist, ist der Wille des Gesetzgebers, den Leistungsanspruch des Versicherten zu begrenzen. Dem folgend ist auch der Leistungsanspruch des

20

Vertragsarztes begrenzt. Denn Vorgaben im Bereich des Leistungsrechts sind auch im Bereich des Leistungserbringerrechts von Bedeutung (sog. Einheit von Leistungs- und Leistungserbringungsrecht; vgl. BSG Urteil vom 28.01.2009 - B 6 KA 61/07 R - BSGE 102, 219-227). Auch wenn sich aus dem Wortlaut der Leistungslegenden der Ziffern 157 EBM a.F. bzw. 01730 EBM n.F. keine Leistungsbeschränkung entnehmen lässt, tritt diese aufgrund des § 25 Abs. 2 SGB V auch für den Vertragsarzt als Leistungserbringer unmittelbar ein.

Soweit der Kläger darzulegen versucht, dass sich die Krebsfrüherkennungs-Richtlinien hinsichtlich der Ziffer 157 EBM als unverhältnismäßig darstellen, wenn für die jährliche Leistungserbringung auf das Kalenderjahr abgestellt werde, vermag die Kammer dem nicht zu folgen. Zum einen enthalten die Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in den Fassungen, die in den streitgegenständlichen Quartalen gegolten haben, keine derartige Vorgabe. Die Begrenzung auf den jährlichen Anspruch ergibt sich allein aus § 25 Abs. 2 SGB V. Zum anderen lässt die jährliche Begrenzung die bereits oben beschriebenen zwei Auslegungen zu. Davon ist die Auslegung, dass auf das Kalenderjahr abzustellen ist mit der Folge, dass nicht zwingend ein zwölfmonatiger Leistungsabstand bestehen muss, die für die betroffenen Vertragsärzte günstigere Auslegung. Das zeigt sich besonders im Fall des Klägers. Denn nach Durchsicht der in der Verwaltungsakte der Beklagten befindlichen Auflistung der Berichtigungen ist festzustellen, dass diese noch deutlich höher ausgefallen wären, wenn die Beklagte auf einen mindestens zwölfmonatigen Leistungsabstand abgestellt hätte. Weder die gesetzlich festgelegte Leistungsbegrenzung noch die Auslegung der Beklagten sieht die Kammer danach als unverhältnismäßig an. Damit war die Abrechnung der Ziffern 157 EBM a.F. bzw. 01730 EBM n.F. in den beanstandeten Fällen sachlich-rechnerisch fehlerhaft. 21

Den sachlich-rechnerischen Berichtigungen der Beklagten steht kein Anspruch des Klägers auf Umwandlung der Leistungsziffer 157 EBM in die Ziffern 166, 167 und 169 EBM in den 260 Fällen entgegen, in denen nach Angaben des Klägers kontrazeptive Leistungen erbracht worden sind. Dabei ist nicht von Belang, ob diese Leistungen medizinisch indiziert und notwendig waren. Die nachträgliche Berichtigung oder Ergänzung einer unvollständigen Abrechnung für eingereichte Abrechnungsscheine, kann nach Abgabe der Abrechnungsunterlagen nach den Regelungen des Honorarverteilungsvertrages (HVV) der Beklagten (z.B. HVV vom 18.11.2008, Rhein. Ärzteblatt 1/2009, S. 58ff, § 1 Abs. 5 a) grundsätzlich - außer in nicht nur geringfügigen Fällen - nicht mehr geltend gemacht werden (vgl. zur grundsätzlichen Rechtmäßigkeit derartiger Regelungen: BSG Urteile vom 10.12.2008 - B 6 KA 45/07 R - und vom 29.08.2007 - B 6 KA 29/06 R -). Die Geringfügigkeitsgrenzen werden bei einem durchschnittlichen Berichtigungsbetrag pro Quartal von 526,21 Euro (6.314,51 Euro./ 12 Quartale) nach Auffassung der Kammer nicht überschritten. 22

Die fehlerhaften Honorarfestsetzungen für die Quartale I/04 bis IV/05 waren durch die Beklagte auch zu korrigieren. Vertrauensschutz kommt dem Kläger lediglich hinsichtlich der Quartale des Jahres 2003 zu, weswegen die diesbezüglichen Berichtigungen rechtswidrig sind. 23

Die oben zitierten bundesmantelvertraglichen Vorschriften berechtigen die Kassenärztliche Vereinigung generell zur Rücknahme rechtswidriger Honorarbescheide. Diese umfassende Berichtigungsbefugnis ist nach der Rechtsprechung des BSG allein im Hinblick auf einen etwaigen Vertrauensschutz der Vertragsärzte begrenzt. Nach der Rechtsprechung des BSG stehen in folgenden Fällen Vertrauensschutzgesichtspunkte einer rückwirkenden Korrektur rechtswidrig begünstigender Honorarbescheide entgegen mit der Folge, dass in diesen Fällen die speziellen Vertrauensschutztatbestände des § 45 Abs. 2 i.V.m. Abs. 4 SGB X 24

entsprechend heranzuziehen sind: 1. Die Frist von vier Jahren seit Erlass des betroffenen Honorarbescheides ist bereits abgelaufen (BSG, Urteil vom 12. Dezember 2001, Az.: B 6 KA 3/01 R) 2. Die Kassenärztliche Vereinigung hat ihre Befugnis zur Honorarberichtigung bereits verbraucht, weil sie die Honoraranforderung des Vertragsarztes in einem der ursprünglichen Honorarverteilung nachfolgenden Verfahren auf ihre sachlich-rechnerische Richtigkeit überprüft und vorbehaltlos bestätigt hat 3. Die Kassenärztliche Vereinigung hat es unterlassen, bei der Erteilung des Honorarbescheides auf ihr bekannte Ungewissheiten hinsichtlich der Grundlagen der Honorarverteilung hinzuweisen und dadurch schützenswertes Vertrauen beim Vertragsarzt hervorgerufen 4. Die Kassenärztliche Vereinigung hat die Erbringung bestimmter Leistungen in Kenntnis aller Umstände "längere Zeit" geduldet, diese später jedoch für den Betroffenen Vertragsarzt als fachfremd beurteilt und deshalb insgesamt von einer Vergütung ausgeschlossen 5. Die Fehlerhaftigkeit des Bescheides rührt aus Umständen her, die außerhalb des eigentlichen Bereichs einer sachlich und rechnerisch korrekten Honorarabrechnung und -verteilung liegen und deshalb sind die besonderen Funktionsbedingungen des Systems vertragsärztlicher Honorierung nicht konkret tangiert (vgl. BSG Urteil vom 8. Februar 2006 - B 6 KA 12/05 R -).

Allein für den Zeitraum der Quartale I/03 bis IV/03 sind die Vertrauensausschlussstatbestände des § 45 Abs. 2 i.V.m. Abs. 4 SGB X zu prüfen, denn für diese ist die Ausschlussfrist von vier Jahren nicht gewahrt. Für die Berechnung der Frist ist nach der Rechtsprechung des BSG auf den Zeitpunkt der Erteilung des jeweiligen Honorarbescheides abzustellen (vgl. BSG Urteil vom 28.03.2007 - B 6 KA 26/06 R -). Der Kläger hat unbestritten vorgetragen, den Honorarbescheid für das Quartal IV/03 im Mai 2004 erhalten zu haben. Der Aufhebungs- und Rückforderungsbescheid der Beklagten datiert vom 17.07.2008 und ist daher bezogen auf die Quartale I/03 bis IV/03 außerhalb der vierjährigen Ausschlussfrist ergangen. Insofern wäre eine Richtigstellung für diese Quartale nur noch nach Maßgabe der Vertrauensausschlussstatbestände des § 45 Abs. 2 Satz 3 i.V.m. Abs. 4 Satz 1 SGB X möglich (BSG a.a.O.). Derartige Vertrauensausschlussstatbestände sind vorliegend jedoch nicht gegeben. Auf Vertrauen kann sich der Begünstigte danach insbesondere dann nicht berufen, wenn er die Rechtswidrigkeit des Verwaltungsaktes kannte oder infolge grober Fahrlässigkeit nicht kannte. Dass der Kläger die Rechtswidrigkeit der betroffenen Honorarbescheide kannte, hat die Beklagte nicht vorgetragen und ist für die Kammer, auch angesichts der Darstellung des Klägers im Termin zur mündlichen Verhandlung, nicht ersichtlich. Auch grobe Fahrlässigkeit ist dem Kläger nach Ansicht der Kammer nicht vorzuwerfen. Grobe Fahrlässigkeit liegt vor, wenn der Begünstigte die Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt hat. Maßgebend dafür ist ein subjektiver Sorgfaltsmaßstab. Die erforderliche Sorgfalt hat danach in besonders schwerem Maße verletzt, wer schon einfachste, ganz nahe liegende Überlegungen nicht anstellt und daher nicht beachtet, was im gegebenen Fall jedem einleuchten muss (vgl. von Wulffen, Kommentar zum SGB X, 6. Auflage 2008, § 45 Rz. 56). Hierzu hat bereits die 2. Kammer des Sozialgerichts Düsseldorf in einem Parallelverfahren (s. Urteil vom 04.11.2009 - S 2 KA 108/09 -) wie folgt ausgeführt: "Zwar dürfte man davon ausgehen können, dass die Kenntnis einer lediglich jährlichen Anspruchsberechtigung von Frauen auf Krebsfrüherkennungsuntersuchungen regelmäßig zum Allgemeingut eines erfahrenen Gynäkologen gehört. Denn die gesetzliche Regelung wurde bereits durch § 181 Abs. 1 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung (RVO) in der Fassung des Zweiten Krankenversicherungsänderungsgesetzes (BGBl. I 1970, 1770) vor über 30 Jahren eingeführt und durch entsprechende Beschlüsse des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (später: des Gemeinsamen Bundesausschusses) näher ausgestaltet. Andererseits ist die Leistungslegende der Nr. 157 EBM nicht dergestalt formuliert, dass unmittelbar aus ihr selbst die maßgeblichen Untersuchungsintervalle hervorgehen. Diese erschließen sich erst durch Studium der Krebsfrüherkennungs-

25

Richtlinien, die ihrerseits im Laufe der Jahre mehrfach geändert wurden (zuletzt allein in der Zeit seit 01.01.2004 achtmal) und einen nicht unbeträchtlichen Umfang aufweisen (Fassung vom 01.01.2004: 43 Seiten; vgl. <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/historie/zur-richtlinie/17>). Hinzu kommt vor allem, dass der eingangs skizzierte - restriktive - gesetzliche Auftrag der Krebsfrüherkennungsuntersuchung nicht zwingend jedem Gynäkologen in dieser trennscharfen Deutlichkeit bekannt war, so dass es zu Vermengungen mit inhaltlich gleichen Diagnoseleistungen im Rahmen echter Krankenbehandlung, die nach anderen EBM-Ziffern abrechenbar waren, gekommen sein mag. Dass nicht alle Gynäkologen den Inhalt der Leistung nach Nr. 157 EBM im zutreffenden Sinne verstanden haben dürften, lässt sich auch daran ermessen, dass beim Sozialgericht Düsseldorf in allen für das Vertragsarztrecht zuständigen Kammern mittlerweile eine gewisse Anzahl von Parallelstreitsachen mit derselben Problematik eingegangen ist. Insgesamt ist das Verschulden des Klägers nach Auffassung der Kammer zwar als fahrlässig anzusehen, die Grenze zur groben Fahrlässigkeit aber sicher nicht überschritten." (Zitat Ende)

Diesen Ausführungen schließt sich die Kammer nach eigener Prüfung der Sach- und Rechtslage vollinhaltlich an. Auch nach Ansicht der erkennenden Kammer ist einfache Fahrlässigkeit zu bejahen, denn die gesetzliche Regelung des § 25 Abs. 2 SGB V ist eindeutig. Die Grenze zur groben Fahrlässigkeit wird jedoch nicht überschritten, da sich weder aus den Leistungslegenden der streitgegenständlichen EBM-Ziffern noch unmittelbar aus den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien, welche in den streitgegenständlichen Quartalen galten, das zulässige Zeitintervall für den Leistungsanspruch entnehmen lässt. Das Zeitintervall ist allein in der gesetzlichen Regelung nachzulesen, auf welche die Krebsfrüherkennungs-Richtlinien Bezug nehmen. Erstmals in der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie in der Fassung vom 18.06.2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2009, Nr. 148a, in Kraft getreten am 03.10.2009, sind in § 2 explizit die Untersuchungsintervalle niedergelegt. 26

Dagegen kann sich der Kläger für den Zeitraum der Quartale I/04 bis IV/05 nicht auf Vertrauensschutz berufen. Die vom BSG hierzu entwickelten Fallgestaltungen liegen bezogen auf diesen Zeitraum sämtlich nicht vor. Die vierjährige Ausschlussfrist ist gewahrt. Ferner hat die Beklagte es weder verabsäumt auf ihr bekannte Ungewissheiten hinzuweisen noch hat sie die fehlerhafte Abrechnung in Kenntnis aller Umstände über einen längeren Zeitraum hinweg geduldet. Die Beklagte hat im Termin zur mündlichen Verhandlung nachvollziehbar darlegen können, dass sie erstmals durch den Hinweis der AOK I auf die Unregelmäßigkeiten in den Abrechnungen aufmerksam geworden und ein Quartalsabgleich der Abrechnungsziffern zu dieser Zeit noch nicht erfolgt sei. Schließlich ist die sachlich-rechnerische Berichtigung nicht systemfremd im Sinne der Fallgestaltung Nr. 5 (vgl. BSG Urteil vom 8. Februar 2006 - B 6 KA 12/05 R -). 27

Zusammenfassend war der angefochtene Bescheid der Beklagten daher hinsichtlich der Rückforderung für die Quartale I/03 bis IV/03 aufzuheben und die Klage im Übrigen jedoch abzuweisen. 28

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG in Verbindung mit § 155 Abs. 1 Satz 1 VwGO. 29