

L 12 KA 17/16

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

12
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 21 KA 210/13
Datum

17.12.2015
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 12 KA 17/16
Datum

16.05.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Zu den Abrechnungsvoraussetzungen der GOP 11410, 11370, 11390 und 11391 EBM.
2. Der Krankheitsfall ist nicht auf ein eigenständiges Abrechnungssubjekt "Fetus" auszudehnen. Der Vertragsarzt hat für am Nasciturus vorgenommene Leistungen nur dann einen Anspruch auf zusätzliche Vergütung, soweit dies ausdrücklich im EBM bestimmt ist. Die GOP 11410, 11370, 11390 und 11391 EBM sind nach dem eindeutigen Wortlaut der Vorschriften nur einmal im Krankheitsfall - unabhängig davon, ob Mutter oder Fetus untersucht wurden - abrechenbar. Der Krankheitsfall bezieht sich nur auf die Schwangere selbst. Einen weiteren - eigenständigen - Krankheitsfall für den Nasciturus sieht der EBM nicht vor.
- I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 17.12.2015, [S 21 KA 210/13](#), wird zurückgewiesen.

II. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Gegenstand dieses Rechtsstreits ist eine sachlich-rechnerische Richtigstellung abgerechneter humangenetischer Leistungen für drei Patientinnen im Quartal 1/11.

Die Klägerin ist als Fachärztin für Humangenetik in A-Stadt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Ausweislich der von der Beklagten vorgelegten Behandlungsausweise rechnete die Klägerin im Quartal 1/11 für die Patientinnen u.a. wie folgt ab:

Patientin A.

Scheinart Z - Überweisungs-/Abrechnungsschein für Laboratorium Auftrag/Diagnose/Verdacht auf: Chromosomenanalyse, Grav.
7.3. 11410 (spinale Muskelatrophie, 253300, Mutter und Fet.)(600354, SMN1-Gen)(02)
11410 (600354, SMN1-Gen) (02)(spinale Muskelatrophie, 253300, Mutter und Fet.)

Patientin B.

Scheinart M - Mit-/Weiterbehandlung
Auftrag/Diagnose/Verdacht auf: genetische Abklärung
14.2. 11370 (300377, DMD-Gen)(310200, MUSCULAR DYSTROPHY, DUCHENNE TYPE DMD)
15.2. 11370 (310200, MUSCULAR DYSTROPHY, DUCHENNE TYPE DMD/Fet.)(300377, DMD-Gen/Fet.)

Patientin C.

Scheinart Z - Überweisungs-/Abrechnungsschein für Laboratorium
Auftrag/Diagnose/Verdacht auf: V.a. DM
9.3. 11390 (605377, DMPK-Gen) (160901, DYSTROPHIA MYOTONICA 1)
11391 (605377, DMPK-Gen) (160901, DYSTROPHIA MYOTONICA 1)
28.3. 11390 (605377, DMPK-Gen) (160901, DYSTROPHIA MYOTONICA 1)
11391(605377, DMPK-Gen) (160901, DYSTROPHIA MYOTONICA 1)

Mit der Richtigstellung zum Honorarbescheid für das Quartal 1/11 vom 17.8.2011 setzte die Beklagte bei den vorgenannten Patientinnen

u.a. die jeweils zweite abgerechnete GOP 11410, 11370, 11390 und 11391 ab, jeweils versehen mit der Begründung, diese Leistungen seien nur einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

In ihrem Widerspruch führte die Klägerin aus, neben einer Feststellung der Anlageträgerschaft der Mutter sei auch eine Untersuchung des Fetus durchgeführt worden, was den jeweils zweimaligen Ansatz der streitigen GOP rechtfertige.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 6.2.2013 zurück. Der EBM sehe die Abrechnung der abgesetzten Ziffern nur einmal im Krankheitsfall vor.

Hiergegen wandte sich die Klägerin mit ihrer Klage zum SG München. Alle drei Patientinnen seien Anlageträgerinnen für erbliche Krankheiten entsprechend den abgerechneten GOP. Die Patientinnen hätten sich nach Feststellung ihrer Anlageträgerschaft für eine genetische Diagnostik bei ihrem ungeborenen Kind zum Ausschluss der Anlageträgerschaft entschieden, um einem langen Leidensweg des Kindes und seiner Eltern vorzubeugen. Grundsätzlich werde aufgrund der Stammbaumsituation, des Erbgangs und dem möglichen Krankheitsbild zunächst die werdende Mutter untersucht. Eine Indikation für eine invasive pränatale Diagnostik sei nur zu stellen, wenn die Mutter gesichert Anlageträgerin sei.

Die Klägerin habe bei den Patientinnen A. und B. jeweils bei der Abrechnung angegeben, dass es sich um Untersuchungen der Mutter und des Fetus gehandelt habe. Zu berücksichtigen sei, dass Nr.1 der Präambel zu Abschnitt 11.4 EBM nicht zu entnehmen sei, wie die geforderten Angaben zu machen seien. Auch die zertifizierte Abrechnungssoftware enthalte - bis auf das Feld für freie Begründungen - hierzu kein bestimmtes Feld. Im Fall der Patientin C. habe es sich auch um Untersuchungen sowohl der Mutter als auch des Fetus, also einen prädiktiven Test, gehandelt. Allerdings sei versehentlich der Hinweis auf die Untersuchung von Mutter und Fetus in der Abrechnung unterblieben. Die Abrechnungsbestimmungen der Beklagten würden in § 3 Abs. 3 jedoch die Beseitigung formaler Fehler innerhalb bestimmter Fristen zulassen. Mangels eines Hinweises auf den formalen Fehler der Abrechnung sei die Beklagte unter dem Gesichtspunkt von Treu und Glauben mit dem Einwand formaler Fehler präkludiert. Die Beklagte vertrat neben dem Hinweis auf die Abrechnung nur einmal im Krankheitsfall die Auffassung, die Klägerin habe entgegen Nr.1 der Präambel zu Abschnitt 11.4 EBM nicht angegeben, ob die Leistungen als diagnostischer oder prädiktiver Test, als Untersuchung auf Anlageträgerschaft oder als vorgeburtlicher Test erbracht wurden. Die Angabe müsse nach den Anwendungsbestimmungen der Beklagten für die elektronische Abrechnung idF vom 01.04.2010 unmittelbar nach der betreffenden GOP im Begründungsfeld (Feldkennung 5002 oder 5009) erfolgen. Die in Nr.1 der Präambel zu Abschnitt 11.4 EBM genannten Gründe müssten wortwörtlich in der Abrechnung angegeben werden. Auch aus diesem Grund habe die Vergütung der abgerechneten Leistungen verweigert werden dürfen.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 17.12.2015 abgewiesen. Der maßgebliche Wortlaut der streitigen GOP trage in keinem Fall den geltend gemachten Vergütungsanspruch der Klägerin. In formaler Hinsicht setze Nr. 1 der Präambel zu Abschnitt 11.4 EBM für die Berechnung der streitigen GOP die Angabe voraus, "ob die Leistung als diagnostischer oder prädiktiver Test, als Untersuchung auf Anlageträgerschaft oder als vorgeburtlicher Test" erbracht wurde. Zusätzlich erfordere Nr.2 der Präambel zu Abschnitt 11.4 EBM bei prädiktiven und vorgeburtlichen Tests für die Berechnung der GOP Angaben zum Indexpatienten. Diesen Vorgaben entsprächen die Abrechnungen der Klägerin nicht. Zwar sei es entgegen der Auffassung der Beklagten nicht erforderlich, die Angaben entsprechend Nr. 1 der Präambel zu Abschnitt 11.4 EBM wortwörtlich in die Abrechnung zu übernehmen. Es sei vielmehr ausreichend, wenn sich aus den gemachten Angaben zweifelsfrei ergäbe, zu welchem Zweck die Untersuchung durchgeführt worden sei. So lasse hier die Angabe "Fetus" hinreichend deutlich erkennen, dass ein vorgeburtlicher Test durchgeführt worden sei. Die von der Beklagten zertifizierte Abrechnungssoftware habe - anders als die Klägerin meine - für die Angabe der in Nr. 1 und Nr. 2 der Präambel zu Abschnitt 11.4 EBM geforderten Angaben Begründungsfelder vorgesehen. Diese seien von der Klägerin auch genutzt worden, wie sich den Zusätzen "Mutter und Fet." bei der Abrechnung der GOP 11410 für die Patientin A. oder dem Zusatz "Fet." bei der Abrechnung der GOP 11370 für die Patientin B. entnehmen lasse. Sofern hinsichtlich der Begründung Zweifel bestanden hätten, habe die Klägerin bei der Beklagten nachfragen können und müssen, wie und an welcher Stelle der Abrechnung die vom EBM geforderten Angaben hinterlegt werden müssten.

Bei der Patientin C. habe die Klägerin überhaupt keine Angabe zum Zweck der Untersuchung (diagnostisch oder prädiktiv, auf Anlageträgerschaft oder vorgeburtlich) gemacht. Bei der Patientin A. fände sich bei beiden abgerechneten GOP 11410 die Angabe "Mutter und Fet.", so dass unklar bleibe, welche Ziffer welche Untersuchung betreffe und ob bei der Mutter eine Untersuchung auf Anlageträgerschaft oder eine Untersuchung zu einem anderen Zweck stattgefunden habe. Bei der Patientin B. habe die Klägerin zwar bei der abgesetzten GOP 11370 den Zusatz "Fet." gemacht, aus dem sich ableiten lasse, dass es sich um eine vorgeburtliche Untersuchung handelte. Es fehlten aber die nach Nr. 2 der Präambel zu Abschnitt 11.4 EBM geforderten Angaben zum Indexpatienten. Daher entsprächen alle drei Abrechnungen bereits in formaler Hinsicht nicht den Anforderungen des EBM.

Die Berücksichtigung dieser formalen Anforderungen sei auch nicht deshalb ausgeschlossen, weil die Beklagte diesen Mangel der Abrechnung nicht spätestens im Widerspruchsverfahren gerügt habe. Zum einen sei die Beklagte nicht zur Überprüfung der Vollständigkeit der Abrechnung der Klägerin verpflichtet. Zum anderen hätte die Klägerin bei einem Hinweis auf die fehlenden Angaben in der Abrechnung der streitigen GOP im Laufe des Widerspruchsverfahrens oder bei Erteilung des Widerspruchsbescheides keine Korrektur der eingereichten Abrechnung bewirken können, denn nach § 3 der Abrechnungsbestimmungen der Beklagten in der ab 01.07.2010 geltenden Fassung sei eine nachträgliche Korrektur bereits eingereicherter Abrechnungen ausgeschlossen.

Zudem habe die Beklagte die abgerechneten GOP 11410, 11370, 11390 und 11391 EBM auch deshalb zu Recht abgesetzt, weil diese GOP nach ihrer Leistungsbeschreibung jeweils nur einmal im Krankheitsfall abrechenbar seien.

Der Krankheitsfall umfasse nach den Allgemeinen Bestimmungen des EBM, Ziffer 3.2, gemäß § 21 Abs. 1 BMV-Ä und § 25 Abs. 1 EKV-Ä das aktuelle sowie die drei nachfolgenden Kalendervierteljahre, die der Berechnung der krankheitsfallbezogenen GOP folgen. In allen drei Fällen habe die Klägerin die streitigen GOP jeweils zweimal im Quartal 1/11 und damit innerhalb eines Krankheitsfalles zur Abrechnung gebracht. Der Ausschluss der Mehrfachabrechnung im Krankheitsfall sei nicht deshalb unbeachtlich, weil durch die Klägerin nach ihrem Vortrag jeweils Untersuchungen an Proben der Mutter und an Proben des Fetus vorgenommen worden seien. Die Abrechnungsbeschränkungen der GOP 11410, 11370, 11390 und 11391 differenzierten nicht danach, ob eine Untersuchung auf Anlageträgerschaft bei der Mutter oder eine vorgeburtliche Untersuchung vorgenommen worden sei. Auch die Definition des Krankheitsfalles ergebe keine Unterscheidung zwischen der

Schwangeren und ihrem ungeborenen Kind. Soweit Untersuchungen des ungeborenen Kindes indiziert seien, sei hierfür die Krankenversicherung der Mutter Leistungsträger. Dies setze sich fort hinsichtlich der Neugeborenen-Erstuntersuchung U1 und der Neugeborenen-Untersuchung U2 nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres ("Kinder-Richtlinien"). Diese würden gemäß D.2. der Kinder-Richtlinien über einen mit der Krankenversicherungskarte eines Elternteils ausgestellten Abrechnungsschein abgerechnet. Auch die Definition des Behandlungsfalles in den Allgemeinen Bestimmungen des EBM, Ziffer 3.1. mit Rückgriff auf § 21 Abs. 1 BMV-Ä und § 25 Abs. 1 EKV-Ä enthalte keine Anhaltspunkte für die Annahme getrennter Behandlungs- oder Krankheitsfälle bei der Untersuchung von Proben der Mutter und Proben des ungeborenen Kindes. Vielmehr werde bei dieser Definition auf den Versicherten abgestellt. Versichert sei aber jeweils nur die Mutter, nicht aber das ungeborene oder neugeborene Kind. Mangels einer Unklarheit im Wortlaut sei daher kein Raum für eine Auslegung des Inhalts der GOP 11410, 11370, 11390 und 11391 EBM.

Es sei auch nicht ersichtlich, dass der Bewertungsausschuss als Normgeber seinen Regelungsspielraum überschritten oder seine Regelungskompetenz missbräuchlich ausgeübt haben könnte. Der Verweis der Klägerin darauf, dass dem Fetus bereits Rechte nach dem Grundgesetz zustehen würden, begründe eine Überschreitung des Regelungsspielraums des Bewertungsausschusses ebenfalls nicht. Zutreffend sei zwar, dass dem Fetus vereinzelt im Hinblick auf bestimmte Rechte bereits Rechtsfähigkeit zuerkannt werde. So stehe der Fetus nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts bereits unter dem Schutz des Grundrechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit nach [Art. 1 Abs. 1](#), [Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG](#). Daraus abgeleitet könne sich bei einer drohenden Gesundheitsgefährdung des Fetus aufgrund seines Rechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit ein Behandlungsanspruch gegen die gesetzliche Krankenversicherung ergeben, die vorgeburtliche Untersuchung des Fetus auf die in den streitigen GOP genannten erblichen Krankheiten sei aber keine medizinische Behandlung, mit der eine unmittelbare Gefahr für Leben und körperliche Unversehrtheit des Fetus abgewendet werden solle. Vielmehr finde die vorgeburtliche Untersuchung im Interesse der Mutter statt, ggf. die Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch nach [§ 218a Abs. 2 StGB](#) zu begründen. Für das ungeborene Kind selbst ergäben sich aus der Feststellung der Anlageträgerschaft jedenfalls bis zur Geburt keine therapeutischen Konsequenzen. Die positive Feststellung der Anlageträgerschaft beim ungeborenen Kind sei gerade eine der Voraussetzungen, unter denen die Reichweite der Schutzpflicht des Staates für das ungeborene Leben aufgrund der Grundrechte der Mutter auf Leben und körperliche Unversehrtheit nach [Art. 2 Abs. 2 GG](#) und auf freie Entfaltung ihrer Persönlichkeit nach [Art. 2 Abs. 1 GG](#) aufgrund einer Güterabwägung eingeschränkt sein könne (vgl. BVerfGE, 88, 203-366, Leitsatz 5). Bestehe bei Austragung des Fetus, bei dem die Anlageträgerschaft für eine schwerwiegende erbliche Erkrankung festgestellt ist, die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Mutter und lasse sich diese Gefahr nicht auf andere Weise abwenden, sei der mit Einwilligung der Schwangeren vorgenommene Schwangerschaftsabbruch nicht rechtswidrig ([§ 218a Abs. 2 StGB](#)). Davon ausgehend finde die vorgeburtliche Diagnostik vornehmlich im Interesse der krankenversicherten Mutter statt. Die Verweisung der streitigen GOP auf den Krankheitsfall und die Bestimmung des Krankheitsfalles anhand der Behandlung der krankenversicherten Person seien nicht zu beanstanden. Das Gericht habe auch keinerlei Anhaltspunkte gesehen, dass die Abrechnungsausschlüsse dazu führen würden, dass erbrachte Leistungen nicht angemessen vergütet würden. Insbesondere sei die Funktionsfähigkeit der Versorgung mangels ausreichenden Anreizes, vertragsärztlich tätig zu werden, nicht gefährdet. Weder sei ersichtlich, dass der Fall der Untersuchung von Mutter und Fetus im Rahmen der indikationsbezogenen Stufendiagnostik regelmäßig innerhalb des Krankheitsfalles auftreten und damit der Abrechnungsausschluss greifen würde, noch dass diese Fälle einen so großen Anteil an den gesamten vertragsärztlichen Leistungen der Fachärzte für Humangenetik haben, dass damit eine Gefährdung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch die damit verbundenen Honorarmindereinnahmen verbunden wäre.

Hiergegen hat die Klägerin Berufung zum Bayerischen Landessozialgericht eingelegt. Sie habe die nach EBM erforderlichen formalen Angaben nach Nr. 2 zu Präambel 11.4 EBM - abgesehen von der Patientin C. - gemacht. Denn gemäß Nr. 2 zu Präambel 11.4 EBM seien nur bei prädiktiven und vorgeburtlichen Tests Angaben zum Indexpatienten zu machen, die die Mutation, die Erkrankung und den genetischen Verwandtschaftsgrad enthalten sollen. Indexpatient sei dabei eine erkrankte und genetisch mit dem Versicherten verwandte Person, bei dem die Krankheit auslösende Mutation noch nicht gesichert sein müsse. Die Angaben nach Nr. 2 zur Präambel 11.4 EBM seien aber nur für die jeweils untersuchten Feten notwendig und enthalten. Denn sowohl bei Frau A. als auch bei Frau B. sei bereits der Verdacht auf eine "sonstige spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome" bzw. eine "Muskeldystrophie Typ Duchenne" vermerkt. Es habe sich mithin nicht um einen prädiktiven Test gehandelt, so dass Nr. 2 zur Präambel 11.4 EBM von vornherein nicht einschlägig sei. Die Tests seien als diagnostische Tests durchgeführt worden. Zugleich erfüllten diese Angaben das erste Kriterium der Nr. 2 zu Präambel 11.4 EBM: die Erkrankung. Der genetische Verwandtschaftsgrad sei ebenfalls angegeben. Es handelt sich um die Mutter. Vermerkt sei schließlich auch die Mutation; so finde sich bei Frau A. die Bemerkung "SMN1-Gen" und bei Frau B. die Bemerkung "DMD-Gen". Weitere Angaben seien nicht erforderlich.

Die Begründung der Leistungsausschlüsse, die Abrechnungsbeschränkungen differenzierten nicht danach, ob die Untersuchung bei der Mutter oder dem Fetus durchgeführt werde, überzeuge nicht. Es ergebe sich gerade nicht aus den Kinderrichtlinien, dass jeweils die Mutter, nicht aber das ungeborene oder das neugeborene Kind versichert sei. Nach [§ 10 Abs. 1 SGB V](#) seien versichert der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern. Die Bestimmung enthalte keine Grenze dahingehend, dass der Versicherungsschutz erst nach einigen Tagen oder Wochen beginnen solle. Dass die Untersuchungen U1 und U2 über die Krankenversicherungskarte der Mutter abgerechnet werden können, habe pragmatische Gründe, sage aber nichts über die Versichertenstatus des geborenen bzw. ungeborenen Kindes aus.

Fehl gehe das SG auch, wenn es die These, es handle sich um zwei Krankheitsfälle, mit dem Argument verneine, in Ziff. 3.1 der allgemeinen Bestimmungen zum EBM und in § 21 Abs. 1 BMV-Ä seien keine Anhaltspunkte dafür vorhanden, dass bei der getrennten Untersuchung von Mutter und ungeborenem Kind von zwei Behandlungsfällen auszugehen sei. Nicht die Partner der Gesamtverträge definierten, wann das Leben im Sinne des Grundgesetzes oder des SGB V beginne bzw. dem Individuum subjektiv-öffentliche Rechte im Sinne des Sozialleistungsrechts zustünden. Maßgeblich seien die Wertungen des Gesetzgebers. Entsprechend definiere § 21 BMV-Ä im Behandlungsfall vom Versichertenbegriff des SGB V her. In der verfassungsgerichtlichen Rechtsprechung sei seit langem geklärt, dass sich auch der Nasciturus auf subjektiv-öffentliche Rechte berufen könne. In diesem Sinne sei demnach auch der Begriff des Behandlungsfalles zu definieren, wobei es sich bei Mutter und Kind um zwei Individuen handle, deren Rechte miteinander in Konflikt treten können. Die Untersuchung beantworte auch entgegen der Auffassung des SG nicht lediglich die Frage, ob eine Indikation zum Schwangerschaftsabbruch vorliege, weswegen sie ausschließlich im Interesse der Mutter sei. Außer Acht gelassen werde, dass bei negativen Befunden von einer Abtreibung abgesehen würde und somit die Untersuchung keinesfalls der Sicherung der Indikation zum Schwangerschaftsabbruch gemäß [§](#)

[218 a Abs. 2 StGB](#) diene, sondern zugleich den Interessen und dem Schutz des Kindes.

Im Übrigen würden die Leistungen bei Annahme eines Abrechnungsausschlusses nicht nur nicht angemessen vergütet, sondern vielmehr überhaupt nicht vergütet. Der Abrechnungsausschluss führe dazu, dass eine vollkommen neue Untersuchung, die an einem anderen Material, ja sogar an einer anderen Person durchgeführt werde, nicht unangemessen, sondern überhaupt nicht vergütet werde. Dies sei im EBM einmalig. So werde auch die Amniozentese mit nachfolgender Untersuchung des AFP-Spiegels, der den Nachweis von Neuralrohrdefekten und damit ebenfalls der Indikation eines Schwangerschaftsabbruchs diene, gemäß GOP 01783 erstattet. Entsprechend könne auch die GOP 01793, welche die pränatale zytogenetische Untersuchung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge kodiere, je Fetus einmal im Krankheitsfall berechnet werden. Die zytogenetische Untersuchung der Mutter sei daneben abrechenbar entweder nach der GOP 01838 oder über die GOP 11310 bzw. 11311. Um nichts anderes gehe es beim Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten Mutation beim Fetus nach Kapitel 11 EBM. Die Gestaltung des vorliegenden Falles unterscheide sich vom obigen Beispiel nur dadurch, dass nicht eine Chromosomenanalyse durchgeführt, sondern das Genom selbst auf spezifische Mutationen untersucht werde. Die Untersuchung sei also quasi detaillierter. Es bestehe kein vernünftiger oder sachlicher Grund dafür, dass eine Chromosomenanalyse in letztlich genau derselben Fallgestaltung zweimal abrechenbar sein solle, der Nachweis einer krankheitsrelevanten Mutation jedoch nicht. Vielmehr scheine schlicht der Bewertungsausschuss die Problematik im Fall einer humangenetischen Untersuchung nicht gesehen zu haben.

Die fraglichen GOP des Kapitels 11.4 EBM erfassten auch nicht etwa Leistungskomplexe, vergleichbar mit Pauschalen für präoperative oder postoperative Betreuung und die Operation selbst. Die streitgegenständlichen GOP würden vielmehr eine konkrete Untersuchung abgelten. Vorliegend seien aber zwei Untersuchungen an zwei verschiedenen Personen und sogar an unterschiedlichem Material dieser Personen durchgeführt worden, die beide medizinisch notwendig gewesen seien. Ging es um die Gefahr, dass der Vater die Anlageträgerschaft hätte vererben können, wäre es überhaupt nicht zur Absetzung der GOP gekommen. Der Umstand, dass Untersuchungen am Fetus unabhängig davon, welche Leistungen gegenüber der Mutter bereits erbracht wurden, in jedem anderen Bereich erstattet würden, bei humangenetischen Untersuchungen mit entsprechend höherem Aufwand aber eine Ausnahme gemacht werden solle, sei willkürlich und beruhe nicht auf sachlichen Gründen. Es handle sich auch nicht um eine doppelte Untersuchung bei einer Person, sondern um die Untersuchung von Mutter und Fetus, bei denen unterschiedliche Ergebnisse nicht unwahrscheinlich seien. Der Abrechnungsausschluss des EBM sei daher teleologisch zu reduzieren in dem Sinne, dass er nur dann gelte, wenn es sich um eine humangenetische Untersuchung desselben Patienten handle. Bei einer Mutter und ihrem ungeborenen Kind handle es sich aber um zwei Personen. Der Abrechnungsausschluss sei daher rechtswidrig.

Die Prozessbevollmächtigten der Klägerin beantragen,
das Urteil des Sozialgerichts München vom 17.12.2015, [S 21 KA 210/13](#), aufzuheben und die Richtigstellung zum Honorarbescheid vom 17.8.2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6.2.2013 insoweit aufzuheben, als die GOP 11410 für die Patientin A., die GOP 11370 für die Patientin B. und die GOP 11390 und die GOP 11391 für Patientin C. abgesetzt worden sind und die Beklagte zu verurteilen, die GOP der Klägerin nachzuvergüten und hilfsweise die Revision zum Bundessozialgericht zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung der Klägerin zurückzuweisen.

Die Beklagte hält das Urteil des SG für zutreffend. Hinsichtlich der formalen Kriterien wird ausgeführt, bezüglich der Patientinnen A. und B. handle es sich um prädiktive Untersuchungen. Die Angaben in der Rubrik "Diagnosen" im Abrechnungsfeld der betreffenden Datensatzausdrucke seien der "Fragestellung" des Überweisers geschuldet. Sie gäben das Resultat der prädiktiven Untersuchung wieder und machten diese nicht etwa zu einer diagnostischen Untersuchung, wie die Klägerseite meine. Ziel der genetischen Untersuchung der Patientin A. sei die Abklärung einer Anlageträgerschaft für Erkrankungen oder gesundheitliche Störungen bei Nachkommen gewesen, wie sich aus der von der Klägerin persönlich erstellten Widerspruchsbegründung vom 29.08.2011 ergebe. Gleiches gelte für die Patientin B. ... Laut der Legaldefinition gemäß § 3 Nr. 8b) Gendiagnostikgesetz sei die prädiktive genetische Untersuchung eine genetische Untersuchung mit dem Ziel der Abklärung einer Anlageträgerschaft für Erkrankungen oder gesundheitliche Störungen bei Nachkommen. Eben diese Zielsetzung habe den genetischen Untersuchungen der schwangeren Patientinnen A. und B. zu Grunde gelegen, so dass diese als prädiktiv zu qualifizieren seien. Dies habe zur Folge, dass die Angaben nach Nr. 2 der Präambel 11.4 EBM-Ä (Angaben zum Indexpatient) auch bezüglich der schwangeren Patientinnen erforderlich gewesen seien, nicht nur hinsichtlich der Feten. Zudem seien die abgesetzten Leistungen den Leistungslegenden zufolge nur einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Der Begriff des Krankheitsfalles werde definiert in § 21 Abs. 1 letzter Satz BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1 letzter Satz EKV. Danach umfasst ein Krankheitsfall das aktuelle sowie die nachfolgenden drei Kalendervierteljahre, die der Berechnung der krankheitsfallbezogenen Leistungsposition folgen. In diesen Vorschriften werde durchwegs auf die Behandlung eines "Versicherten" abgestellt, so unter anderem bei der Definition des Terminus "Krankheitsfall". Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung seien jedoch nur die schwangeren Patientinnen und nicht etwa auch ihre Feten. Der Versicherungsschutz der Stammversicherten erstreckte sich zwar nach [§ 10 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) auf die Kinder, nicht jedoch auf die Feten. Denn die Eigenschaft als Kind sei erst mit der Vollendung der Geburt gegeben. Eine teleologische Reduktion hinsichtlich des Abrechnungsausschlusses komme bereits deshalb nicht in Betracht, da diese der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zufolge unzulässig sei. Für die Interpretation vertragsärztlicher Vergütungsbestimmungen sei in erster Linie der Wortlaut der Regelungen maßgeblich. Leistungsbeschreibungen dürften weder ausdehnend ausgelegt noch analog angewendet werden. Die Richtigstellungen seien auch deshalb gerechtfertigt, weil von der Klägerin hinsichtlich der humangenetischen Untersuchung des Fetus die Bindung an den Überweisungsschein außer Acht gelassen wurde. Die Aufträge bzw. Verdachtsdiagnosen in dem die Überweisung betreffenden Teil der vorliegend einschlägigen Datensatzausdrucke bezögen sich nach ihrem objektiven Erklärungswert allein auf die dort bezeichneten Patienten, nicht jedoch zusätzlich auf den Fetus.

Hierauf erwiderte der Klägerbevollmächtigte mit Schriftsatz vom 30.09.2016. Die von der Klägerin vorgenommenen teleologische Reduktion beziehe sich zum einen nicht auf die Leistungsbeschreibung, sondern lediglich auf eine ergänzende Bestimmung, einen Abrechnungsausschluss. Ferner sei festzustellen, dass die von der Klägerin vorgenommene teleologische Reduktion gerade keine analoge Anwendung sei, da sie nicht den Wortsinn überschreite, sondern nur die Anwendbarkeit der Norm einschränke. Wenn die Beklagte die Rechtsfähigkeit des Nasciturus vollkommen abstreite, greife sie damit zu kurz. Der Fall des ungeborenen Kindes sei differenziert zu betrachten. Soweit die Beklagte ausführe, es habe sich bei der Patientin A. um eine prädiktive Untersuchung gehandelt, verkenne sie, dass auch die Abklärung einer Anlageträgerschaft keineswegs zwingend als prädiktive Untersuchung erfolgen müsse. Vielmehr sei die Abklärung der Anlageträgerschaft auch als diagnostischer Test möglich. Entsprechend sei auf dem Überweisungs-/Abrechnungsschein auch das Kreuz

bei "kurativ" gesetzt, was gegen eine prädiktive Untersuchung spreche. Hinsichtlich der Patientin B. seien ausreichende Angaben zum Indexpatient gemacht worden. Durch den Vermerk "Fet" bei der zweiten untersuchten Person könne es sich nur um die Mutter handeln. Die Mutation werde schließlich, und auch das sei vermerkt, im DMD-Gen gesucht.

Beigezogen und zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden die Akten der Beklagten und des Sozialgerichts. Auf den Inhalt der beigezogenen Akten und die Sitzungsniederschrift wird im Übrigen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist nicht begründet. Das Sozialgericht München hat die Klage gegen den Bescheid der Beklagten vom 17.8.2011 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 6.2.2013 zu Recht und mit zutreffender Begründung, der sich der Senat anschließt, zurückgewiesen.

Die in der Berufungsinstanz vorgetragene Argumente führen zu keiner anderen Beurteilung.

Die Klägerin durfte die Streitgegenständlichen Ziffern bereits mangels Einhaltung der formalen Kriterien absetzen. Nach der Präambel zu Kapitel 11.4 EBM setzt die Berechnung dieser GOP unter anderem Folgendes voraus:

- Nr.1: Angabe, ob die Leistung als diagnostischer oder prädiktiver Test, als Untersuchung auf Anlageträgerschaft oder als vorgeburtlicher Test erbracht wurde;
- Nr.2: sofern die Leistung als prädiktiver oder vorgeburtlicher Test erbracht wurde, Angaben zum Indexpatienten oder Begründung, warum keine Angaben erfolgen können.

Eine ausdrückliche Angabe, ob die Leistungen als diagnostischer oder prädiktiver Test, als Untersuchung auf Anlageträgerschaft oder als vorgeburtlicher Test erbracht wurden, fehlte bei allen drei Patientinnen. Dies bestreitet die Klägerin auch nicht. Ihrer Meinung nach sei jedoch eine ausdrückliche Angabe nicht erforderlich, maßgebend sei vielmehr der sachkundige Empfängerhorizont. Dem kann aber nur hinsichtlich einer Untersuchung mit der Angabe "Fet." gefolgt werden, denn eine Untersuchung am Fetus ist naturgemäß immer vorgeburtlich. Anders ist die Notwendigkeit einer ausdrücklichen Angabe der Art des Tests für Untersuchungen bei der Mutter zu sehen. Hier ist allein aus dem Zusammenhang gerade nicht ersichtlich, ob der jeweilige Test als prädiktiver - wie mit Schriftsatz vom 13.10.2014 in erster Instanz von den Klägerbevollmächtigten vorgetragen - oder als diagnostischer Test - wie in der Berufungsinstanz mit Schriftsatz vom 03.06.2016 ausgeführt - durchgeführt wurde. Angaben zum Indexpatienten fehlen bei allen drei Patientinnen auch unter Einbeziehung der Untersuchung des Fetus. Die fehlende Angabe des Indexpatienten ist aber nur dann unschädlich, wenn ein Fall der Nr. 1 der Präambel zu Kap. 11.4 EBM vorliegt, es sich also um einen diagnostischen Test oder um eine Untersuchung auf Anlageträgerschaft gehandelt hat. Dies lässt sich den Behandlungsausweisen aber nicht entnehmen. Vielmehr wurden hierzu selbst von Klägerseite her unterschiedliche Angaben gemacht. Hinzu kommt, dass auch eine Ergänzung der fehlenden Angaben im laufenden Widerspruchsverfahren - wie das SG mit zutreffender Begründung zutreffend ausgeführt hat - nicht zu einer Korrektur der Abrechnung geführt hätte. Die Beklagte durfte die streitigen Ziffern daher mangels ausreichender Angaben nach Nr. 1 und Nr. 2 der Präambel zu Kapitel 11.4 EBM bereits aus formalen Gründen absetzen.

Zudem ist die Leistung nach den streitigen GOP nur einmal im Krankheitsfall abrechenbar. Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG ist für die Auslegung der vertragsärztlichen Gebührenordnung in erster Linie der Wortlaut der Leistungslegende maßgeblich (vgl. zuletzt Urteil vom 26.06.2002 - [B 6 KA 5/02 R](#) - SozR 3-5533 Nr. 505 Nr. 1, mwN). Das vertragliche Regelwerk dient nämlich dem Ausgleich der unterschiedlichen Interessen zwischen Ärzten und Krankenkassen (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr. 5](#) S. 22 ff sowie [SozR 3-5555 § 10 Nr. 1](#) S. 4 (zum zahnärztlichen Bereich)), und es ist vorrangig Aufgabe des Bewertungsausschusses selbst, darin auftretende Ungleichheiten zu beseitigen. Ergänzend ist es statthaft, zur Klarstellung des Wortlauts der Leistungslegende eine systematische Interpretation im Sinne einer Gesamtschau der im inneren Zusammenhang stehenden vergleichbaren oder ähnlichen Gebührenregelungen vorzunehmen (vgl. BSG SozR 3-5533 Nr. 115 Nr. 1 S. 3; vgl. auch SozR aaO Nr.2145 Nr. 1 S. 3). Im eingeschränkten Maße kommt auch eine entstehungsgeschichtliche Auslegung unklarer oder mehrdeutiger Regelungen in Betracht (BSG SozR 3-5535 Nr. 119 Nr. 1 S. 6). Leistungsbeschreibungen dürfen indessen weder ausdehnend ausgelegt noch analog angewandt werden (vgl. BSG SozR 3-5535 Nr. 119 Nr. 1 S. 5; [SozR 3-5555 § 10 Nr. 1](#) S. 4; SozR 3-5533 Nr.2449 Nr. 2 S. 7).

Der Wortlaut des Abrechnungsausschlusses "einmal im Krankheitsfall" ist eindeutig und einer teleologischen Reduktion - wie der Klägerbevollmächtigte meint - nicht zugänglich. Es handelt sich zwar um eine von der Rechtsprechung anerkannte Auslegungsmethode, die eine vom Wortlaut abweichende Auslegung zulässig machen kann. Voraussetzung ist jedoch, dass "die in den Gesetzesmaterialien oder der Gesetzessystematik zum Ausdruck kommende Regelungsabsicht eine analoge oder eingeschränkte Anwendung des Gesetzes auf gesetzlich nicht umfasste Sachverhalte gebietet und deswegen sowie wegen der Gleichheit der zu Grunde liegenden Interessenlage auch der nicht geregelte Fall hätte einbezogen werden müssen" (BSG, Urteil vom 24.10.1984, Az. [6 RKA 36/83](#); LSG für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 10.11.2014, Az. [L 20 AY 29/13](#)). Wie das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG, Urteil vom 25.03.2014, Az. [5 C 13/13](#)) ausführt, muss eine planwidrige Gesetzeslücke vorliegen, die nach dem Plan des Gesetzgebers zu beurteilen ist, der dem Gesetz zu Grunde liegt. Nur wenn eine solche Lücke gegeben ist, ist sie durch Hinzufügung einer dem gesetzgeberischen Plan entsprechenden Einschränkung zu schließen. Für eine solche teleologische Reduktion gibt es jedoch hier keinen Raum. Denn für eine dem beschriebenen Wortlaut entgegenstehende Regelungsabsicht bestehen keine hinreichenden Anhaltspunkte. Insbesondere zeigen gerade die vom Klägerbevollmächtigten genannten Abrechnungsmöglichkeiten von am Fetus bzw. dem Fruchtwasser vorgenommenen Untersuchungen neben Untersuchungen an der Schwangeren, dass der Normgeber diese Möglichkeiten der "Nebeneinanderabrechnung" von Leistungen im Rahmen der Schwangerschaft bzw. Mutterschaftsvorsorge sehr wohl gesehen hat. Für das Vorliegen einer planwidrigen Regelungslücke bestehen daher keine Anhaltspunkte.

Der Krankheitsfall ist auch nicht auf ein eigenständiges Abrechnungssubjekt "Fetus" auszudehnen. Versicherte ist die Schwangere, familienversichert nach [§ 10 SGB V](#) kann ein Kind frühestens mit der Geburt werden. Denn erst ab der Geburt ist es rechtsfähig im Sinne von [§ 1 BGB](#). Soweit der Prozessbevollmächtigte auf die - zweifelsohne in bestimmten Bereichen bestehenden - Rechte des Nasciturus abstellt, trifft dies aber nicht auf eigene Leistungsansprüche des Nasciturus gegenüber der GKV zu. Daraus folgt, dass auch der Vertragsarzt bei am Nasciturus vorgenommenen Leistungen nur dann einen Anspruch auf zusätzliche Vergütung hat, soweit dies ausdrücklich im EBM bestimmt

ist. Für die hier abgerechneten Leistungen trifft dies aber gerade nicht zu, da sie nach dem eindeutigen Wortlaut der Vorschriften nur einmal im Krankheitsfall - unabhängig davon, ob Mutter oder Fetus untersucht wurden - abrechenbar sind. Der Krankheitsfall bezieht sich nur auf die Schwangere selbst. Einen weiteren - eigenständigen - Krankheitsfall für den Nasciturus sieht der EBM nicht vor.

Die Kostenentscheidung stützt sich auf [§ 197a SGG](#) iVm. [§ 154 Abs. 2 VwGO](#).

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht erkennbar ([§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2019-07-05