

L 5 KA 3569/10

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

5
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 11 KA 6559/08

Datum
17.06.2010
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KA 3569/10

Datum
29.08.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 17.6.2010 wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert wird für beide Rechtszüge auf 19.721,79 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Der Kläger wendet sich gegen die sachlich-rechnerische Berichtigung bzw. Rückforderung von Vertragsarzthonorar für Präventionsleistungen für die Quartale 1/04 bis 4/06 in Höhe von 19.721,79 EUR.

Der Kläger nimmt als Facharzt für Allgemeinmedizin in G. an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Die Beklagte führte eine sachlich-rechnerische Prüfung abgerechneter Leistungen wie folgt durch:

Gebührennummer (GNR) Leistungsbeschreibung Anspruchszeitraum

160 EBM 96 01732 EBM 2000plus Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gem. Abschn. B 1. der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien Jedes zweite Kalenderjahr auch in Verbindung mit der GNR 161 bzw. 162 EBM 96 162 EBM 96 Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gem. Abschn. B 1. der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien und Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankung beim Mann Jedes zweite Kalenderjahr auch in Verbindung mit der GNR 160 EBM 96

Die Untersuchungen sollen sich nach Abschnitt A 2. Gesundheitsuntersuchungsrichtlinie insbesondere auf die Früherkennung von Herz - Kreislaufkrankungen, Nierenerkrankungen und den Diabetes Mellitus erstrecken. Dabei soll ein vollständiger Ganzkörperstatus erhoben und durch eingehende Anamneseerhebung und Laboratoriumsuntersuchungen ergänzt werden (Abschnitt B Nr. 1-3 Gesundheitsuntersuchungsrichtlinie).

Mit Bescheid vom 19.7.2007 strich die Beklagte 173 Leistungen des Klägers nach GNR 160 EBM 96, 458 nach GNR 01732 EBMplus und 4 nach GNR 162 EBM 96 im Umfang von insgesamt 19.721,79 EUR im Wege der sachlich-rechnerischen Berichtigung. Zur Begründung führte sie aus, die Überprüfung der Abrechnungen habe gezeigt, dass eine oder mehrere der genannten GNRN innerhalb der gesetzlichen und/oder vertraglich vorgeschriebenen Anspruchszeiträume mehr als einmal abgerechnet worden seien. Grundsätzlich sei dabei der erste Ansatz einer GNR im Prüfzeitraum 1/04 bis 2/06 (GNRN 9857 bzw. 99857 bis 4/06) als berechtigt gewertet worden; davon ausgehend seien die Folgeansätze auf die Einhaltung der Abrechnungsfristen überprüft worden. Eventuell erforderliche Korrekturen habe man dabei ggf. im Hinblick auf weitere Ansätze zu Gunsten des Klägers berücksichtigt. Die betroffenen Behandlungsfälle (Patientennamen mit Geburtsdatum), die jeweils falsch abgerechnete(n) Leistung(en) sowie die entsprechende(n) Häufigkeit(en) der Fehlsätze sind dem Bescheid als Anlage beigefügt.

Unter dem 20.9.2007 übersandte die Beklagte dem Kläger ergänzend eine detaillierte Liste "Präventionsleistungen/Streichungen" mit Namen der Patienten, persönlichen Daten der Patienten, Zahl und GNR der Streichungen einschließlich der betroffenen Quartale.

Der Kläger erhob Widerspruch. Er trug vor, die Vorsorgeuntersuchungen habe er bei den betroffenen Patienten wegen ihres Beschwerdekomplexes und ihren Wünschen und der medizinischen Notwendigkeit erbracht. Den Patienten sei sogar von ihren

Krankenkassen empfohlen worden, beim Hausarzt Gesundheitsuntersuchungen zur Vorbeugung gegen Krankheiten durchführen zu lassen. In den Fortbildungen der Beklagten habe man den Ärzten mitgeteilt, dass die Hausärzte eine neuerliche Gesundheitsuntersuchung bei den Patienten schon vor Ablauf von zwei Jahren durchführen müssten, wenn dies medizinisch notwendig sei. Er beabsichtige, den betroffenen Patienten im Nachhinein eine Privatrechnung auszustellen, benötige dafür aber die genauen Untersuchungsdaten.

Mit Widerspruchsbescheid vom 1.9.2008 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Zur Begründung führte sie aus, sowohl in [§ 25 Abs. 1](#) und 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) als auch in den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien sei festgelegt, dass Versicherte, die das 35. Lebensjahr vollendet hätten, jedes 2. Jahr eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere zur Früherkennung von Herz-/Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit in Anspruch nehmen dürften. Eine erneute Gesundheitsuntersuchung sei daher jeweils erst nach Ablauf der genannten Fristen möglich. Zwischen den Untersuchungen müssten keine vollen zwei Kalenderjahre liegen. Ein Check-up im 1. Quartal 2005 könne frühestens im 1. Quartal 2007 erneut in Anspruch genommen werden. Ein im 4. Quartal 2005 in Anspruch genommener Check-up könne ebenfalls im 1. Quartal 2007 erneut beansprucht werden. Sofern die Leistung nach den GNRN 160 bis 162 EBM 96 bzw. 01732 EBM 2000plus mehrmals innerhalb von zwei Kalenderjahren abgerechnet worden sei, könne man die Abrechnung nur ein Mal anerkennen. Die Maßnahmen sollten zur Früherkennung der betreffenden Krankheiten, insbesondere von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenerkrankungen und des Diabetes mellitus, unter Einbezug der jeweils relevanten Risikofaktoren dienen. Gefahren für die Gesundheit der Anspruchsberechtigten sollten dadurch abgewendet werden, dass aufgefundene Verdachtsfälle eingehend diagnostiziert, erkannte Krankheiten rechtzeitig einer Behandlung zugeführt und Änderungen gesundheitsschädigender Verhaltensweisen frühzeitig bewirkt würden.

Am 30.9.2008 erhob der Kläger Klage beim Sozialgericht Stuttgart. Er trug vor, es habe der üblichen Vorgehensweise der Beklagten entsprochen, dass eine zweite Vorsorgeuntersuchung auch innerhalb des Zwei-Jahres-Zeitraums honoriert werde. Entsprechendes sei den Ärzten beim Einführungslehrgang für die kassenärztliche Tätigkeit vermittelt worden. Daher verwundere es, dass die Beklagte ihre eigene Abrechnungspraxis Jahre später korrigiere. Die Ausführungen in den angefochtenen Bescheiden seien nicht geeignet, Klarheit über die Abrechnungsfähigkeit der Vorsorgeleistungen herzustellen. Die aufgegriffenen Fälle seien lediglich nach den Namen der Patienten aufgeführt. Es würden aber weder Datum noch Zeitdauer der kürzungsrelevanten Untersuchungen detailliert bezeichnet. Aus den Bescheiden ergäben sich somit keine nachprüfbaren Hinweise hinsichtlich der Berechtigung der vorgenommenen Kürzungen und der Einhaltung der Zweijahresfrist. Durch die nicht zeitnah erfolgte Überprüfung, Richtigstellung und Aufklärung der nunmehr angeblich falschen Abrechnungsweise erleide er einen erheblichen Vermögensschaden, da er aufgrund der zwischenzeitlich eingetretenen Verjährung die (als vertragsärztliche Leistung erbrachten) Untersuchungen den Versicherten nicht mehr im Nachhinein als privatärztliche Leistung in Rechnung stellen könne.

Die Beklagte trug ergänzend vor, man habe die GNRN 160 EBM 96 173 Mal, die GNR 162 EBM 96 vier Mal und die GNR 01732 EBM 2000plus 458 Mal sachlich-rechnerisch berichtigt. Der Kläger könne sich nicht darauf berufen, die Richtigstellungen hätten in den Jahren 2004 bis 2006 erfolgen müssen. Nach der Rechtsprechung des BSG gelte für sachlich-rechnerische Richtigstellungen eine vierjährige Ausschlussfrist, innerhalb derer Richtigstellungsbescheide der Beklagten ergehen könnten. Die Ausschlussfrist beginne mit dem Tag, nach dem gemäß [§ 37 Abs. 2](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) zu bestimmenden Bekanntgabe des Honorarbescheides für das jeweilige Quartal. Der Honorarbescheid für das am weitesten zurückliegende Quartal 1/04 sei im Juli 2004 ergangen. Die vierjährige Ausschlussfrist sei somit durch den Erlass des Bescheides vom 19.7.2007 für alle Quartale gewahrt. Bei den in Rede stehenden Leistungen handele es sich um reine Präventionsleistungen. Früherkennungsuntersuchungen dürften lediglich im Rahmen der Vorsorge und nicht bei Vorhandensein eines Beschwerdekomplices oder im Rahmen der medizinischen Notwendigkeit durchgeführt werden. Beim Auftreten von Beschwerden liege ein kurativer Behandlungsfall vor, bei dem auch lediglich kurative Leistungen abgerechnet werden dürften. Insoweit sei das Vorbringen des Klägers zu angeblichen Äußerungen auf Fortbildungsveranstaltungen nicht nachvollziehbar. Sowohl die Leistungslegenden der GNRN 160, 162 EBM 96 und 01732 EBM 2000plus als auch die allgemeinen Bestimmungen zur Prävention (Kap. B IX EBM 96 sowie Ziffer 1.7 EBM 2000plus) verwiesen auf die Regelungen der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien. Im Hinblick darauf sei die Begründung des Widerspruchsbescheides zutreffend.

Der Kläger könne sich nicht auf Vertrauensschutz berufen. Eine Zusicherung habe sie nicht abgegeben. Unerheblich sei auch, dass Leistungen in den Vorquartalen unbeanstandet in die Abrechnung übernommen worden seien (vgl. BSG, Urt. v. 8.2.2006, - [B 6 KA 12/05 R](#) -; Urt. v. 14.12.2005 - [B 6 KA 17/05 R](#) -). Vertrauensschutz folge auch nicht aus ihrem Schreiben vom 13.6.2007, mit dem sie den Kläger aufgefordert habe, diverse Behandlungsfälle für zurückliegende Quartale einzureichen. Diese Aufforderung sei im Rahmen einer Plausibilitätsprüfung für das Quartal 1/07 erfolgt. Mit Schreiben vom 15.11.2007 sei dem Kläger die Plausibilität seiner Abrechnung für das Quartal 1/07 mitgeteilt worden. Vorliegend handele es sich jedoch um sachlich-rechnerische Berichtigungen von Präventionsleistungen für die Quartale 1/04 bis 4/06.

Aufklärungspflichten habe sie ebenfalls nicht verletzt. Sie müsse den Kläger nicht auf die Abrechenbarkeit bzw. Nichtabrechenbarkeit sämtlicher GNRN sowie auf eindeutig geregelte Abrechnungsausschlüsse, die jeder Vertragsarzt durch Lesen der entsprechenden Vorschriften selbst erkennen könne, hinweisen. Jedem Vertragsarzt müssten die einschlägigen Vorschriften bekannt sein. Er könne sich insoweit nicht auf Unwissen berufen. Die Leistungslegenden der GNRN 160, 162 EBM 96 sowie der GNR 01732 EBM 2000plus und die allgemeinen Bestimmungen zu den Präventionsleistungen verwiesen auf die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien. In den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien sei eindeutig geregelt, wie oft eine Früherkennungsuntersuchung abgerechnet werden dürfe. Dem Kläger hätte somit die Abrechnungshäufigkeit der Präventionsleistungen hinreichend bekannt sein müssen.

Der Kürzungsbescheid sei auch ausreichend begründet i. S. d. [§ 35 SGB X](#) (vgl. BSG, Urt. v. 9.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) -). Aus dem Bescheid vom 19.7.2007 könne entnommen werden, bei welchen Patienten welche Leistungen wie oft und aus welchem Grund gekürzt worden seien. Die Angabe der genauen Behandlungsdaten sei entbehrlich, da diese dem Kläger aus seinen eigenen Unterlagen bekannt seien.

Mit Urteil vom 17.6.2010 wies das Sozialgericht die Klage ab. Zur Begründung führte es aus, die angefochtenen Bescheide seien rechtmäßig. Die (hierfür zuständige) Beklagte habe das Honorar des Klägers zu Recht sachlich-rechnerisch berichtigt. Die hierfür geltende vierjährige Ausschlussfrist (vgl. BSG, Urt. v. 28.3.2007, - [B 6 KA 26/06 R](#) -) sei gewahrt. Der Kürzungsbescheid sei ausreichend begründet. Bei Honorarbescheiden dürften die Anforderungen an die Darlegungen und Berechnungen nicht überspannt werden, da sie sich an einen sachkundigen Personenkreis richteten, der mit den Abrechnungsvoraussetzungen vertraut sei bzw. zu dessen Pflichten es gehöre, über die

Grundlagen der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen Bescheid zu wissen (vgl. BSGE 74, 70, 75 und BSG SozR 4-2500 § 106 Nr. 2 Rdnr. 11 - zu Bescheiden im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung; ebenso BSG SozR 3-2500 § 85 Nr. 46 S 384 f.; SozR 4-2500 § 72 Nr. 2). Die Beklagte dürfe auch hinsichtlich der Honorarberechnung entsprechende Kenntnisse, welche von ihr regelmäßig durch Rundschreiben oder anderweitige Veröffentlichungen unter allen Vertragsärzten verbreitet würden, voraussetzen und die Begründung ihrer Honorarbescheide hierauf einstellen. Im Hinblick hierauf sei es nicht notwendig, alle für die Festlegung einer Honorarbegrenzungsmaßnahme wesentlichen Umstände, Zahlen und Beträge im Einzelnen im Bescheid aufzuführen. Daher genüge es, dass der angefochtene Berichtigungsbescheid Art und Zahl der gestrichenen GNRN bezeichne und in der Anlage des Bescheids die betroffenen Behandlungsfälle unter Nennung der Namen und Geburtsdaten sowie Art und Zahl der gestrichenen GNRN aufführe. Das Datum der kürzungsrelevanten Untersuchungen und der zeitliche Abstand zu der zuletzt bei diesen Patienten erfolgten Gesundheitsuntersuchungen müsse der Kläger aus seiner Patientenkartei entnehmen (können). Zudem habe die Beklagte dem Kläger im Widerspruchsverfahren unter dem 20.9.2007 eine ergänzende detaillierte Auflistung übersandt.

Die Streichung der entgegen den Vorgaben der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien durchgeführten Präventionsleistungen sei auch inhaltlich nicht zu beanstanden. Der Kläger habe die beanstandeten Leistungen unter Verstoß gegen Vorschriften über formale Voraussetzungen der Leistungserbringung durchgeführt und abgerechnet. Er habe die im Gesetz (§ 25 Abs. 1 Satz 1 SGB V) bzw. in den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien festgelegten zeitlichen Vorgaben für Untersuchungen zur Früherkennung häufig auftretender Krankheiten nicht beachtet, indem er diese nicht nur jedes zweite Jahr durchgeführt habe, sondern häufiger, in einigen Fällen sogar in direkt aufeinander folgenden Quartalen. Die einschlägigen Regelungen hätten dem Kläger bekannt sein müssen; die Beklagte müsse ihn hierüber nicht aufklären. Sollte tatsächlich auf einer Fortbildungsveranstaltung (im Jahr 1993) eine falsche Auskunft erteilt worden sein, begründete dies keinen Vertrauensschutz. Das gelte auch hinsichtlich in der Vergangenheit unbemerkt und unbeanstandet gebliebener gleichartiger Falschabrechnungen. Dass der Kläger eine große Praxis (1.905 Fälle (Quartal 2/05)) mit hohem Ausländeranteil führe, sei rechtlich unerheblich; Praxisbesonderheiten seien bei sachlich-rechnerischen Berichtigungen nicht von Belang.

Auf das ihm am 5.7.2010 zugestellte Urteil hat der Kläger am 1.8.2010 Berufung eingelegt. Er bekräftigt sein bisheriges Vorbringen und trägt vor, auch nach Auffassung der Beklagten könne eine erneute Gesundheitsuntersuchung im Anschluss an einem im Quartal 4/2005 in Anspruch genommenen Check-up nach Ablauf des auf die vorangegangene Gesundheitsuntersuchung, also auf die im Quartal 4/2005 durchgeführte Gesundheitsuntersuchung, folgenden Kalenderjahres, also nach Ablauf des auf das Quartal 4/05 folgenden Kalenderjahres 2006 abgerechnet werden, weshalb zwischen zwei durchgeführten Gesundheitsuntersuchungen faktisch ein Jahr liegen könne. Eine Bezugnahme auf die im Bescheid vom 19.7.2007 nicht aufgeführten Patientennamen sei unzulässig, da es Divergenzen zu der ihm (zusätzlich) übersandten Aufstellung gebe (A., S.; A. M.; A. R.; A. A.; A. F.; A. D.; A. H.; A. S.; A. V.; A. T.-M.; A. O.; A. A.; A. S.; A. A.-M.; A. V.; Al. M.; A. N.; A. R.; A. S.; A. Z.; A. S.; A. D.; A. K.; A. N.; A. S.; A. F.; A. M.; A. N.; A. D.; A. Y.; B. M.; B. A.; B. A.; B. M.; B. Y.; B. R.; B. M.; B. H.; B. H.; B. N.; B. E.; B. N.; B. A.; B. A.; B. N.; u.a.). Die Beklagte habe im Widerspruchsverfahren durch Aufzählung vieler im Bescheid vom 19.7.2007 nicht genannter Patienten die Begründung des Ausgangsbescheids zu Unrecht ergänzt.

Die von der Beklagten zu Unrecht vorgenommenen Kürzungen seien wie folgt aufzulisten: - A., S.; geb. 1941 Während im Bescheid bezüglich der Patientin S. A. eine Kürzung der Leistung mit der GNR 160 EBM 96 beschieden werde, sei die Patientin in der Auflistung vom 20.9.2007 mit 3 Kürzungen, zweimal GNR 160 EBM 96 und dreimal GNR 1732 EBM 2000plus aufgeführt, so dass er der Begründung des angefochtenen Bescheids nicht entnehmen könne, welche der Honorarkürzungen berücksichtigt worden sei.

- A. D., geb. 1944: Bei dem Patienten D. A. seien in der Auflistung vom 20.9.2007 zwei Vorsorgeuntersuchungen nach GNR 160 EBM 96 ausgewiesen, welche im 3. Quartal und im 4. Quartal des Jahres 2004 erbracht worden sein sollten. Es würden zwei Kürzungen und nicht nur eine Kürzung vorgenommen.

- A., S., geb. 1948: Die bei der Patientin nach GNR 160 EBM 96 (durchgeführt im Quartal 4/04) sowie GNR 01732 EBM 2000plus (durchgeführt im Quartal 4/05) vorgenommenen Untersuchungen seien gleichgesetzt und eine der beiden Untersuchungen sei zu Unrecht gestrichen worden. Das gelte auch für folgende Patienten: A., V., geb. 1968 A., M., geb. 1969 A., Z., geb. 1967 A., S., geb. 1954 A., D., geb. 1959 A., K., geb. 1953 A., N., geb. 1958 A., S., geb. 1955 A., F., geb. 1956 A., M., geb. 1953 A., D., geb. 1961 A., Y., geb. 1964 B., M., geb. 1955 B., A., geb. 1948 B., A., geb. 1957 B., Y., geb. 1968 B., M., geb. 1965 B., A., geb. 1945 B., H., geb. 1941 B., E., geb. 1947 B., N., geb. 1936

Bei manchen Patienten (A., B.) sei keine Untersuchung mit der GNR 01732 EBM 2000plus honoriert worden, da sie zu Unrecht gleichgesetzt worden sei mit der Untersuchung der GNR 160 EBM 96. Von drei vorgenommenen Untersuchungen verschiedenen Inhalts seien zwei in der Honorarberechnung kürzend berücksichtigt worden. Die geschilderte Vorgehensweise habe die Beklagte bei einer Vielzahl weiterer Patienten angewendet.

A., H., geb. 1941: Bei diesem Patienten seien bei 3 Vorsorgeuntersuchungen 4 Honorarkürzungen vorgenommen worden.

A., M., geb. 1947: Bei dieser Patientin seien Vorsorgeuntersuchungen mit der GNR 160 EBM 96 in den Quartalen 1/04 sowie 4/04 sowie mit der GNR 01732 EBM 2000plus in den Quartalen 4/05 sowie 2/06 durchgeführt worden. Bei insgesamt 4 durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen mit verschiedenen GNRN habe die Beklagte 4 Kürzungen vorgenommen.

Diese Beispiele seien prägend für den Kürzungsbescheid. Weder stimmten die Patientennamen im Bescheid vom 19.7.2007 (Anlage) mit den Namen in der Auflistung vom 20.9.2007 überein, noch gebe es eine sich an die Anzahl der vorgenommenen Vorsorgeuntersuchungen bei den einzelnen Patienten orientierende Honorarkürzung. In vielen Fällen übersteige die Anzahl der Honorarkürzungen die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen. Er könne die Kürzung insgesamt nicht nachvollziehen.

Die Rechtsprechung des BSG zu der für sachlich-rechnerische Berichtigungen geltenden Ausschlussfrist von 4 Jahren beeinträchtige ihn unangemessen in seiner Berufsausübung. Er könne den Versicherten die (vertragsärztlich erbrachten) Leistungen im Hinblick auf die zivilrechtliche Verjährungsfrist im Nachhinein nicht mehr als privatärztliche Leistungen in Rechnung stellen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 17.6.2010 und den Bescheid der Beklagten vom 19.7.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 1.9.2008 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie trägt ergänzend vor, hinsichtlich der GNRN. 157 und 158 EBM 96 seien keine Berichtigungen vorgenommen worden. Man habe 173 Ansätze der GNR 160 EBM 96, 4 Ansätze der GNR 162 EBM 96 und 458 Ansätze der GNR 01732 EBM 2000plus berichtigt. Die vierjährige Ausschlussfrist bei sachlich-rechnerischen Berichtigungen verletze die Berufsausübungsfreiheit der Vertragsärzte nicht, zumal die nachträgliche Ausstellung von Privatrechnungen unzulässig wäre (§ 18 Abs. 8 BMV-Ä bzw. § 21 Abs. 8 EKV-Ä). In den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien sei in Teil A. Ziffer 7 festgelegt, dass die Versicherten jedes zweite Jahr Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung hätten und eine erneute Gesundheitsuntersuchung daher jeweils nach Ablauf des auf die vorangegangene Gesundheitsuntersuchung folgenden Kalenderjahres möglich sei. Sie habe die angefochtenen sachlich-rechnerischen Berichtigungen unter Beachtung dieser Maßgaben vorgenommen.

Die Behauptungen des Klägers zu Namensdiskrepanzen zwischen Kürzungsbescheid (Anlage) und der unter dem 20.9.2007 übersandten Auflistung trafen nicht zu. Alle vom Kläger hierfür benannten Patienten seien im Bescheid vom 19.7.2007 (Anlage) benannt. Hinsichtlich der Patientin A., S. sei in der Anlage zum Bescheid vom 19.7.2007 eine zweimalige Absetzung der GNR 01732 EBM 2000plus und eine einmalige Absetzung der GNR 160 EBM 96 aufgeführt (vgl. S. 26 und 32 der Verwaltungsakte). Aus der mit Schreiben vom 20.9.2007 überlassenen Auflistung seien alle Ansätze der Präventionsleistungen ersichtlich. Die berichtigten Ansätze ließen sich leicht nachvollziehen. Lediglich bei den gekürzten GNRN seien die Spalten VGR, Bereich, LB-GO, Punktwert, Honorar befüllt. Zusätzlich habe man die berichtigten Ansätze angekreuzt. So sei dem Kläger die im Quartal 1/2004 erbrachte GNR 160 EBM 96 belassen worden. Den Ansatz dieser GNR im Quartal 4/2004 habe man gestrichen. Weiterhin habe man die GNR 01732 EBM 2000plus in den Quartalen 2/2005 und 4/2005 gestrichen. Die im Quartal 2/2006 erbrachte Leistung nach der GNR 01732 EBM 2000plus sei dem Kläger wiederum belassen worden. Die Absetzungen stimmten also in beiden Auflistungen exakt überein.

Die Kürzungen seien materiell rechtmäßig. Da die Leistung nach GNR 160 EBM 96 im Quartal 1/2004 abgerechnet worden sei, sei eine erneute Abrechnung nach den einschlägigen Regelungen der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien frühestens im Quartal 1/2006 wieder möglich. Die in den Quartalen 4/2004, 2/2005 und 4/2005 erbrachten Präventionsleistungen seien daher zu streichen. Leistungsinhalte und Abrechnungsvoraussetzungen der GNRN 160 EBM 96 und 01732 EBM 2000plus seien identisch. Der Kläger habe die in Rede stehenden Leistungen entgegen der Vorgaben der einschlägigen Richtlinien nicht nur jedes 2. Jahr, sondern häufiger abgerechnet.

Bei dem Patienten A., D. habe man die GNR 160 EBM 96 einmal gestrichen. Aus der mit Schreiben vom 20.9.2007 übersandten Auflistung gehe hervor, dass die GNR 160 EBM 96 lediglich im Quartal 4/2004 abgesetzt worden sei, nachdem der Kläger diese Leistung bereits im Quartal 3/2004 abgerechnet habe. Bei der Patientin A., S. sei entgegen den Ausführungen des Klägers die GNR 160 EBM 96 im Quartal 4/2004 nicht gestrichen worden. Aus der genannten Auflistung gehe hervor, dass die GNR 160 EBM 96 im Quartal 4/2004 nicht abgesetzt, die im Quartal 4/2005 abgerechnete GNR 01732 EBM 2000plus hingegen gestrichen worden sei, da sie erst im Quartal 1/2006 hätte abgerechnet werden dürfen. Diese Streichung sei ebenfalls in der Anlage des Bescheids vom 19.7.2007 aufgeführt. Inwieweit bei dem Patienten A., H. 4 Honorarkürzungen vorgenommen worden sein sollen, erschließe sich ihr nicht. In der Auflistung zum Bescheid vom 19.7.2007 sei lediglich eine Streichung der GNR 160 EBM 96 und eine Streichung der GNR 01732 EBM 2000plus dokumentiert. Gleiches ergebe sich aus der mit Schreiben vom 20.9.2007 übersandten Aufstellung. Aus dieser sei ersichtlich, dass der Ansatz der GNR 160 EBM 96 im Quartal 1/2004 nicht gekürzt worden sei. Die GNR 160 EBM 96 sei nur im Quartal 4/2004 und die GNR 01732 EBM 2000plus im Quartal 4/2005 gestrichen worden. Ebenso wenig gebe es 4 Kürzungen bei der Patientin A., M ... Aus dem Bescheid vom 19.7.2007 (wie der nachträglich übersandten Auflistung) ließen sich die einmalige Absetzung der GNR 160 EBM 96 sowie die einmalige Absetzung der GNR 01732 EBM 2000plus entnehmen. Dem Kläger sei die GNR 160 EBM 96 im Quartal 1/2004 und die GNR 01732 EBM 2000plus im Quartal 2/2006 belassen worden. Abgesetzt habe man die GNR 160 EBM 96 lediglich einmal im Quartal 4/2004 und die GNR 01732 EBM 2000plus einmal im Quartal 4/2005. Ähnlich verhalte es sich auch bei den übrigen, vom Kläger angeführten Patienten. Hier sei wie folgt vorgegangen worden: A., V.: GNR 160 EBM 96 in 1/04 vergütet, GNR 01732 in 3/05 abgesetzt A., M.: GNR 160 EBM 96 in 4/04 vergütet, GNR 01732 in 2/05 abgesetzt A., Z.: GNR 160 EBM 96 in 1/05 vergütet, GNR 01732 in 1/06 abgesetzt A., S.: GNR 160 EBM 96 in 1/05 vergütet, GNR 01732 in 1/06 abgesetzt A., D.: GNR 160 EBM 96 in 3/04 vergütet, GNR 01732 in 2/05 abgesetzt A., K.: GNR 160 EBM 96 in 1/05 vergütet, GNR 01732 in 1/06 abgesetzt A., N.: GNR 160 in 3/04 vergütet, GNR 01732 in 2/05 und 4/05 abgesetzt A., S.: GNR 160 EBM 96 in 4/04 vergütet, GNR 01732 in 2/05 abgesetzt A., F.: GNR 160 EBM 96 in 4/04 vergütet, GNR 01732 in 2/05 abgesetzt A., M.: GNR 160 EBM 96 in 4/04 vergütet, GNR 01732 in 2/05 abgesetzt A., D.: GNR 160 EBM 96 in 1/04 vergütet, GNR 01732 in 4/05 abgesetzt A., Y.: GNR 160 EBM 96 in 1/04 vergütet, GNR 01732 in 2/05 abgesetzt B., M.: GNR 160 EBM 96 in 1/05 vergütet, GNR 01732 in 4/05 abgesetzt B., A.: GNR 160 EBM 96 in 1/05 vergütet, GNR 01732 in 3/05 und 2/06 abgesetzt B.; A.: GNR EBM 96 160 in 4/04 vergütet, GNR 01732 in 4/05 abgesetzt B., Y.: GNR 160 EBM 96 in 1/04 vergütet, GNR 01732 in 2/05 abgesetzt B., M.: GNR 160 EBM 96 in 3/04 vergütet, GNR GNR 160 in 1/05 und GNR 01732 in 4/05 abgesetzt B., A.: GNR 160 EBM 96 in 2/04 vergütet, GNR 160 in 4/04 und GNR 01732 in 2/05 abgesetzt B., H.: GNR 160 EBM 96 in 4/04 vergütet, GNR 01732 in 4/05 abgesetzt B., E.: GNR 160 EBM 96 in 1/04 vergütet, GNR 160 in 1/05 und GNR 01732 in 3/05 abgesetzt B., N.: GNR 160 EBM 96 in 1/04 vergütet, GNR 01732 in 3/05 abgesetzt

Auch in allen diesen Fällen stimmten die Absetzungen aus der Auflistung im Bescheid vom 19.7.2007 (Anlage) mit der mit Schreiben vom 20.9.2007 übersandten Auflistung überein. Die gegenteiligen Behauptungen des Klägers seien unzutreffend; das gelte auch für die Behauptung, in vielen Fällen übersteige die Anzahl der Honorarkürzungen die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen.

Der Kläger beharrt in seiner abschließenden Stellungnahme zur Berufungserwidern der Beklagten darauf, man habe ihm mit der Honorarkürzung (erst) im Jahr 2007 die Möglichkeit genommen, die Leistungen privat abzurechnen, weshalb ihm ein Vermögensschaden entstanden sei.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des Sozialgerichts und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist gem. [§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) bei einem Kürzungsbetrag von 19.721,79 EUR ohne Zulassung durch das Sozialgericht statthaft und auch sonst zulässig. Sie ist aber nicht begründet. Die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig.

I. 1.) Rechtsgrundlage des angefochtenen Kürzungsbescheids ist [§ 106 a Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V](#), der durch Artikel 1 Nr. 83 des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) vom 14. November 2003 ([BGBl. I 2190](#), 2217) mit Wirkung vom 1. Januar 2004 in das SGB V eingefügt worden und seitdem unverändert geblieben ist. Danach stellt die Kassenärztliche Vereinigung die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte fest. Durch die Einfügung von [§ 106 a](#) in das SGB V besteht nunmehr eine unmittelbare gesetzliche Grundlage für sachlich-rechnerische Richtigstellungen. Die Regelung knüpft inhaltlich an die Regelungen an, die schon bisher in untergesetzlichen Vorschriften verankert waren (§ 45 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 BMV-Ä und § 34 Abs. 4 Satz 1 und 2 EKV-Ä). Während bislang das Richtigstellungsverfahren von Amts wegen oder auf Antrag einer Krankenkasse durchgeführt werden konnte, ist die Beklagte nach neuem Recht - unabhängig von einem weiterhin möglichen Antrag - zu einem Tätigwerden von Amts wegen verpflichtet (BSG, Urteil vom 05.11.2008 - [B 6 KA 1/08 R](#) -, veröffentlicht in Juris).

Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen des Vertragsarztes zielt auf die Feststellung, ob die Leistungen rechtmäßig, also im Einklang mit den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen - mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebots - abgerechnet worden sind. Festzustellen ist, ob die Abrechnungen mit den Abrechnungsvorgaben des Regelwerks, also mit den Einheitlichen Bewertungsmaßstäben, den Honorarverteilungsverträgen sowie weiteren Abrechnungsbestimmungen übereinstimmen oder ob zu Unrecht Honorare angefordert werden (BSG, Urteil vom 05.11.2008 [a.a.O.](#)). Die Befugnis der K. V. zur Richtigstellung bedeutet im Umfang der vorgenommenen Korrekturen eine teilweise Rücknahme des ursprünglichen Honorarbescheides. Eine nach den Bestimmungen zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung rechtmäßige (Teil-)Aufhebung des Honorarbescheids mit Wirkung für die Vergangenheit löst nach [§ 50 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#), der Grundnorm des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs für den gesamten Bereich des Sozialrechts, eine entsprechende Rückzahlungsverpflichtung des Empfängers der Leistung aus (BSG, Urteil vom 14.12.2005 - [B 6 KA 17/05 R](#) -, veröffentlicht in Juris).

2.) Gem. [§ 25 Abs. 1 SGB V](#) haben Versicherte, die das fünfunddreißigste Lebensjahr vollendet haben, jedes zweite Jahr Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit. Versicherte haben höchstens einmal jährlich Anspruch auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen, Frauen frühestens vom Beginn des zwanzigsten Lebensjahres an, Männer frühestens vom Beginn des fünfundvierzigsten Lebensjahres an ([§ 25 Abs. 2 SGB V](#)). Gem. [§ 25 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach [§ 92 SGB V](#) (u.a.) das Nähere über Art und Umfang der Untersuchungen.

In den auf der Grundlage des [§ 95 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) beschlossenen Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien ist unter Abschnitt A Nr. 7 festgelegt, dass die Versicherten jedes zweite Jahr Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung haben. Eine erneute Gesundheitsuntersuchung ist daher jeweils erst nach Ablauf des auf die vorausgegangene Gesundheitsuntersuchung folgenden Kalenderjahres möglich.

Die hier maßgeblichen Bestimmungen des EBM 96 und des EBM 2000plus haben (soweit hier von Belang) folgenden Wortlaut:

GNR 160 EBM 96: Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß Abschnitt B der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien - 780 Punkte

GNR 162 EBM 96 Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß Abschnitt B der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien und Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen beim Mann - 940 Punkte

GNR 01732 EBM 2000plus Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien - 650 Punkte

II. Hiervon ausgehend ist der angefochtene Kürzungsbescheid formell und materiell rechtmäßig.

Die Beklagte war zur sachlich-rechnerischen Berichtigung des Vertragsarzthonorars nach den eingangs genannten gesetzlichen Vorschriften zuständig. Der Kürzungsbescheid ist ausreichend begründet. Das Sozialgericht hat das in seinem Urteil unter Hinweis auf die einschlägige Rechtsprechung des BSG zutreffend ausgeführt; hierauf ist Bezug zu nehmen ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Das dagegen gerichtete Vorbringen des Klägers geht fehl. Die Beklagte hat in der Berufungserwidmung im Übrigen substantiiert dargelegt, dass es die vom Kläger behaupteten Unstimmigkeiten hinsichtlich der dem Kürzungsbescheid als Anlage beigefügten Aufstellung und der dem Kläger im Widerspruchsverfahren mit Schreiben vom 20.9.2007 übersandten (ergänzenden) Aufstellung nicht gibt. Die Nachprüfung durch den Senat hat nach einem eingehenden Vergleich der im Bescheid genannten Streichungen mit den Aufstellungen in der unter dem 20.09.2007 übersandten Liste ergeben, dass die Einwendungen des Klägers nicht zutreffend sind. Der Kläger hat in seiner hierzu abgegebenen Stellungnahme und auch in der mündlichen Verhandlung des Senats dagegen nichts mehr eingewandt, vielmehr im Wesentlichen darauf beharrt, man hätte den Kürzungsbescheid früher erlassen müssen, damit er die gestrichenen Leistungen noch hätte privatärztlich abrechnen können.

Nach den Feststellungen der Beklagten hat der Kläger in den von sachlich-rechnerischen Berichtigung betroffenen Behandlungsfällen Früherkennungsuntersuchungen nach den GNRN 760, 762 EBM 96 bzw. GNR 01732 EBM 2000plus entgegen den Bestimmungen des [§ 25 Abs. 1 SGB V](#) und der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien erbracht und abgerechnet; er hat die festgelegten Fristen für die wiederholte Erbringung dieser Untersuchungen nicht eingehalten. Dagegen ist Stichhaltiges nicht eingewandt, weshalb der Senat auch hierfür auf die entsprechenden Ausführungen im angefochtenen Urteil Bezug nimmt ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Vertrauensschutz kommt nicht in Betracht. Die für sachlich-rechnerische Berichtigungen geltende vierjährige Ausschlussfrist (vgl. BSG Urt. v. 12.12.2001, - [B 6 KA 3/01 R](#) -; Urt. v. 23.6.2010, - [B 6 KA 7/09 R](#) -), die die Beklagte beachtet hat, verletzt die Berufsausübungsfreiheit der

Vertragsärzte nicht. Eine Anpassung an die Verjährungsfristen des BGB ist nicht geboten, zumal der Vertragsarzt von einem Versicherten nur dann eine (privatärztliche) Vergütung fordern darf, wenn und soweit der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden, und dieses dem Vertragsarzt schriftlich bestätigt (§ 18 Abs. 8 BMV-Ä bzw. § 21 Abs. 8 Nr. 2 EKV-Ä). Danach stellt es eine (ggf. disziplinarisch zu ahndende) Verletzung vertragsärztlicher Pflichten dar, wenn der Vertragsarzt den Versuch unternimmt, im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung unter Verletzung der einschlägigen Bestimmungen erbrachte und deshalb vertragsärztlich nicht abrechenbare Leistungen dem Versicherten im Nachhinein als privatärztliche Leistung in Rechnung zu stellen.

Die vom Kläger in der mündlichen Verhandlung übergebenen Unterlagen betreffen Kürzungen in den hier nicht streitbefangenen Quartalen 1/2010, 2/2010 und 4/2011 sowie eine Leistungsübersicht für das Quartal 1/2007. Aus den darin enthaltenen Zahlenangaben und Kürzungen vermag der Senat für die hier zu entscheidende sachlich-rechnerische Richtigstellung nichts abzuleiten. Die markierten Zahlen könnten im Zusammenhang mit einer Wirtschaftlichkeitsprüfung von Bedeutung sein, darum geht es hier aber nicht. Das gleiche gilt, soweit der Kläger in seinem Schreiben vom 29.08.2012 darauf hinweist, dass er die stationären Behandlungskosten, die Facharztkosten sowie die Medikamentenkosten gering hält. Auch dies könnte nur bei einer Wirtschaftlichkeitsprüfung rechtserheblich werden. Auf die Gründe, warum der Kläger Gesundheitsuntersuchungen öfters durchführt als von der Gesundheitsuntersuchungsrichtlinie vorgesehen, kommt es nicht an. Maßgebend sind ausschließlich die tatbestandlichen Voraussetzungen der gestrichenen Gebührenordnungspositionen, die eine häufigere Gesundheitsuntersuchung nicht honorieren.

III. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 2 VwGO](#).

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-10-01