L 12 KA 40/08

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 43 KA 357/04
Datum
20.11.2007
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 12 KA 40/08
Datum
09.11.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 15/12 B
Datum
15.08.2012
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Vertrags(zahn)arztrecht
I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts
München vom 20. November 2007 wird zurückgewiesen.

II. Der Kläger hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen,
einschließlich der Kosten der Beigeladenen zu 1), 2), 4) und 5).

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger, ein seit 1986 in A-Stadt niedergelassener und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Frauenarzt, wendet sich gegen die Entziehung seiner Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung.
Die Beigeladene zu 1) hat am 21. Februar 2000 gegen den Kläger Strafanzeige wegen des Verdachts des Betruges gestellt. Die Strafanzeige beruhe auf einer Patientenbefragung, die zum Ergebnis gehabt habe, dass der Kläger in fünf eingehend dargestellten Fällen einen Betrug zu Lasten der Ärzteschaft begangen habe. Der Kläger habe Behandlungstage fingiert und an diesen Tagen Leistungen gegenüber der Beigeladenen zu 1) abgerechnet, die tatsächlich nicht erbracht worden seien. Der Kläger habe wissentlich und willentlich falsch Leistungen für psychosomatische Krankheitszustände und deren Behandlung bei den Patienten gegenüber der Beigeladenen zu 1) abgerechnet. Obwohl von den Patienten von Anfang an ein Schwangerschaftsabbruch beabsichtigt gewesen sei und auch kurz bevor gestanden habe, habe der Kläger in betrügerischer Absicht sog. Mutterschutzvorsorgeleistungen gegenüber der Beigeladenen zu 1) abgerechnet. Weiter habe der Kläger Leistungen betrügerisch abgerechnet, die bereits mit der Pauschale für die Durchführung des Schwangerschaftsabbruches abgegolten seien.
Die Staatsanwaltschaft bei dem Landgericht K. hat mit Verfügung vom 08.02.2002 das Ermittlungsverfahren gegen den Kläger gemäß § 170 Abs. 2 StPO eingestellt. Der hiergegen von der Beigeladenen zu 1) eingelegten Beschwerde vom 05.03.2002 hat der Generalstaatsanwalt beim Oberlandesgericht B-Stadt keine Folge gegeben (Bescheid vom 16.05.2002). Dem Kläger könne auch unter Berücksichtigung des Beschwerdevorbringens der Beigeladenen zu 1) aus objektiven und subjektiven Gründen kein Betrug nachgewiesen werden.

Die Beigeladene zu 1) hat mit Schreiben vom 11.04.2000 beim Zulassungsausschuss für Ärzte Schwaben Antrag auf Entziehung der Zulassung des Klägers gestellt. Für die Ausübung der Kassenpraxis sei ein Arzt mit sonstigen in der Person liegenden schwerwiegenden Mängeln ungeeignet. Die genaue Begründung sei der in Kopie beiliegenden am 21. Februar 2000 bei der Staatsanwaltschaft erstatteten Strafanzeige zu entnehmen. Die hierin aufgezeigten fortlaufenden Verstöße gegen die vertragsärztlichen Pflichten würden die Ungeeignetheit zur weiteren Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung begründen. Eine weitere Zusammenarbeit sei aus Sicht der Beigeladenen zu 1) durch das gestörte Vertrauensverhältnis nicht mehr zumutbar.

Der Zulassungsausschuss Ärzte Schwaben hat mit Beschluss vom 18.10.2000 (Bescheid vom 28.11.2000) dem Kläger die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung entzogen. Für die Ausübung der Kassenpraxis sei ein Arzt mit sonstigen in der Person liegenden schwerwiegenden Mängeln ungeeignet. Nach Auffassung des Zulassungsausschusses liege in der Person des Klägers ein schwerwiegender Mangel vor. Die von der Beigeladenen zu 1) bei der Staatsanwaltschaft K. erstattete Strafanzeige mit den hierin aufgezeigten fortlaufenden Verstößen gegen die vertragsärztlichen Pflichten sei nach Auffassung der Ausschussmitglieder ausreichend, die Ungeeignetheit des Klägers zur weiteren Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zu begründen. Nach eingehender Würdigung der Sach- und Rechtslage

würden die Mitglieder des Zulassungsausschusses zu der Überzeugung gelangen, dass der Kläger in fünf Fällen einen Betrug zu Lasten der Ärzteschaft begangen habe. Er habe sich unrechtmäßiges Honorar verschafft, indem er Mutterschaftsvorsorgeleistungen abgerechnet habe, obwohl er gewusst habe, dass die Patientinnen seine Praxis nur zur Vornahme des Schwangerschaftsabbruches aufgesucht hätten. Weiterhin habe er wissentlich Leistungen abgerechnet, die als Teil des Schwangerschaftsabbruches nicht gesondert abrechnungsfähig gewesen seien. Darüber hinaus habe er wissentlich Leistungen an weiteren Behandlungstagen abgerechnet, obwohl er gewusst habe, dass kein zweiter bzw. dritter Arzt-Patienten-Kontakt vor dem Schwangerschaftsabbruch stattgefunden habe. Schließlich habe er Leistungen abgerechnet, ohne dass hierfür eine behandlungsbedürftige Diagnose gestellt worden sei. Zur Ermittlung dieses Sachverhaltes seien seitens der Beigeladenen zu 1) und 2) umfangreiche Patientenbefragungen durchgeführt worden. Die in der Strafanzeige festgestellten Verstöße gegen die vertragsärztlichen Pflichten würden nach Ansicht des Ausschusses einer weiteren Ausübung der Kassenpraxis des Klägers entgegen stehen.
Gegen diesen Beschluss hat der Kläger mit Schreiben vom 09.12.2000 Widerspruch eingelegt und diesen mit Schriftsatz vom 05.04.2001 näher begründet. Die pauschalen und unbewiesenen, der Höhe nach auch in keiner Weise belegten Behauptungen der Beigeladenen zu 1) seien zurückzuweisen. Der Beschluss vom 18.10.2000 sei unrechtmäßig ergangen und aufgrund des eingelegten Widerspruches nunmehr aufzuheben. Der Antrag auf sofortige Vollziehung des Beschlusses vom 18.10.2000 sei ebenfalls unbegründet. Eine derartige Maßnahme wäre ein unzulässiger Eingriff in das verfassungsrechtlich geschützte Berufsausübungsrecht des Klägers. Auf diese Weise würde die Existenz des Klägers nachhaltig gefährdet und für den Fall, dass das soeben eingeleitete Strafverfahren nicht zu einer Verurteilung führe, es zu erheblichen Schadensersatzansprüchen kommen.
Die Beigeladene zu 1) hat sich zu dem Widerspruch mit Schreiben vom 02.01.2001 geäußert. Die Beigeladene zu 1) wiederholte nochmals die schon im Antragsverfahren vorgetragenen Verstöße des Klägers. Zudem wird auf eine Überprüfung des Klägers in Hinblick auf § 20 Ärzte-ZV hingewiesen, da einem Artikel in der L. Zeitung von Mitte 1999 zu entnehmen gewesen sei, dass der Kläger neben seiner Vertragsarztpraxis in A-Stadt auch in B. eine Gemeinschaftspraxis unterhalte bzw. unterhalten habe. Der Kläger sei mehrfachen Aufforderungen zur Abgabe einer Stellungnahme nicht nachgekommen. Der diesbezügliche Sachverhalt werde zu den Akten gegeben. Den Antrag auf sofortige Vollziehung im öffentlichen Interesse begründete die Beigeladene zu 1) damit, dass ohne die sofortige Vollziehung der Kläger bis zur rechtskräftigen Entscheidung der vertragsärztlichen Tätigkeit weiter nachgehen könnte, was aufgrund der Arbeitsüberlastung der Gerichte ein weiteres Tätigwerden über Jahre hinweg zur Folge hätte. Es würde dem öffentlichen Interesse grundlegend widersprechen, wenn dem Kläger über Jahre hinweg zu Unrecht eine Teilnahme im vertragsärztlichen System ermöglicht werde, was nicht nur zu Lasten der Ärzteschaft, sondern letztlich auch zu Lasten der Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen würde.
Die Beigeladene zu 1) hat mit Schriftsatz vom 28.04.2002 vorgetragen, dass das strafrechtlich relevante Aussageverweigerungsrecht gemäß § 136 Abs. 1 Satz 2 StPO keinen Einfluss auf das gleichzeitig stattfindende Verfahren vor dem Zulassungsausschuss der Entziehung der Zulassung habe. Der Abschluss des Strafverfahrens sei für das Verfahren über die Entziehung der Zulassung nicht entscheidend, sondern diese Verfahren seien rechtlich unabhängig voneinander zu beurteilen. Allerdings könne der Vorwurf gegen den Kläger, in fünf Fällen einen Betrug gemäß § 263 StGB zu Lasten der Ärzteschaft begangen zu haben, nicht mehr als Grundlage für den Entzug der Zulassung herangezogen werden. Gleichwohl komme im vorliegenden Fall eine Entziehung der Zulassung unter dem Aspekt der gröblichen Verletzung vertragsärztlicher Pflichten gemäß § 95 Abs. 6 SGB V in Betracht. Die Beigeladene zu 1) führt dann eine Reihe von Leistungsziffern bezogen auf einzelne Behandlungsfälle auf, in denen der Kläger in grob fahrlässiger Weise zumindest gegen das Gebot der peinlich genauen Abrechnung verstoßen habe.
Die Prozessbevollmächtigten des Klägers haben nach Akteneinsicht mit Schriftsatz vom 23.06.2003 vorgetragen, dass die Beigeladene zu 1) zwar das Verfahren eingeleitet habe und durch Mitarbeiter von Krankenkassen fünf Patienten habe befragen lassen, dann aber unzulässigerweise eine Hochrechnung vorgenommen habe. Des Weiteren werde beanstandet, dass es selbstverständlich das Recht des Arztes sei, dem der Vorwurf des Betruges gemacht werde, dass er auch in dem Verfahren vor der Beigeladenen zu 1) von seinem Aussageverweigerungsrecht Gebrauch machen dürfe. Hinsichtlich des Vorwurfs der Verletzung der vertragsärztlichen Pflichten werde auf die persönliche Stellungnahme des Klägers verwiesen. Die Beigeladene zu 1) habe schon seit Jahren seit Einführung des EBM 96 gewusst, dass er nicht nur Geburtshilfe betreibe, sondern auch Schwangerschaftsabbrüche durchführe. Aus diesem Grunde sei seine Praxis auch als Sonderpraxis bezüglich der psychosomatischen Grundversorgung (GOP 850 und 851) anerkannt worden. Dass die Mutterschaftsleistungen auch im Falle einer Konfliktschwangerschaft zum Ansatz gebracht werden könnten, habe damals außer Frage gestanden. Die Patienten seien zunächst einmal schwanger und hätten alle Anrechte einer Schwangeren nach dem SGB V. Die entsprechenden Leistungen seien im Falle der Fortsetzung der Schwangerschaft wie auch im gegenteiligen Falle medizinisch notwendig, d.h. präventiv sowohl durch die Mutterschaftsrichtlinien als auch durch die Krebsfrüherkennungsrichtlinien festgelegt oder kurativ nach ärztlicher Erkenntnis im Sinne der entsprechenden Vorschriften im SGB V indiziert. Er sei also berechtigt gewesen, die GOP 100 abrechnen, wenn er die entsprechenden Leistungen erbracht habe, was gleichermaßen auch für die GOP 157 gelte. Er sei nicht gezwungen, die GOP mit der niedrigsten Punktzahl anzusetzen, sondern könne selbstverständlich die höher dotierte GOP in Ansatz bringen. Hiervon betroffen sei die Kombination der GOP 100 und 165 sowie die Bevorzugung der GOP-Kombination 166, 851 gegenüber der GOP 190 bei verbaler Intervention, Empfängnisregelungsberatung und -untersuchung und Beratung über die Erhaltung einer Schwangerschaft sowie die ärztlich bedeutsamen Gesichtspunkte eines Schwangerschaftsabbruches, da beim Ansatz der GOP 190 die GOP 851 ausgeschlossen sei. Des Weiteren sei zu monieren, dass die Stichprobe bei der Patientenbefragung zu klein gewesen sei und zudem falsch, weil die Stichprobe unter den falschen Kriterien ausgewählt worden sei, z.B. sei keine Patientin dabei gewesen, die nach der Voruntersuchung sich doch entschlossen habe, die Schwangerschaft fortzusetzen.
Mit Schriftsatz vom 20.08.2003 hat die Beigeladene zu 1) zum Verfahren Stellung genommen. Wie schon aus der Überschrift des Auszugs "Mutterschaftsvorsorge" hervor gehe, handle es sich bei nachfolgenden Feststellungen über die Abrechenbarkeit der GOP 100 EBM um Leistungen, die im Zusammenhang mit einer Schwangerschaftsbetreuung einher gehen und nicht um Leistungen, welche das Gegenteil, nämlich den Schwangerschaftsabbruch als solchen beabsichtigen. So werde auf Seite 23 des Kommentars im letzten Abschnitt dargestellt, dass Leistungen nach der GOP 191 EBM in denselben Behandlungsfall nicht berechnungsfähig seien. Dies deswegen nicht, da für die sonographische Untersuchung innerhalb eines Schwangerschaftsabbruchs eine eigene Ziffer vorgesehen sei, während die Leistung nach der GOP 100 EBM nur für die Betreuung einer Schwangeren im Laufe eines Kalendervierteljahres von einem Vertragsarzt abgerechnet werden könne. Würde der Arzt bei dem von der Patientin vorgetragenen Abbruchswunsch und bereits vorgelegtem Beratungsschein grundsätzlich wählen können, ob er die Leistung nach der GOP 100 oder GOP 191 des EBM ansetze, würde sich die GOP 191 EBM im Katalog letztlich als überflüssig darstellen. Hinsichtlich der GOP 165 EBM sei anzumerken, dass es zwar möglich sei, für eine am Telefon vom Arzt persönlich durchgeführte Beratung die GOP 2 EBM abzurechnen. Es werde allerdings bezweifelt, dass der Kläger tatsächlich telefonische Beratungen gegenüber den Patienten vorgenommen habe, noch ehe sich diese Patientinnen auch nur einmal persönlich in seiner Praxis vorgestellt hätten. Nach Aussage von Frau D. sei über eine Empfängnisverhütung nicht gesprochen worden. Dennoch habe der Kläger die GOP s 165 und 166 EBM abgerechnet. Aus dem Behandlungsschein der Patientin A. M. gehe hervor, dass am 03.04.1996 ein persönliches Gespräch

über Empfängnisverhütung stattgefunden habe, da an diesem Tag die GOP 2 und 165 EBM abgerechnet worden seien. Frau A. M. habe in der Patientenbefragung angegeben, dass ein Gespräch über Empfängnisverhütung nicht stattgefunden habe und sie am fraglichen Tag im Urlaub gewesen sei. Die Patientin C-T. I. habe in der Patientenbefragung angegeben, nur am Tag des Schwangerschaftsabbruchs die Praxis des Klägers aufgesucht zu haben. Eine Beratung über Empfängnisverhütung sei nicht erfolgt. Auch hier sei die GOP 165 EBM abgerechnet worden. Bei den anderen befragten Patientinnen sei zwar eine Beratung über die Empfängnisregelung nach der GOP 165 EBM erfolgt, die Leistung nach der GOP 165 EBM sei aber immer an einem anderen Tag als die Leistung nach der GOP 100 EBM abgerechnet worden. Laut Befragung beispielsweise der Patientin B. M. sei an dem einzigen Tag, an dem sie den Kläger vor dem Schwangerschaftsabbruch aufgesucht habe, eine Ultraschalluntersuchung und eine Beratung über die Empfängnisregelung erfolgt. Da die Leistungen GOP 165 (Beratung über Empfängnisregelung) und GOP 100 EBM (Mutterschaftsvorsorge) nach der Gebührenordnung nicht am selben Behandlungstermin abgerechnet werden könnten, da sich die gleichzeitige Durchführung der Abrechnung von der Sache her ausschließe, dränge sich der Verdacht auf, dass die entsprechenden Gebührenordnungspositionen absichtlich auf verschiedene Tage verteilt worden seien, damit sie gegenüber dem Beklagten abgerechnet werden könnten. Die Beklagte hat weiter angemerkt, dass über den Umfang der Tätigkeit in B. bis zum heutigen Tag keine Aussage durch den Kläger getroffen worden sei trotz mehrfacher Anmahnung.
Der Kläger hat sich mit Schriftsatz vom 29.08.2003 gegen die Auffassung des Beklagten gewandt, die Abrechnung der GOP 100 sei bei einem einzigen Arzt-Patienten-Kontakt ausgeschlossen. Er verweise auf die Einführung einer quartalsbezogenen Pauschalierung, die erstmals eine Fülle bis dato gültiger einzelner GOP beinhaltet habe. Dies habe so verstanden werden müssen, dass nicht die Erfüllung der Leistungsinhalte aller GOP, die durch die neuen Pauschalen "aufgefressen worden seien", zur Erfüllung des Leistungsinhaltes der neuen eingeführten Pauschale erforderlich gewesen seien. Er stütze sich auf den Fachkommentar GOÄ und EBM für Gynäkologen von Dr. Friedrich Hach und auf das Gebührenhandbuch mit Kommentar für Ärzte EBM und GOÄ Broglie u.a ...
Mit weiterem Schriftsatz vom 12.09.2003 hat der Kläger vorgetragen, dass die Beigeladene zu 1) zur Frage der unzulässigen Hochrechnung des angeblichen Schadens nicht Stellung genommen habe. Bei der zweiten Befragung im Jahre 2000 sei eine ca. halb so große Schadenssumme pro Fall herausgekommen bei ca. 10 bis 15 antwortenden Patientinnen. Die zweite Befragung sei durch den zuerst mit dem Fall befassten Staatsanwalt E. von der KV verlangt worden, ganz offensichtlich, weil die Datenbasis von der ersten Befragung im Herbst 1999 zu dürftig erschienen sei. Es habe zudem überhaupt keinen Grund für eine Patientenbefragung gegeben, denn die Beigeladene zu 1) habe seit 1989 gewusst, dass er Schwangerschaftsabbrüche durchführe und im Vorfeld Mutterschaftsleistungen erbringe und auch abrechne. Da der Schwangerschaftsabbruch bei den gesetzlich Versicherten bis zum Bundesverfassungsgerichtsurteil 1993 immer Kassenleistung gewesen sei, seien die Mutterschaftsvorsorgeleistungen und die Schwangerschaftsabbruchleistungen auf einem Datensatz erschienen, weil es ja ein und derselbe Behandlungsfall gewesen sei. Ab Mitte des Jahres 1993 habe es dann zwei verschiedene Kostenträger, mithin zwei Behandlungsfälle in einem Quartal gegeben, in dem es zuvor nur einen Behandlungsfall mit einem Kostenträger gegeben habe. Mit Einführung des neuen EBM 96 habe sich daran prinzipiell nichts geändert, es seien nur die meisten Mutterschaftsvorsorgeleistungen in der GOP 100 pauschaliert worden. Wäre die Beigeladene zu 1) mit der von ihm praktizierten Abrechnung nicht einverstanden gewesen, so hätte sie spätestens im Frühjahr 1997 intervenieren müssen und auch können. Die direkten Vergleiche mit den Vorjahresquartalen hätten ergeben, dass er die neuen GOP 100 ff. in gleichem Sinne angesetzt habe wie die alten GOP 100 ff. Der Schluss der Beigeladenen zu 1), dass wegen der Unverträglichkeit der GOP 191 mit der GOP 100 im selben Behandlungsfall eine prinzipielle Entscheidung getroffen werden müsse zwischen den GOP 190 ff. und den GOP 100 ff. sei falsch. Die Beigeladene zu 1) suggeriere, dass es sich bei der GOP 191 um die Schwangerschaftskonfliktberatung handle, mithin also um die GOP 190, deren Leistungsinhalt bei der mündlichen Verhandlung am 13. Mai 2003 von Frau N. im Wortlaut zitiert worden sei, die jetzt aber interessanterweise im ganzen Schreiben vom 20. August 2003 nicht einziges Mal erwähnt werde. Zur Abrechnung der Ziffern GOP 2, 165 trägt der Kläger vor, dass sein Personal die strikte Anordnung habe, nach Aufnahme der Stammdaten, bei Anmeldung wegen Schwangerschaftskonflikts, das Gespräch zu ihm durchzustellen, so dass die ärztliche Beratung erfolgen könne. Unwahr in dem Schreiben sei, dass er zu den fünf genannten Einzelfällen bisher nicht Stellung genommen habe. Bei der Verhandlung am 13. Mai 2003 habe er sogar die Daten-Ausdrucke dieser Patientinnen dabei gehabt. Unwahr sei auch, dass er bisher zum Umfang seiner ärztlichen Tätigkeit in B. (Österreich) keine Angaben gemacht habe, sondern durch seinen Rechtsanwalt nur Bewertungen dieser Tätigkeit mitgeteilt habe. In der Verhandlung am 13. Mai 2003 habe er ganz detailliert geschildert, wie seine Arbeitswoche aussehe und wie Notfälle behandelt würden.

Der Berufungsausschuss hat mit Beschluss vom 23. September 2003 (Bescheid vom 18. Februar 2004) den Widerspruch des Klägers gegen den Beschluss des Zulassungsausschusses Ärzte - Schwaben - vom 18.10.2000 zurückgewiesen. Der zulässige Widerspruch sei unbegründet. Der Zulassungsausschuss Ärzte - Schwaben - habe dem Kläger die Zulassung im Ergebnis zu Recht entzogen. Die Zulassung sei gemäß § 95 Abs. 6 SGB V u.a. zu entziehen, wenn ihre Voraussetzungen nicht mehr vorliegen würden oder der Vertragsarzt seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletze. Gemäß § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV sei für die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit ein Arzt nicht geeignet, der wegen eines Beschäftigungsverhältnisses oder wegen anderer nicht ehrenamtlicher Tätigkeit für die Versorgung der Versicherten persönlich nicht in erforderlichem Maße zur Verfügung stehe. Ob der Kläger zusätzlich zu seiner Vertragsarztpraxis in A-Stadt in einer Gemeinschaftspraxis in B. tätig sei oder eine Einrichtung für ausgelagertes ambulantes Operieren betreibe und in welchem Umfang er dort tätig sei, habe die Beigeladene zu 1) nicht nachweisen können. Die Nichterweislichkeit beruhe allerdings in der nachhaltigen Weigerung des Arztes, der Beigeladenen zu 1) die entsprechenden Auskünfte zu erteilen. Diese Weigerung begründe jedoch, vor allem im Zusammenwirken mit der sonstigen Auskunftsverweigerung zur Patientenbefragung, eine gröbliche Verletzung der vertragsärztlichen Pflichten. Gemäß § 21 Ärzte-ZV sei für die Ausübung der Kassenpraxis ein Arzt mit geistigen oder sonstigen in der Person liegenden schwerwiegenden Mängeln ungeeignet. Die Einstellung des staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahrens schließe nicht aus, dass das dem Kläger zur Last gelegte Verhalten unter dem Gesichtspunkt einer gröblichen Verletzung vertragsärztlicher Pflichten zu würdigen sei. Wie schon ausgeführt sei dem Kläger der Wegfall der Zulassungsvoraussetzungen wegen Nichteignung gemäß § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV nicht nachzuweisen. Der mangelnde Nachweis beruhe allerdings auf den nachhaltigen pflichtwidrigen Weigerungen des Klägers, die in diesem Zusammenhang an ihn erbetenen Auskünfte zu erteilen, obgleich er hierzu verpflichtet gewesen sei. Dem Kläger habe bekannt und geläufig sein müssen, dass nach § 4 Abs. 5 der Satzung der KVB jedes Mitglied verpflichtet sei, der Beigeladenen zu 1) alle Auskünfte zu erteilen und die erforderlichen Unterlagen vorzulegen, die zur Nachprüfung der vertragsärztlichen von der Beigeladenen zu 1) sichergestellten und gewährleisteten Tätigkeit der Ärzte erforderlich seien. Mit Schreiben vom 27.07.2000 sei der Kläger erstmals von der Beigeladenen zu 1) um Stellungnahme hinsichtlich einer weiteren Tätigkeit in B. gebeten worden. Nachdem eine Antwort des Klägers ausgeblieben sei, sei dieser mit Schreiben vom 04.09.2000 an die Stellungnahme erinnert worden. In seiner Rückäußerung vom 19.09.2000 habe der Kläger erklärt, so lange von der Beigeladenen zu 1) nicht substantiiert ein vertragsärztlicher Pflichtenverstoß vorgetragen worden sei, sehe er sich nicht in der Lage, die Anfrage zu beantworten. Daraufhin sei der Kläger mit Schreiben vom 02.10.2000 unter Fristsetzung um Stellungnahme gebeten worden. In dem Schreiben sei dem Kläger nochmals ausführlich der Grund der Anfrage genannt worden. Eine Stellungnahme sei jedoch ausgeblieben. Unzutreffend sei somit die Behauptung des Klägers im Schreiben vom 15.06.2003, zur Sache selbst habe eine Stellungnahme

seinerseits vorgelegen. Letztmalig mit Schreiben vom 16.06.2003 sei der anwaltliche Vertreter des Klägers um Mitteilung gebeten worden, in welchem Umfang der Kläger in der B. Praxis tätig gewesen sei. Mit Schreiben vom 15.07.2003 erklärte der Bevollmächtigte des Klägers, sein Mandant habe bereits in der Sitzung des Beklagten am 13.05.2003 zum Umfang seiner Tätigkeit in B. Stellung genommen, auch habe er bereits schriftlich Stellung genommen. Der Beklagte sehe bereits in diesem Verhalten einen schwerwiegenden Verstoß des Klägers, der geeignet gewesen sei, das Vertrauen in eine weitere Zusammenarbeit mit dem Kläger zu zerstören. Auf Befragung habe der Kläger in der Verhandlung vom 23.09.2003 erklärt, dass er Montag und Mittwoch in B. behandle. Auf den Vorhalt, dass er in öffentlich zugänglichen Informationen seine Praxisöffnungszeiten in A-Stadt ebenfalls mit Montag und Mittwoch angebe, habe der Kläger lapidar erklärt, er habe vergessen, dies zu ändern. Aus Sicht des Beklagten sei dies eine reine Schutzbehauptung. Im gegenständlichen Verfahren komme es vor allem aber darauf an, dass sich der Kläger zu keiner Zeit kooperativ verhalten habe und detailliert mündlich oder schriftlich Auskunft zu seiner Tätigkeit in B. erteilt habe. In einem nunmehr seit 3 1/2 Jahren anhängigen Verfahren dürfte es dem Kläger durchaus möglich sein, einmal detailliert seine Tätigkeit in B. und A-Stadt zu beschreiben. Durch das Schweigen bzw. die Auskunftsverweigerung auch während des Verfahrens vor dem Beklagten habe dieser den Eindruck in zwei mündlichen Verhandlungen bestätigt und verfestigt, dass der Kläger grundsätzlich nicht bereit sei, seinen Verpflichtungen gemäß § 4 Ziffer 5 der Satzung der Beigeladenen zu 1) nachzukommen.

Zum Thema falsche Leistungsabrechnungen hat der Beklagte allgemein ausgeführt, dass die Funktionsfähigkeit des von anderen geschaffenen und finanzierten Leistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung, an dem der Arzt durch seine Zulassung teilnehme, entscheidend mit davon abhänge, dass die Beigeladene zu 1) und die Krankenkassen auf die ordnungsgemäße Leistungserbringung und auf die peinlich genaue Abrechnung der zu vergütenden Leistungen vertrauen könnten. Der Beklagte sei der Auffassung, dass beim Kläger auf eine ordnungsgemäße Leistungserbringung und peinlich genaue Abrechnung der zu vergütenden Leistungen nicht mehr vertraut werden könne. Im Gegenteil. Aus dem Gesamtgepräge der einzelnen Vorwürfe ergäbe sich ein Bild, dass der Kläger über Jahre hinweg systematisch wissentlich und willentlich falsch abgerechnet habe. Der Kläger habe Mutterschaftsvorsorgeleistungen abgerechnet, obwohl er gewusst habe, dass die Patientinnen seine Praxis nur zur Vornahme eines Schwangerschaftsabbruches aufgesucht hätten. Die Leistungen nach den GOP s 100 bis einschließlich 139 seien in dem Kapitel B IX des EBM unter Punkt 1 "Mutterschaftsvorsorge" aufgeführt. Der Schwangerschaftsabbruch sei in Kapitel B X.3 des EBM (GOP s 190 ff.) geregelt. Mutterschaftsvorsorge und Schwangerschaftsabbruch würden im EBM somit getrennte Kapitel darstellen. Die gleichzeitige Abrechnung von Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und des Schwangerschaftsabbruches sei ausgeschlossen. So sei beispielsweise die GOP 190 des EBM nicht neben der GOP 100 des EBM berechnungsfähig. Aus den dem Beklagten vorliegenden ambulanten Behandlungsausweisen des Klägers ergebe sich, dass der Kläger bei zehn namentlich genannten Patientinnen jeweils die GOP 100 des EBM auf dem kurativen Behandlungsausweis abgerechnet habe. Diese GOP beinhalte die Betreuung einer Schwangeren gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft, einschließlich Ultraschallüberwachung mit Bilddokumentationen, einschließlich Dokumentation, einmal im Behandlungsfall. Die Leistung nach der GOP 100 des EBM könne für die Betreuung einer Schwangeren im Laufe eines Kalendervierteljahres nur von einem Vertragsarzt abgerechnet werden. Dies gelte auch, wenn mehrere Vertragsärzte in die Betreuung der Schwangeren eingebunden seien (z.B. bei Vertretung oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung). Dem Ergebnis der am 30.11.1999 sowie am 04.07.2000 bzw. 05.07.2000 erfolgten Befragung der zehn genannten Patientinnen sei zu entnehmen, dass diese - mit Ausnahme der Patientin B. U. - den Kläger nur zur Vornahme des Schwangerschaftsabbruches aufgesucht hätten und die Patientinnen vor dem Eingriff nur einmal in der Praxis des Arztes gewesen seien. Eine Patientin habe erklärt, dass sie nur am Tag des Schwangerschaftsabbruches in der Praxis des Klägers gewesen sei. Fünf Patienten hätten angegeben, die Betreuung bis zum Abbruch der Schwangerschaft sei jeweils bei einem anderen Arzt erfolgt. Es sei damit davon auszugehen, dass auch dieser Arzt die GOP 100 des EBM abgerechnet habe. Die Abrechnung einer Leistung der Mutterschaftsvorsorge sei bereits nicht nachvollziehbar und auch nicht zulässig, wenn die Patientin den Arzt, der den Schwangerschaftsabbruch vornehme, nur zur Vornahme des Schwangerschaftsabbruches aufsuche. Die GOP 100 EBM sei von einem Arzt, der von der Patientin ausschließlich zum Zwecke des Schwangerschaftsabbruches aufgesucht worden sei, nur dann abrechnungsfähig, wenn sich die Schwangere trotz des geplantes Abbruches zur Fortsetzung der Schwangerschaft entscheide und die Fortsetzung der Schwangerschaft von dem Arzt erkennbar betreuen lassen wolle, der eigentlich den Abbruch habe vornehmen sollen, und noch kein anderer Arzt die GOP 100 BMÄ/E-EO abgerechnet habe. Soweit vorgetragen werde, dass ein Arzt, der einen körperlichen Eingriff bei einem Patienten vornehme, diesen vorher untersuchen müsse, um den Eingriff sach- und fachgerecht vornehmen zu können, sei in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass der EBM für den Schwangerschaftsabbruch die speziellen GOP s 190 bis 199 enthalte. Der Arzt sei berechtigt, diese Ziffern gegenüber der Beigeladenen zu 1) abzurechnen, wenn der Schwangerschaftsabbruch medizinisch oder kriminologisch indiziert sei. Wie sich aus den "Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch" ergebe, könne bei rechtswidrigen, aber straffreien Schwangerschaftsabbrüchen der Arzt nur die Leistungen der GOP 190 und 191 EBM auf dem Behandlungsausweis in Ansatz bringen. Die klinische Untersuchung zur Durchführung der Narkose und/oder des operativen Eingriffs bei Schwangerschaftsabbruch, einschließlich Beratung über die Bedeutung des Eingriffes sowie über Ablauffolgen und Risiken möglicher physischer und psychischer Auswirkungen (GOP 192 EBM) unterliege jedoch der Zahlungspflicht der Frau. Die Schwangerenbetreuung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge nach der GOP 100 EBM sei mit 1.850 Punkten höher bewertet und werde außerhalb des Praxisbudgets vergütet. Die Leistungen nach den GOP s 190 und 191 seien mit 220 und 270 Punkten niedriger bewertet und würden dem Praxisbudget unterliegen. Der Beklagte sehe in diesem Punktwertunterschied einen wesentlichen Beweggrund für den Ansatz der GOP 100 durch den Kläger. Der Beklagte habe zu keinem der genannten Einzelfälle detailliert Stellung genommen. Der Beklagte habe daher die Patientenaussagen zur Grundlage seiner Entscheidung machen können. Darüber hinaus sei festzustellen, dass der Leistungsinhalt der GOP 100 BMÄ/E-GO, wie sich bereits aus dem Wort "Betreuung" ergebe, eine gewisse Kontinuität voraussetze. Für die Abrechnung der GOP 100 des EBM, die immerhin mit 1.850 Punkten bewertet sei, sei es sicherlich nicht ausreichend, wenn ein Arzt die Patientin einmal nur zum Zwecke des Schwangerschaftsabbruches sehe. Der Kläger habe den Leistungsinhalt der GOP 100 des EBM in den vorgenannten Fällen gerade nicht erbracht. Aus dem vom Kläger seinem o.g. Schreiben beigefügten Auszug aus dem "Fachkommentar GOÄ und EBM für Gynäkologen" sei zu entnehmen, dass die GOP 100 BMÄ/E-GO die Betreuung einer Schwangeren gemäß den Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft beinhalte. Der im Zusammenhang mit der Abrechnung der GOP 100 BMÄ/E-GO im Schreiben vom 29.08.2003 enthaltene Vortrag über die Einführung einer quartalsbezogenen Pauschalierung vom 01.01.1996 sei nicht verständlich.
Aus den vorliegenden kurativen Behandlungsausweisen sei weiter ersichtlich, dass der Kläger bei der Patientin A. M. unter dem Datum 12.04.1996 die GOP 102 des EBM auf dem kurativen Behandlungsausweis abgerechnet habe. Die Leistung nach der GOP 102 des EBM beinhalte die weiterführende differentialdiagnostische sonographische Abklärung gemäß Anlage 1 c II der Mutterschaftsrichtlinien, ggf. in mehreren Sitzungen, eines aus der Ultraschall-Screnning-Untersuchung (EN) entstandenen Verdachts auf Schädigung eines Föten durch Fehlbildung oder Erkrankung durch denselben Arzt, der in demselben Behandlungsfall die Leistung nach der GOP 100 erbracht habe, einmal im Behandlungsfall. Nach Aussage der Patientin sei diese bis zum Abbruch der Schwangerschaft nicht vom Kläger, sondern von einem anderen Arzt betreut worden. Auch bei einer Leistung der GOP 102 des EBM handle es sich um eine Mutterschaftsvorsorgeleistung, die nur

abrechnungsfähig sei, falls im Rahmen der Mutterschaftsvorsorgeuntersuchung ein begründeter Verdacht auf Fehlbildung oder Erkrankung des Föten vorliege. Der Ansatz dieser Leistung sei somit nicht erklärlich, wenn der Arzt von der Patientin nur zur Vornahme des Schwangerschaftsabbruches aufgesucht worden sei. Der Schwangerschaftsabbruch solle im Übrigen laut Rechnung, die der Kläger bei der AOK A-Stadt eingereicht habe, auch am 12.04.1996 erfolgt sein. Die Patientin habe angegeben, einmal vor dem Eingriff, ungefähr vier Tage davor, in der Praxis des Arztes gewesen zu sein, so dass auch unter diesem Gesichtpunkt der Ansatz dieser Leistung nicht nachvollziehbar sei.
Ferner ergebe sich aus den kurativen Behandlungsausweisen, dass der Kläger bei elf namentlich genannten Patientinnen die GOP 137 des EBM abgerechnet habe. Es handle sich auch bei dieser Leistung um eine Mutterschaftsvorsorgeleistung, die nur abrechnungsfähig sei, falls im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge (GOP 100 EBM) eine entsprechende Infektion der Cervix abzuklären sei. In den genannten Fällen sei die Schwangerschaft jedoch abgebrochen worden. Sollte der Kläger die vorgenannte Untersuchung für erforderlich gehalten haben, so sei darauf hinzuweisen, dass für die Erbringung dieser Leistung außerhalb der Mutterschaftsvorsorge die Ziffer 3890 des EBM zur Verfügung stehe.
Des Weiteren werde dem Kläger vorgeworfen, Leistungen abgerechnet zu haben, die als Teil des Schwangerschaftsabbruches nicht gesondert abrechnungsfähig gewesen seien (GOP 3822, 3823 und 3848 BMÄ/E-GO) sowie die Abrechnung der GOP 157, 165, 166 des EBM. Wie sich aus den Kopien der Behandlungsausweise von acht genannten Patientinnen ergebe, habe der Kläger bei diesen die GOP 3848, 3823 und 3822 des EBM abgerechnet. Dem Kläger hätte bekannt sein müssen, dass präoperative Laborleistungen nach den GOP 3848, 3823 und 3822 des EBM als Teil des Schwangerschaftsabbruchs nicht gesondert abrechnungsfähig seien. Diese Leistungen, die vorbereitend zu dem Schwangerschaftsabbruch durchgeführt würden, würden der Zahlungspflicht der Frau unterliegen und könnten nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. Bei bedürftigen Patientinnen würden sie bereits im Rahmen der Pauschalvergütung nach der Verwaltungsordnung zum Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen vergütet.
Weiter sei festzustellen, dass der Kläger bei fünf namentlich genannten Patientinnen die GOP 157 des EBM abgerechnet habe. Die GOP 157 des EBM beinhalte die Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau gemäß Abschnitt B 1 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien, einschließlich Beratung, ggf. einschließlich Koloskopie. Die Patientin L. habe laut Ergebnis der Patientenbefragung erklärt, dass sie bei einem anderen Frauenarzt in Behandlung sei und die Praxis des Klägers nur zur Vornahme des Schwangerschaftsabbruches aufgesucht habe. Vor dem Eingriff sei sie nur einmal in der Praxis des Klägers gewesen. In diesem Termin habe sie mit dem Kläger über Empfängnisverhütung gesprochen. Die Patientin C-T. I. habe angegeben, sie sei nur am Tag des Schwangerschaftsabbruches in der Praxis des Klägers gewesen. Die Patientinnen A. N., U. H. und A. M. hätten erklärt, nur zur Durchführung des Schwangerschaftsabbruches beim Kläger gewesen zu sein. Vor dem Eingriff seien sie einmal zur Untersuchung und Vorbesprechung bei dem Kläger gewesen. Der Kläger habe ferner bei 15 namentlich genannten Patientinnen die GOP 165 des EBM abgerechnet. Die GOP 165 des EBM beinhalte die Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung, ggf. unter Einbeziehung des Partners, einmal im Behandlungsfall. Dabei sei in einer Reihe namentlich genannter Fälle keine Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung erfolgt.
Der Kläger habe weiterhin in sechs namentlich genannten Fällen die GOP 166 des EBM angesetzt. Die GOP 166 des EBM beinhalte die Beratung zur Empfängnisregelung, ggf. unter Einbeziehung des Partners, einschließlich Erhebung der Anamnese und gynäkologische Untersuchung, ggf. einschließlich Verordnung eines empfängnisverhütenden Mittels, einmal im Behandlungsfall. Hierzu sei festzustellen, dass lediglich zwei namentlich genannte Patientinnen erklärt hätten, dass sie mit dem Kläger über Empfängnisverhütung gesprochen hätten.
Dem Kläger werde weiter vorgeworfen, Leistungen an weiteren Behandlungstagen abgerechnet zu haben, obwohl er gewusst habe, dass kein zweiter bzw. dritter Arzt-Patienten-Kontakt vor dem Schwangerschaftsabbruch stattgefunden habe. Der Beklagte stütze sich hierbei auf das Ergebnis einer Patientenbefragung von 15 namentlich genannten Patientinnen.
Dem Kläger werde weiter vorgeworfen, Leistungen abgerechnet zu haben, obgleich hierzu keine behandlungsbedürftige Diagnose gestellt worden sei. Aus den Behandlungsausweisen des Klägers sei zu entnehmen, dass der Kläger bei zwei namentlich genannten Patientinnen die GOP 850 des EBM sowie in weiteren 12 Fällen die GOP 851 des EBM in Ansatz gebracht habe. Die Patientinnen hätten hierzu erklärt, dass sie vor dem Schwangerschaftsabbruch keine behandlungsbedürftigen gesundheitlichen Beschwerden gehabt hätten. Inwieweit ein Patient zu beurteilen vermöge, ob bzw. dass in seinem Falle eine differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände erforderlich gewesen sei, könne dahinstehen. Jedenfalls sei zu der Abrechnung der GOP 850 und 851 des EBM durch den Kläger festzustellen, dass der EBM für den Schwangerschaftsabbruch gesonderte Regelungen vorhalte. So sei beispielsweise die Beratung über die Erhaltung einer Schwangerschaft und über die ärztlich bedeutsamen Gesichtspunkte bei einem Schwangerschaftsabbruch in GOP 190 des EBM geregelt. Unter der GOP 192 des EBM sei eine Beratung über die Bedeutung des Schwangerschaftsabbruches sowie über Ablauffolgen und Risiken möglicher physischer und psychischer Auswirkungen nach § 218c StGB abzurechnen. Da in allen genannten Fällen ein Schwangerschaftsabbruch durch den Kläger vorgenommen worden sei, hätte der Kläger für Leistungen in diesem Zusammenhang die hierfür vorgesehenen Gebührenordnungspositionen in Ansatz bringen müssen. Darüber hinaus erscheine es zweifelhaft, dass vom Kläger der Leistungsinhalt der GOP 851 des EBM erbracht worden sei. Zunächst bedürfe es hier der Feststellung, dass unabhängig von der bestehenden Schwangerschaft und deren Abbruch ein psychosomatischer Krankheitszustand hätte vorliegen müssen, der durch eine mindestens 15-minütige verbale Intervention behandelt worden sei. Als Ergebnis der Befragungen der Patientinnen sei festzuhalten, dass der Leistungsinhalt der GOP 850 und 851 EBM nicht erfüllt sei. Hinsichtlich dieser Vorwürfe sei keine Stellungnahme des Klägers erfolgt. Der Berufungsausschuss habe daher seiner Entscheidung die Aussagen der Patientinnen zugrunde legen können, aus denen sich zur Überzeugung des Beklagten ergebe, dass der Kläger Leistungen abgerechnet habe, ohne dass er diese erbracht bzw. hierzu eine behandlungsbedürftige Diagnose gestellt habe. Dem Kläger sei das zur Last gelegte Verhalten in den 15 namentlich genannten Fällen durch die Beigeladene zu 1) nachgewiesen. Der Nachweis weiterer gröblicher Pflichtverletzung zur Rechtfertigung der Entziehung sei nicht erforderlich. Vieles spreche jedoch dafür, dass der Kläger auch in weiteren Fällen das oben dargestellte Abrechnungsverhalten seiner Abrechnung zugrunde gelegt habe. Selbst wenn sich nicht jeder Einzelfall habe nachweisen lassen, so würden jedoch die bereits bekannten und auch nachgewiesenen Einzelfälle reichen, um das Vertrauen in eine peinliche genaue Abrechnung durch den Kläger unwiederbringlich zu zerstören. Und gerade weil es der Kläger vermieden habe, zu jedem Einzelfall substantiiert Stellung zu nehmen, könne und müsse der Beklagte sämtliche bekannten Fälle und Aussagen zu Lasten des Klägers auslegen. Entlastende Umstände habe der Kläger gerade nicht vorgetragen. Weiter sei auch zu Lasten des Klägers anzuführen, dass er sich in keiner Weise kooperativ gezeigt habe. Obgleich bereits ein Verfahren wegen Entziehung der Zulassung anhängig gewesen sei, habe er sich keinerlei Mühe gegeben, an der Aufklärung des ihm zur Last gelegten Sachverhaltes mitzuwirken. Die aufgezeigten Verletzungen der vertragsärztlichen Pflichten seien auch gröblich im Sinne der genannten Rechtsprechung. Sie führten zur Ungeeignetheit des Klägers für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit. Das dem Kläger zur Last gelegte Verhalten habe das Vertrauensverhältnis zwischen dem Arzt, der Beigeladenen zu 1) und den beigeladenen Krankenkassen insgesamt derart gestört, dass eine weitere Zusammenarbeit zwischen der Beigeladenen zu 1) und den Krankenkassen einerseits sowie dem Kläger andererseits nicht mehr möglich sei. Kein anderes Mittel als die Entziehung der Zulassung reiche aus, um die geordnete

vertragsärztliche Versorgung sicher zu stellen bzw. um das System der kassenärztlichen Versorgung funktionsfähig zu erhalten. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit sei gewahrt. Wie sich im Laufe des Verfahrens vor dem Beklagten und hier insbesondere aus der mündlichen Verhandlung ergeben habe, sei keinerlei Einsichtsfähigkeit des Klägers hinsichtlich der ihm zur Last gelegten Vorwürfe zu erkennen. Dieser beharre vielmehr auf seiner Auffassung, er habe sich völlig korrekt verhalten.
Hiergegen richtet sich die Klage zum Sozialgericht München vom 18. März 2004, die erst mit Schriftsatz vom 5. April 2007 näher begründet wurde. Zum Vorwurf, der Kläger habe Anfragen der KV nicht oder unzulänglich beantwortet, sei auszuführen, dass auch nach hiesiger Ansicht ein Vertragsarzt prinzipiell gehalten sei, Anfragen seiner KV zeitnah und wahrheitsgemäß zu beantworten. Im vorliegenden Fall sei jedoch bei der Gewichtung des Vorwurfs zu berücksichtigen, dass das Verhältnis zwischen der KV einerseits und dem Kläger andererseits zum damaligen Zeitpunkt aufgrund der Patientenbefragungen und der seitens der KV gestellten Strafanzeige bei der Staatsanwaltschaft K. erheblich belastet gewesen sei. Deshalb hätte die fehlende Antwort des Klägers auf entsprechende Anfragen der KVB allenfalls im Rahmen eines Disziplinarverfahrens gewürdigt werden dürfen, nicht aber mit einem Antrag auf Entziehung der Zulassung. Der Vorwurf, wegen Ausübung ärztlicher Tätigkeit in B. nicht in ausreichendem Umfang zur Versorgung seiner Patienten in A-Stadt zur Verfügung gestanden zu haben, sei eigentlich unverständlich. Es sei jedem Arzt in Bayern gestattet, in einem anderen EU-Mitgliedstaat eine ärztliche Tätigkeit aufzunehmen, wenn die Versorgung seiner Patienten in seiner Heimatpraxis gewährleistet sei. Der Beklagte habe aufgrund der Angaben des Klägers lediglich die Vermutung aufgestellt, es sei keine ausreichende Präsenz in A-Stadt gegeben. Letztlich müsse dieser Teil des Vorwurfs erst Recht im Lichte des neuen Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes mit den zahlreichen Möglichkeiten der Filialbildung und überörtlichen Tätigkeiten in anderem Licht gesehen werden. Hinsichtlich des Vorwurfs der fehlerhaften Abrechnung sei zwar richtig, dass auch bei Einstellung eines strafrechtlichen Ermittlungsverfahrens gemäß § 170 Abs. 2 StPO aus vertragsärztlicher Sicht dennoch eine gröbliche Pflichtverletzung vorliegen könne, mithin die strafrechtliche Einstellung des Zulassungsentziehungsverfahrens nicht präjudiziert sei. Auf der anderen Seite könne man aber auch nicht einfach kommentarlos über die sehr ausführliche Einstellungsbegründung hinweg gehen, zumal sich der Kläger - wenn auch vielleicht nicht immer im Ergebnis zutreffend - zur Stützung seiner Auffassung auf verschiedene Kommentare zur Gebührenordnung berufen habe. Ob man im Rahmen der gerichtlichen Überprüfung des Bescheides des Beklagten auf alle Einzelheiten der sehr ausführlich seitens der KV dargelegten Fälle eingehen müsse, scheine indessen zweifelhaft. Zu berücksichtigen sei nämlich, dass es sich insgesamt um Vorwürfe aus den Jahren 1996 bis 1999 handle. Damit sei die Frage angesprochen, ob der Kläger wegen der langen Verfahrensdauer jedenfalls heute wieder geeignet sei, an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen. Im Kern gehe es also um die Frage des Wohlverhaltens während des Verfahrens.
Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 20.11.2007 hat der Kläger angegeben, dass er seit Juli 1997 als sog. Wahlarzt eine Frauenarztpraxis in B. betreibe. An zwei Tagen in der Woche halte er in B. Sprechstunden ab bzw. operiere. Er sei dort durch Telefonweiterleitung auch an diesen Tagen für seine Patientinnen aus A-Stadt erreichbar. Er könne angesichts der elektronisch gefassten Kartei auch von B. aus fernmündlich Patientinnen beraten bzw. unmittelbar Verordnungen ausstellen. Bezüglich des Aspekts des "Wohlverhaltens" gab der Kläger an, dass es seit dem Zulassungsentzug 2000 und dem heuten Tage keinerlei Beanstandungen seiner Abrechnungen durch die KVB bzw. die Prüfgremien gegeben habe, abgesehen von einzelnen sachlich-rechnerischen Richtigstellungen. Die Bevollmächtigte der Beigeladenen zu 1) gab an, dass der Kläger nach wie vor die Abrechnungsweise zeige, die im streitgegenständlichen Bescheid moniert werde. Sie legt dem Gericht dazu beispielhaft einen Behandlungsfall aus dem Quartal 1/07 vor. Der Vorsitzende des Beklagten hat hierzu ausgeführt, dass der Kläger keineswegs seit 2000 beanstandungsfrei Leistungen abgerechnet habe. Nach Auffassung des Beklagten habe der Kläger sein Abrechnungsverhalten gerade nicht verändert, sondern verstoße seit nunmehr elf Jahren gegen seine Verpflichtung peinlichst genau abzurechnen. Der Kläger hat zum erörterten Einzelfall ausgeführt, dass die Patientin auf ihren Wunsch hin und weil sie als Schwangere darauf einen Anspruch habe, noch zwei Tage vor Abbruch Mutterschaftsvorsorge nach den Mutterschaftsrichtlinien erhalten habe. Der Kläger zeigt dem Gericht auf seinem mitgebrachten Laptop eine Erklärung der Patientin in dem vorgelegten Einzelfall, die lautet: "Hiermit erkläre ich, dass ich aufgrund eigener Entscheidung die Praxis von Herrn B. J. A. aufgesucht habe, um mich von ihm nach den Mutterschaftsrichtlinien der GKV betreuen zu lassen."

Das Sozialgericht München hat mit Urteil vom 20. November 2007 die Klage abgewiesen. Der angefochtene Bescheid des Beklagten vom 18.02.2004 sei nicht zu beanstanden. Zunächst verweise der Beklagte zu Recht darauf, dass die nachhaltige Weigerung des Klägers, der Beigeladenen zu 1) die entsprechenden Auskünfte zu seiner Tätigkeit in B. zu erteilen, im Zusammenwirken mit der sonstigen Auskunftsverweigerung zur Patientenbefragung eine gröbliche Verletzung vertragsärztlicher Pflichten darstelle. Der Kläger habe die geforderte detaillierte Stellungnahme zu seiner Tätigkeit in B. nach Abschluss des staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahrens im Februar 2002 nie abgegeben. Für den Beklagten würden aber hinsichtlich des gröblichen Pflichtenverstoßes zutreffend die falschen Leistungsabrechnungen des Klägers im Vordergrund stehen. Die durchgeführten Patientenbefragungen würden Ergebnisse zu den Quartalen 1/96 und 2/96 liefern. Das Gericht nehme zur Abkürzung Bezug auf die Einzelfälle, die der Beklagte im streitgegenständlichen Bescheid ausführe. Die falsche Abrechnung insbesondere einer Leistung als Mutterschaftsvorsorge, obwohl die Patientin den Arzt, der den Schwangerschaftsabbruch vornehme, zur Vornahme des Schwangerschaftsabbruchs aufsuche, stehe zur Überzeugung des Gerichts fest. Der Beklagte sei im streitgegenständlichen Bescheid von zutreffenden Feststellungen ausgegangen. Der Kläger habe in der mündlichen Verhandlung dieses Abrechnungsverhalten insofern bestätigt, als er angegeben habe, dass die Patientin auf ihren Wunsch hin und weil die Schwangere darauf einen Anspruch habe, noch zwei Tage vor Abbruch Mutterschaftsvorsorge nach den Mutterschaftsrichtlinien erhalten habe. Er könne vor dem Abbruch nicht wissen, ob es zu dem Schwangerschaftsabbruch letztlich kommen werde. Er habe die Verpflichtung, Mutterschaftsvorsorge durchzuführen. Dies werte das Gericht als reine Schutzbehauptung. Ersichtlich gehe es dem Kläger um die Optimierung seiner Abrechnung. Die Beharrlichkeit des Klägers bezüglich seiner Abrechnungsweise könne an dem berechtigten Vorwurf der gröblichen Pflichtenverletzung durch diese objektiv falsche Abrechnung nichts ändern. Es gehöre zu seinen Pflichten als Vertragsarzt, sich über die Abrechnungsbestimmungen zu informieren und sich auch an Vorschriften zu halten, deren Sinnhaftigkeit er nicht einzusehen vermöge. In diesem Zusammenhang könne sich der Kläger auch nicht mit Erfolg auf ein sog. Wohlverhalten seit der Zulassungsentziehung durch den Beklagten im Februar 2004 berufen. Denn die Feststellungen hierzu hätten ergeben, dass der Kläger nicht nur uneinsichtig sei, sondern nach wie vor eben die Abrechnungsweise zeige, die im streitgegenständlichen Bescheid vom Beklagten moniert werde und zur Zulassungsentziehung geführt habe. Jedenfalls aus den Beklagtenakten sowie den beigezogenen (zwischenzeitlich erledigten) Verfahren S 43 KA 618/04 und S 43 KA 619/04 gehe hervor, dass der Kläger jedenfalls in den Quartalen bis 3/03 ebenfalls die beanstandete Abrechnungsweise an den Tag gelegt habe.

Gegen dieses Urteil richtet sich die Berufung des Klägers vom 29. April 2008, die mit Schriftsatz vom 29.05.2008 näher begründet wurde. Die Voraussetzungen einer gröblichen Pflichtverletzung des Klägers würden nicht vorliegen. Hinsichtlich des Vorwurfs der nicht gegebenen Auskunft über die Tätigkeit in der Gemeinschaftspraxis in B. sei festzustellen, dass diese Tatsache erst im Rahmen des Widerspruchsverfahrens zur Grundlage der Entscheidung gemacht worden sei. Soweit der Beklagte im Widerspruchsbescheid vom

18.02.2004 meine, allein die behauptete Weigerung, erbetene Auskünfte zu erteilen, würde eine gröbliche Pflichtverletzung darstellen, die für sich gesehen schon eine Entziehung der Zulassung rechtfertige, sei dies unzutreffend. Der Kläger habe mit Schreiben vom 19.09.2000, 15.06.2003 und 15.07.2003 sowie mündlich im Rahmen der Sitzungen des Beklagten am 13.05.2003 und am 23.09.2003 hinreichend Auskunft über den Umfang seiner Tätigkeit in B. gegeben. Schließlich habe der Kläger auch in der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht München am 20.11.2007 der Richterin vollständig und wahrheitsgemäß Auskunft über den Umfang der Tätigkeit gegeben. Der Kläger sei aber immer noch der Auffassung, dass er aufgrund des damals laufenden Ermittlungsverfahrens und seines Auskunftsverweigerungsrechts nicht verpflichtet gewesen wäre, nähere Angaben zu machen. Dies habe ihm auch sein damaliger anwaltlicher Vertreter geraten. In Betracht käme angesichts der Geringfügigkeit eines angenommen Pflichtenverstoßes allein die Einleitung eines Disziplinarverfahrens. Hinsichtlich des beanstandeten Abrechnungsverhaltens sei festzustellen, dass ein vorsätzliches Abrechnen nicht erbrachter Leistungen durch den Kläger nicht vorliege. Im Kern des Vorwurfes des Beklagten gehe es nicht darum, dass der Kläger nicht erbrachte Leistungen vorsätzlich abgerechnet habe, sondern darum, ob die unstreitig erbrachten Leistungen (Mutterschaftsvorsorge) nach den Abrechnungsbestimmungen abrechenbar seien. Damit rechtfertige bereits aus diesem Grunde der Kernvorwurf des Beklagten keine gröbliche Verletzung vertragsärztlicher Pflichten. Nichts desto trotz seien diese Vorwürfe näher zu beleuchten. Die Abrechnung der Mutterschaftsvorsorgeleistungen (insbesondere nach der GOP 100 ff. EBM 1996 bzw. GOP 01770 EBM 200 plus) werde im Grundsatz und in jedem herangezogenen Einzelfall durch einen später nachfolgenden Schwangerschaftsabbruch (GOP 190 ff. EBM 1996) nicht gehindert (Beweis: Sachverständigengutachten Dr. Klemm, Wasserburg). Der Kläger habe die obligatorischen Leistungen der GOP 100 EBM 1996 bzw. GOP 01770 EBM 2000 plus, die ihn zur entsprechenden Abrechnung der Position berechtigen, erbracht. Der Kläger habe dem Beklagten im Rahmen des Widerspruchsverfahrens die fünf Fälle (Patientinnen B. M., L., S., G. und A. M.) auf seinem Laptop hinreichend dokumentiert und hierzu Stellung genommen (Zeugnis des RA H. A.). Sämtliche Patientinnen hätten den Kläger mindestens einmal vor dem Schwangerschaftsabbruch in dessen Praxis aufgesucht, was für die Abrechnung der GOP 100 EBM 1996 bzw. GOP 01770 EBM 2000 plus auch ausreichend sei. Die Befragung der Patientinnen hätte nur einen sehr eingeschränkten Beweiswert, da sie sich teilweise nicht einmal hätten entsinnen können, ob sie einen Termin in der Praxis des Klägers überhaupt wahrgenommen hätten, geschweige denn, was der Inhalt des Termins gewesen sei. Die Entziehung der Zulassung auf derart vage Zeugenerinnerungen zu stützen, erscheine diesseits mehr als bedenklich. Festzuhalten sei weiter, dass die Beklagte lediglich vermute, dass die die Patientinnen S., A. M., G., B. M. und L. angeblich betreuenden Ärzte die GOP 100 EBM 1996 bzw. GOP 01770 EBM 2000 plus abgerechnet hätten, was zu einem Ausschluss der nochmaligen Abrechnung durch den Kläger führe. Der Kläger habe jedenfalls keine Kenntnis von betreuenden Ärzten der o.g. Patientinnen gehabt. Soweit der Beklagte auf Seite 29 des Widerspruchsbescheides beanstande, dass der Kläger bei der Patientin A. M. die GOP 102 des EBM 1996 angesetzt habe, so sei auszuführen, dass der Kläger die Betreuung der Patientin übernommen habe und bereits am 09.04.1996 Mutterschaftsvorsorgeleistungen gemäß GOP 100 EBM 1996 erbracht habe und damit auch zum Ansatz der GOP 102 EBM 1996 berechtigt gewesen sei. Die Leistung nach der GOP 102 EBM 1996 sei am 12.04.1996 erbracht worden. Erst hiernach habe sich die Patientin rechtswirksam für den Abbruch entschieden, der dann am 12.04.1996 durchgeführt worden sei. Soweit der Beklagte auf Seite 29 f des Widerspruchsbescheides beanstande, dass der Kläger bei den Patientinnen B. M., G., L., Sch., F., C-T. I., U.H., A., Ai., B. U. und B.-W. die GOP 37 EBM 1996 angesetzt habe, gelte das eben Gesagte. Da der Kläger die Mutterschaftsvorsorge übernommen habe, habe der Kläger auch diese Leistung entsprechend abrechnen können, da diese medizinisch indiziert gewesen seien. Entgegen der Darstellung des Beklagten verlange die GOP 100 EBM 1996 bzw. GOP 01770 EBM 2000 plus im Hinblick auf die vollständige Leistungserbringung nicht, dass die ärztliche Betreuung während der gesamten Schwangerschaft und nach der Entbindung stattzufinden habe. In allen Fällen habe der Kläger die Schwangere beraten und untersucht, insbesondere die Ultraschalluntersuchungen vorgenommen und die Bilddokumentation durchgeführt und einen Mutterpass ausgestellt und damit alle Voraussetzungen der Leistungsbeschreibung erfüllt. Dabei werde klargestellt, dass es sich bei der Schwangerschaftsbetreuung nach GOP 01770 EBM 2000 plus (ehemals 100 EBM 1996) abrechnungstechnisch um eine Pauschale handle. Dieser Pauschale sei immanent, dass die Betreuung unabhängig von deren Dauer und Umfang abgerechnet werden könne und in der Praxis auch werde. Soweit sich die Schwangere für einen Schwangerschaftsabbruch entscheide, könne der Kläger die Betreuung schon von der Natur der Sache nicht fortsetzen. Diese Entscheidung zum Abbruch obliege aber allein der Schwangeren, der Kläger könne und dürfe dieser Entscheidung nicht vorgreifen. Der der Betreuung zeitlich nachfolgende Schwangerschaftsabbruch führe aber nicht dazu, dass die bisher erbrachten Vorsorgeleistungen nachträglich wertlos würden und abrechnungstechnisch entfielen, sondern würden als Pauschale abrechenbar bleiben. Es sei weiter festzustellen, dass sich die Leistungen der GOP 190 ff. EBM 1996 und GOP 100 ff. EBM 1996 grundsätzlich auch deshalb nicht ausschließen würden, da es an einer entsprechenden Ausschlussbestimmung fehle. Ein Ausschluss könne auch nicht aus dem gleichen Behandlungsfall hergeleitet werden. Sobald verschiedene Kostenträger betroffen seien, würden sich die Leistungen nicht wegen des "gleichen Behandlungsfalles" ausschließen. Für einen notwendigen unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang zwischen den von den Schwangeren gewünschten und vom Kläger erbrachten Leistungen der Schwangerschaftsbetreuung (Mutterschaftsvorsorge) und einen ggf. später folgenden Schwangerschaftsabbruch abzustellen gebe der EBM nichts her. Folgende Untersuchungen aus dem Bereich der Mutterschaftsvorsorge würden vor allem der Gesundheit der Schwangeren dienen, unabhängig davon, ob die Schwangerschaft durch einen Abbruch oder durch das Austragen beendet werde, nämlich die histologische Untersuchung des sankrimatischen Materials und die Anti-D-Prophylaxe. Im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen könne zudem aufgedeckt werden, dass bei einem Teil der Patientinnen kein Rötelnschutz vorhanden sei. Die Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch würden unter D.3.3.a klarstellen, dass die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 24b Abs. 3 SGB V) bei allen Schwangerschaftsabbrüchen auch die ärztliche Behandlung für die Dauer der Schwangerschaft beinhalte. Durch eine Verwehrung der Vorsorgeleistungen werde die Entscheidung der Schwangeren gegen den Schwangerschaftsabbruch erschwert, was der Gesetzgeber gerade vermeiden wolle. Es würden sich zahlreiche Beispiele aus der Praxis des Klägers beibringen lassen, in denen die abbruchwilligen Frauen sich nach einem klärenden Gespräch und einer entsprechenden Untersuchung nach den Mutterschaftsrichtlinien - entgegen dem ursprünglichem Vorhaben - doch zur Austragung des Kindes entschlossen hätten. Nach Durchsicht der gesamten Unterlagen des Klägers lasse sich feststellen, dass sich ca. 5 bis 10 % aller Schwangeren nach den Untersuchungen nach den Mutterschaftsrichtlinien und der darauf aufbauenden Beratung des Klägers doch noch gegen den Schwangerschaftsabbruch entschieden hätten. Der Ablehnung der Mutterschaftsvorsorgeleistungen nach den GOP 100 EBM 1996 bzw. GOP 01770 EBM 2000 plus stehe auch nicht entgegen, dass diese im Behandlungsfall je Quartal grundsätzlich nur von einem Arzt abgerechnet werden könnten, so dass eine Teilung der Betreuung einer Schwangeren grundsätzlich nicht möglich sei und bei Urlaubs- und Krankheitsvertretungen oder bei Mit- oder Weiterbehandlungen die durchgeführten Leistungen nur nach den kurativen Leistungspositionen abzurechnen seien. Eine solche Teilung liege nicht vor. Der Kläger habe auch nicht wissen können, dass die Schwangere bereits bei einem anderen Frauenarzt betreut und dort bereits die GOP 100 EBM 1996 bzw. GOP 01770 EBM 2000 plus abgerechnet worden sei oder nicht. Soweit der Beklagte auf Seite 30 f. des Widerspruchsbescheides beanstande, dass der Kläger die GOP 157 EBM 1996 abgerechnet habe, obwohl die Patientin L. die Praxis des Klägers nur zum Zwecke des Schwangerschaftsabbruches aufgesucht habe, habe der Kläger die Leistungen nach der GOP 157 EBM 1996 erbracht und die Patientin L. insbesondere hinsichtlich der Früherkennung von Krebserkrankungen untersucht und beraten (Beweis soweit erforderlich

Abrechnungsunterlagen des Klägers, Zeugnis der Frau L., ladungsfähige Anschrift wird nachgereicht). Das Gleiche gelte für die Patientinnen C-T. I., Ar. M., U.H. und A. (Beweis soweit erforderlich: Abrechnungsunterlagen des Klägers). Soweit der Beklagte auf Seite 31 des Widerspruchsbescheides beanstande, dass die Patientin S. keine Beratung zur Empfängnisregelung erhalten habe, sei dies schlicht falsch (Beweis soweit erforderlich: Abrechnungsunterlagen des Klägers, Zeugnis der Frau S., ladungsfähige Anschrift wird nachgereicht). Gleiches gelte für die Patientinnen A. M., B. M., L., C-T. I. und B. U. (Beweis soweit erforderlich: Abrechnungsunterlagen des Klägers, Zeugnis der genannten Patientinnen, die ladungsfähigen Anschriften werden nachgereicht). Der Kläger habe nicht wissentlich Leistungen an weiteren Behandlungstagen abgerechnet, obwohl kein zweiter oder dritter Patientenkontakt vor dem Schwangerschaftsabbruch stattgefunden habe. Dies gelte für die Patientinnen S., A. M., B. M., G., L., F., Sch., Ar. M., U. H., A., Ai., D., C-T. I., B. U. und B.-W. (Beweis soweit erforderlich: Abrechnungsunterlagen des Klägers bzw. Zeugnis der genannten Patientinnen, ladungsfähige Anschriften werden nachgereicht). Falsch sei auch die Darstellung des Beklagten, der Kläger habe zu den Vorwürfen zu keiner Zeit Stellung genommen. Der Kläger habe die Patientendaten während beider Termine der Verhandlungen auf seinem Laptop dargetan und erläutert. Der Kläger habe keine wissentliche Abrechnung von Leistungen vorgenommen, ohne dass es hierzu eine behandlungsbedürftige Diagnose gegeben hätte. Wie der Beklagte auf Seite 36 des Widerspruchsbescheides selbst feststelle, vermöge der Patient im allgemeinen selbst nicht festzustellen, ob bzw. dass in seinem Fall eine differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände erforderlich sei. Dabei hätten die Aussagen der Patientinnen nur einen sehr eingeschränkten Beweiswert. Tatsächlich habe der Kläger in allen beanstandeten Fällen die psychosomatischen Krankheitszustände (insbesondere Schlafstörungen) festgestellt und daher die Leistungen nach den GOP 850, 851 EBM 1996 begründet erbracht und zu Recht abgerechnet. Soweit der Beklagte meine, die Leistung sei über die GOP 190/192 EBM 1996 abzurechnen, so verkenne er, dass über die GOP 192 nur die Intervention der Folgen des Schwangerschaftsabbruches abgedeckt seien, nicht die vor dem Schwangerschaftsabbruch auftretenden psychosomatischen Krankheitszustände.
Mit weiteren Schriftsatz vom 17.06.2008 hat der Kläger die fünf Fälle, die Gegenstand der Strafanzeige und des Ausgangsbescheides gewesen sind, noch einmal kurz und zusammenfassend dargestellt (S., A. M., B. M., G., L.). Ergänzend weist der Kläger darauf hin, dass er aufgrund der schweren Geschütze, die die KVB mit der Strafanzeige und der Zulassungsentziehung aufgefahren habe, von Beginn des Quartals 2/99 bis Ende des Quartals 3/2003 aus Respekt vor nachhaltigen Schäden vorsorglich (und zu Lasten der Patientinnen) darauf verzichtet habe, die immer erbrachten Mutterschaftsvorsorgeleistungen abzurechnen. Als im Oktober 2003 der Beklagte unter dem Vorsitz des Herrn B. keine nachvollziehbaren Argumente habe darlegen können, weshalb insbesondere bei Patientinnen, die zuvor bei einem anderen Frauenarzt gewesen seien, Mutterschaftsvorsorgeleistungen entgegen der früheren Praxis nicht mehr abrechenbar sein sollten, habe der Kläger die auch zuvor immer erbrachten, aber gleichsam minderwertig unter "Sonstige Hilfe" abgerechneten Mutterschaftsvorsorgeleistungen ab dem Oktober 2003 wieder als solche abgerechnet. Durch die Selbsteinschränkung des Klägers sei ihm ein Schaden von ca. 50.000,- EUR entstanden.

Der Bevollmächtigte des Klägers stellt den Antrag aus dem Schriftsatz vom 18.04.2008,
das Urteil des Sozialgerichts München vom 20. November 2007 (S 43 KA 357/04) sowie den Bescheid des Zulassungsausschusses vom 28.11.2000 in Gestalt des Widerspruchsbescheides des Beklagten vom 18.02.2004 aufzuheben, hilfsweise den Bescheid des Beklagten vom 18.02.2004 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, den Widerspruch des Klägers unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu bescheiden.

Die Vertreterin des Beklagten beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Die Beigeladenen zu 1), 2), 4) und 5) stellen den Antrag,
die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Die Beigeladene zu 1) hat mit Schriftsatz vom 08.07.2008 geltend gemacht, es könne dahingestellt bleiben, ob die anfängliche Nichtauskunft über die Tätigkeit in B. (eine vollständige Auskunft sei erst in der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht am 20.11.2007 erfolgt) noch als Grund für eine Zulassungsentziehung herangezogen werden könne. Auf jeden Fall sei die gröbliche Pflichtverletzung vorliegend in einem fortgesetzten Verstoß gegen die Pflicht des Vertragsarztes zur peinlich genauen Abrechnung zu sehen. Der Kläger habe über viele Jahre hinweg (seit 1996) im direkten Zusammenhang mit geplanten Schwangerschaftsabbrüchen nach der sog. Beratungsregelung (rechtswidriger, aber straffreier Schwangerschaftsabbruch) Mutterschaftsvorsorgeleistungen zu Unrecht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abgerechnet. Mindestens seit dem Jahr 2000 rechne der Kläger zusätzlich in dem Bewusstsein so ab, dass die KVB sowie die Krankenkassen die Leistungsinhalte und Abrechnungsvoraussetzungen als nicht erfüllt beurteilt hätten. Der Verstoß gegen die Pflicht zur peinlich genauen Abrechnung könne ohne Weiteres anhand der Gebührenordnung für Vertragsärzte (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) sowie anhand der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschaftsrichtlinien) und derjenigen zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch nachvollzogen werden. Der Kläger, der seit 1986 als Frauenarzt in A-Stadt vertragsärztlich tätig sei, führe in seiner Praxis Schwangerschaftsabbrüche durch. In der Mehrzahl handle es sich um rechtswidrige, aber straffreie Schwangerschaftsabbrüche nach der Beratungsregelung, die nicht zu Lasten der GKV abgerechnet werden könnten, sondern von der Frau privat zu bezahlen seien (Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch D 3.3 b Zahlungspflicht der Frau, § 24b Abs. 4 SGB V). Anhand von Rechnungen über die in der Arztpraxis des Klägers durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche sowie anhand der der KVB vorliegenden Behandlungsausweise des Arztes im Rahmen der vertragsärztlichen Abrechnung sei festgestellt worden, dass regelmäßig und gleichförmig Mutterschaftsvorsorgeleistungen zu Lasten der GVK in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einem nachfolgenden Schwangerschaftsabbruch nach Beratungsregelung abgerechnet worden seien. In den Fällen, in denen die AOK Bayern Rechnungen zur Verfügung habe stellen können, handle es sich um solche, in denen die gesetzliche Krankenkasse die Kosten des Schwangerschaftsabbruchs nach dem Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen (SchwHG) zunächst übernehme und sich anschließend vom Sozialamt erstatten lasse. Zur Bestätigung der vermuteten Falschabrechnung habe die KVB in den Jahren 1999 und 2000 insgesamt zwei Patientenbefragungsaktionen durchgeführt, zu denen ausschließlich Patientinnen eingeladen worden seien, bei denen aufgrund des Vorliegens einer Rechnung über den Schwangerschaftsabbruch festgestanden habe, dass ein solcher auch tatsächlich in der Praxis des Klägers durchgeführt worden sei. Insgesamt hätten 15 Patientinnen an den Befragungen teilgenommen. Im Wesentlichen hätten alle 15 Personen den gleichen Beratungs- und Behandlungsablauf in der Praxis des Klägers geschildert. Die Patientinnen seien vor dem Schwangerschaftsabbruch jeweils einmal in der Praxis des Berufungsklägers zur Besprechung und Voruntersuchung gewesen. Sie hätten angegeben, diese Arztpraxis nur zur Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs aufgesucht zu haben, zuvor seien sie nach eigenen Angaben jeweils bei einem anderen Frauenarzt gewesen, der die Schwangerschaft festgestellt und bis zum Entschluss bis zum

Schwangerschaftsabbruch betreut habe. Des Weiteren hätten sie ausgesagt, dass sie sich die notwendige Bescheinigung einer anerkannten Beratungsstelle bereits vor dem Aufsuchen der Praxis des Klägers hätten ausstellen lassen und diese zum ersten Termin bei dem Kläger bereits mitgebracht hätten. Nach Beurteilung durch die KVB und die gesetzlichen Krankenkassen sei in oben geschilderter Fallkonstellation die Abrechnung der Mutterschaftsvorsorge (GOP 100 EBM 96 bzw. seit 01.04.2005 GOP 01770 EBM 2000 plus) nicht möglich. Die Leistung nach GOP 100 EBM 96 bzw. 01770 EBM 2000 plus könne jeweils nur von einem und zwar von dem Arzt abgerechnet werden, der auch tatsächlich die Betreuung einer Schwangeren über ein gesamtes Quartal hinweg übernommen habe. Bei Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretungen oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlungen seien die durchgeführten Leistungen nach den entsprechenden kurativen Leistungspositionen abzurechnen. Der Berufungskläger habe in weit überwiegender Zahl Leistungen der Mutterschaftsvorsorge im Rahmen einer Mit- bzw. Weiterbehandlung abgerechnet. Da in diesen Fällen der Vertragsarzt die entsprechenden kurativen Leistungspositionen hätte ansetzen müssen und die Abrechnung der GOP 100 EBM 96 bzw. 01770 EBM 2000 plus mithin nicht gestattet sei, sei bereits unter diesem Gesichtspunkt eine Falschabrechnung gegeben. Des Weiteren seien entsprechend der Mutterschaftsrichtlinien im Schwangerschaftsverlauf neben der ersten Voruntersuchung im Allgemeinen in einem Abstand von etwa vier Wochen weitere Untersuchungen angezeigt. Nach den allgemeinen Bestimmungen sei eine Leistung nur abrechnungsfähig, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht werde. Konkret sei jedoch in keinem der von dem Kläger abgerechneten Fälle nach GOP 100 EBM 96 bzw. 01770 EBM 2000 plus in einem Zeitraum von zwei bis vier Wochen eine weitere Untersuchung erfolgt. Mithin könne somit auch unter Beachtung dieser fehlenden Voraussetzung nicht von einer vollständigen und damit abrechenbaren Leistung ausgegangen werden. Gemäß Anlage B II Ziffer 12 der Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und der AOK Bayern über den Abschluss eines 23. Nachtrages zum Gesamtvertrag und seinen Anlagen sei die Abrechnung der Betreuungspauschale einer Schwangeren nach der GOP 100 EBM 96 bzw. 01770 EBM 2000 plus im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch in besonderen Fällen ausgeschlossen. Schwangerschaftsabbrüche in besonderen Fällen würden durch das Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz vom 21.08.1995 näher geregelt. Die in Art. 5 § 4 SFHÄndG geregelten Kostenerstattung durch das Land werde durch die Verwaltungsvereinbarung nach dem Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fälle näher konkretisiert. Die Vergütung eines Schwangerschaftsabbruches in besonderen Fällen erfolge hiernach ausschließlich nach der zwischen den Krankenkassenverbänden in Bayern und dem Freistaat Bayern abgeschlossen Verwaltungsvereinbarung. Mit der in dieser Verwaltungsvereinbarung geregelten Vergütung seien alle ärztlichen Leistungen in zeitlichem Zusammenhang mit der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruches in besonderen Fällen abgegolten (Pauschale), eine gleichzeitige Abrechnung mit der GOP 100 EBM 96 bzw. 01770 EBM 2000 plus sei mithin ausgeschlossen. Aus dem EBM seien im Einzelnen vor dem Schwangerschaftsabbruch nach Beratungsregelung die Beratung über die Erhaltung der Schwangerschaft und über die ärztlich bedeutsamen Gesichtspunkte bei einem Schwangerschaftsabbruch (GOP 190 EBM 96 bzw. GOP 01900 EBM 2000 plus) und die Ultraschalluntersuchung zur Feststellung des Schwangerschaftsalters vor einem geplanten Schwangerschaftsabbruch (GOP 191 EBM 96 bzw. GOP 01902 EBM 2000 plus) berechnungsfähig. Auf der Grundlage der Ergebnisse der Patientenbefragungen habe die KVB für den Zeitraum der Quartale 1/96 bis 4/99 sowie in einem anschließenden weiteren Verwaltungsverfahren für den Zeitraum der Quartale 1/00 bis 1/03 die Fälle festgestellt, in denen der Berufungskläger nach gleichem Schema vertragsärztliche Leistungen abgerechnet habe wie in den Fällen der Teilnehmerinnen an den Befragungen. Die KVB habe die Honorarbescheide für die betreffenden Quartale aufgehoben und das neue dem Vertragsarzt nach der Korrektur der betreffenden Leistungsansätze zustehende Honorar festgesetzt. Die hiergegen zum Sozialgericht München eingelegten Klagen (Az.: S 43 KA 618/04 und 619/04) seien am 20.11.2007 vergleichsweise beendet worden. Der Vergleich sei auf Vorschlag des Gerichts zustande gekommen, das beanstandet habe, dass für die Quartale 1/96, 3/96, 4/96, 1/97 und 2/97 nicht mindestens je eine Rechnung über einen Schwangerschaftsabbruch vorgelegen habe. Dem Grunde nach habe das Gericht jedoch in dem Abrechnungsverhalten ebenfalls eine Falschabrechnung gesehen. Mit Schreiben vom 03.12.2007 habe die KVB ein Plausibilitätsprüfungsverfahren betreffend die Quartale 3/03 bis 2/07 aufgrund des unveränderten fehlerhaften Abrechnungsverhaltens des Klägers eingeleitet. Nach Prüfung der Behandlungsscheine und Abrechnungen des Vertragsarztes bezüglich der durch ihn vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche nach dem Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz habe sich gezeigt, dass der Arzt trotz der vorangegangenen Verfahren in der Regel zwei Tage vor dem eigentlichen Schwangerschaftsabbruch weiterhin Mutterschaftsvorsorgeleistungen nach der GOP 100 EBM 96 bzw. 01770 EBM 2000 plus unrechtmäßig abgerechnet habe. Der Vertragsarzt habe zumindest bis Mitte des Jahres 2007 sein Abrechnungsverhalten nicht geändert. Die KVB habe schließlich mit dem Honoraraufhebungs- und Neufestsetzungsbescheid vom 13.12.2007 eine Gesamtrückforderungssumme von 64.475,28 EUR festgelegt. Hinsichtlich der seinerzeitigen Einstellungsverfügung der Staatsanwaltschaft K. vom 08.02.2002 gehe die KVB davon aus, dass die Staatsanwaltschaft zum damaligen Zeitpunkt die Besonderheiten der vertragsärztlichen Abrechnungssystematik nicht genügend in ihre Überlegungen einbezogen habe. Die KVB habe mit Schreiben vom 02.04.2008 erneut Anzeige gegen den Vertragsarzt wegen des Verdachts des Abrechnungsbetrugs bei der Staatsanwaltschaft für den Zeitraum seit der Einstellungsverfügung vom 08.02.2002 erstattet, die zuständige Staatsanwaltschaft K. habe inzwischen ein Ermittlungsverfahren unter dem Az.: 211Js 6277/08 eingeleitet. Der Kläger zeige bislang keine Einsicht, dass im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen kein Raum für die Berechnung der Mutterschaftsbetreuungsleistungen sei. Die KVB halte die Fortsetzung der Zusammenarbeit mit dem Kläger deshalb für nicht mehr zumutbar. Mit weiterem Schreiben vom 14.06.2011 hat die Beigeladene zu 1) noch vorgetragen, dass der Kläger das Abrechnungsverhalten, das dem Zulassungsentziehungsverfahren zugrunde liege, bis zur aktuellen Abrechnung nicht aufgegeben habe. Dies sei zuletzt bei der Prüfung der Quartale 3/2007 bis 3/2010 festgestellt worden.
Die Prozessbevollmächtigten des Klägers haben mit Fax-Schreiben vom 07.11.2011 beantragt, den Termin vom 09.11.2011 zu verschieben. Sie hätten die Ladung erst ziemlich spät erhalten und erst jetzt Gelegenheit zur Rücksprache mit dem Mandanten gehabt. Der Mandant sei, da die Angelegenheit existenzbedrohende Ausmaße habe, dringend daran interessiert, an dem Termin teilzunehmen. Jedoch befinde sich der Kläger am 09.11.2011 geschäftsmäßig im Ausland und sei unaufschiebbar verhindert. Die Termine könnten nur mit erheblichen finanziellen Nachteilen wieder abgesagt werden.
Bereits mit Schriftsatz vom 24.08.2011 hatte der Senat auf Anfrage der Prozessbevollmächtigten des Klägers mitgeteilt, dass beabsichtigt sei, die Streitsachen mit den Aktenzeichen L 12 KA 40/08 und L 12 KA 56/10 am 05.10.2011 oder 09.11.2011 zu terminieren.
Mit weiterem Fax-Schreiben vom 08.11.2011 wurde vorsorglich beantragt, die Revision zuzulassen.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakten des Beklagten, die Akte des Sozialgerichts München, Az.: S 43 KA 357/04, die Berufungsakte des Bayer. Landessozialgerichts, Az.: L 12 KA 40/08, die erledigten Akten des Bayer. Landessozialgerichts, Az.: L 12 KA 4/95 und L 12 KA 56/96, sowie die Verwaltungsakten des Beklagten zur Entscheidung vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren weiteren Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers vom 25.04.2008 gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 20. November 2007 ist zulässig, aber sowohl im Haupt- wie im Hilfsantrag nicht begründet.
Der Beklagte hat mit dem allein streitgegenständlichen Bescheid vom 18. Februar 2004 den Beschluss des Zulassungsausschusses Ärzte Schwaben vom 18.10.2000, mit dem dem Kläger die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung entzogen wurde, zu Recht bestätigt.

Rechtsgrundlage der angefochtenen Entscheidung des Beklagten ist § 95 Abs. 6 SGB V. Danach ist einem Vertragsarzt die Zulassung unter anderem zu entziehen, wenn er seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt. Eine Pflichtverletzung ist gröblich, wenn sie so schwer wiegt, dass ihretwegen die Entziehung zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung notwendig ist. Davon ist dann auszugehen, wenn durch sie das Vertrauen der vertragsärztlichen Institutionen in die ordnungsgemäße Behandlung der Versicherten und in die Rechtmäßigkeit der Abrechnungen durch den Vertragsarzt so gestört ist, dass ihnen eine weitere Zusammenarbeit mit dem Vertragsarzt nicht mehr zugemutet werden kann (BSGE 73, 234, 237 = SozR 3-2500 § 95 Nr. 4 Seite 12, BSGE 66, 6, 7 = SozR 2200 § 368a Nr. 24 Seite 82; BverfGE 69, 233, 244 = SozR 2200 § 368a Nr. 12, Seite 30). Für den Tatbestand einer gröblichen Pflichtverletzung im Sinne von § 95 Abs. 6 SGB V ist nicht erforderlich, dass den Vertragsarzt ein Verschulden trifft, auch unverschuldete Pflichtverletzungen können zur Zulassungsentziehung führen.
Der Zulassungsentziehung des Klägers liegen eine Reihe von unterschiedlichen Vorwürfen zugrunde, die nach Auffassung des Senats im Wesentlichen auch vorliegen:

1. Der Beklagte wirft dem Kläger zunächst zu Recht vor, dass er gegen seine Ver-pflichtung nach § 4 Abs. 5 der Satzung der Beigeladenen zu 1) (bzw. § 4 Abs. 2 der vorausgehenden Satzungsfassung vom 28. Juni 2000, Bayer. Staatsanzeiger Nr. 32/2000) zur Auskunftserteilung verstoßen hat. Danach ist jedes Mitglied der Beigeladenen zu 1) verpflichtet, dieser alle Auskünfte zu erteilen und die erforderlichen Unterlagen vorzulegen, die zur Nachprüfung der vertragsärztlichen oder sonstigen von der KV sichergestellten und gewährleisteten ärztlichen Tätigkeit erforderlich sind. Der Beklagte hat den zugrunde liegenden Sachverhalt zutreffend dargestellt. Danach hat die Beigeladene zu 1) als Reaktion auf einen Zeitungsartikel aus der L. Zeitung vom 23.08.1997, wo über eine Praxiseröffnung des Klägers in B. berichtet wurde, den Kläger um Stellungnahme zu dieser Praxistätigkeit in B. und der Auswirkung dieser Tätigkeit auf die Praxis in A-Stadt erstmalig mit Schriftsatz vom 27.07.2000 gebeten. Hierauf erfolgte keinerlei Reaktion durch den Kläger. Daraufhin wurde die Stellungnahme des Klägers mit Schriftsatz vom 04.09.2000 der Beigeladenen zu 1) mit Fristsetzung bis 18.09.2000 angemahnt. Hierauf hat der Kläger geantwortet, dass er sich nicht in der Lage sehe, auf die Anfrage einzugehen, solange ihm nicht irgendwelche Verstöße gegen seine vertragsärztlichen Pflichten substantiiert vorgetragen würden. Es wurde der Verdacht der Gesinnungsschnüffelei erhoben.
Darauf hin hat die Beigeladene zu 1) mit Schriftsatz vom 02.10.2000 den Kläger unter Hinweis auf § 20 Ärzte-ZV nochmals um Stellungnahme bis spätestens 13.10.2000 gebeten. Auch hierauf erfolgte keinerlei Stellungnahme durch den Kläger. Mit Schreiben vom 16.06.2003 hat die Beigeladene zu 1) schließlich nochmals unter Hinweis auf die Vorschrift des § 20 Ärzte-ZV den Kläger um Mitteilung des Umfangs der Tätigkeit in der B. Praxis bis 14.07.2003 gebeten.
Hierzu hat der Prozessbevollmächtigte des Klägers mit Schriftsatz vom 15.07.2003 mitgeteilt, dass der Kläger bereits in der Sitzung des Berufungsausschusses vom 13.05.2003 zum Umfang der Tätigkeit in B. Stellung genommen habe. Er habe auch schon schriftlich gegenüber der Beigeladenen zu 1) Stellung genommen. Die Versorgung der Versicherten in A-Stadt würde durch die Tätigkeit in B. keinerlei Nachteile oder Einbußen erhalten. Die Versicherten könnten aufgrund telefonischer Maßnahmen jederzeit den Kläger erreichen. Auch sonst seien alle organisatorischen Vorkehrungen getroffen. Der Kläger stehe den Versicherten jederzeit im erforderlichen Maße entsprechend § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV zur Verfügung. Hierzu stellt der Beklagte zutreffend fest, dass in der Niederschrift zur Sitzung am 13.05.2003 keinerlei Hinweise auf entsprechende Ausführungen des Klägers enthalten sind. Die Sitzung wurde ohnehin alsbald vertagt. Auch das Schreiben des Prozessbevollmächtigten des Klägers vom 16.06.2003 enthält keine hinreichenden Ausführungen. Von daher ist der Vorwurf eines Verstoßes gegen § 4 Abs. 2 der Satzung der Beigeladenen zu 1) a.F. bzw. § 4 Abs. 5 der Satzung der Beigeladenen zu 1) n.F. in vollem Umfang zutreffend. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass gegen den Kläger bereits mit Bescheid der Beigeladenen zu 1) vom 15.06.1992 eine Disziplinarmaßnahme in Form einer Geldbuße in Höhe von 5.000 DM verhängt wurde wegen eines Verstoßes gegen § 4 Abs. 2 der Satzung der Beigeladenen zu 1). Auch hier hatte der Kläger sich nachhaltig geweigert, die ihm gestellten Fragen zu beantworten. Darüber hinaus war ihm in den damaligen Disziplinarbescheid noch zur Last gelegt worden, dass er von seinen Patientinnen eine Pflegepauschale pro Tag in Höhe von 250 DM erhoben hatte, die von Patienten privat zu tragen war.
Erst in der Verhandlung am 23.09.2003 hat der Kläger mitgeteilt, dass er in B. am Montag und Mittwoch behandle. Auf Vorhalt, dass in den öffentlich zugänglichen Informationen die Praxisöffnungszeiten in A-Stadt unter anderem ebenfalls Montag und Mittwoch nennen würden, erklärte der Kläger lapidar, er habe vergessen, dies zu ändern. Ob es sich hierbei, wie vom Beklagten vermutet, um eine Schutzbehauptung handelt, kann dahinstehen, weil der Vorwurf der Weigerung, der Beigeladenen zu 1) Auskünfte gemäß § 4 Abs. 2 der Satzung zu erteilen, eindeutig vorliegt, wenn der Betroffene auf Anfragen beginnend im Jahre 2000 erstmalig im Jahr 2003 inhaltlich hinreichend antwortet. Der Beklagte sieht bereits in der nachhaltigen pflichtwidrigen Weigerung des Klägers, von ihm erbetene Auskünfte zu erteilen, einen schwerwiegenden Pflichtenverstoß des Klägers, der geeignet war, das Vertrauen in eine weitere Zusammenarbeit mit dem Kläger zu zerstören (vgl. Seite 22 des Bescheides). Dieser Bewertung des Beklagten stimmt der Senat vollumfänglich zu. Diesbezüglich ist zunächst festzustellen, dass die vom Kläger im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem Beklagten am 23.09.2003 gegebenen Auskünfte nicht mehr als "Erfüllung" der seit dem Jahre 2000 an den Kläger gerichteten Auskunftsbegehren angesehen werden können. Denn in diesen Anfragen ging es um die zeitnahe Prüfung, ob der Kläger wegen seiner Tätigkeit in B. in ausreichendem Maße für die vertragsärztliche Versorgung der Patienten in A-Stadt zur Verfügung steht, wie aus den Schreiben der Beigeladenen zu 1) vom 27.07.2000, 04.09.2000 und 02.10.2000 unter Hinweis auf § 20 Ärzte-ZV ohne weiteres für den Kläger erkennbar war. Deswegen ist der Verstoß des Klägers gegen die Auskunftspflicht auch schuldhaft. Gerade dem Kläger war aufgrund des früheren Disziplinarbescheides vom 15. Juni 1992, der mit Urteilen des Sozialgerichts München vom 23. November 1994 und des Bayer. Landessozialgerichts vom 15. November 1995 mit eingehender Begründung bestätigt wurde, Art und Umfang seiner Auskunftspflicht gegenüber der Beklagten bestens bekannt. Wenn der Kläger gleichwohl wiederum der Beigeladenen zu 1) die zur Erfüllung ihrer Aufgaben aus § 75 Abs. 1 SGB V notwendigen Auskünfte über Jahre hinweg vorenthält, dann ist eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Kläger nicht mehr möglich. Eine Ahndung dieser groben Pflichtverletzung nur durch Disziplinarbescheid war nicht mehr möglich, weil bereits der erste Disziplinarbescheid vom 15. Juni 1992 keine Verhaltensänderung beim Kläger bewirkt hat.

2. Die Entziehung der Zulassung des Klägers rechtfertigt sich aber auch selbständig
- unabhängig von der geschilderten Auskunftsverweigerung - wegen der Falschabrechnungen des Klägers

2.1 Abrechnung von Mutterschaftsvorsorgeleistungen.

2.1.1 Der Beklagte beanstandet zu Recht die Abrechnung der GOP 100 EBM bzw. 01770 EBM 2000 plus in zehn genannten Fällen (S., A. M., B. M., G., L., F.,
C-T. I., A., Ai. und B. U.). Der Beklagte nimmt hier auf der Grundlage der Befragung der oben genannten zehn Patientinnen an, dass diese den Kläger nur zur Vornahme des Schwangerschaftsabbruches aufgesucht hätten und der Leistungsinhalt der GOP 100 EBM bzw. 01770 EBM 2000 plus in diesen Fällen nicht erbracht wurde. Dem ist zuzustimmen.

Seit dem In-Kraft-Treten des Schwangeren-Familienhilfeänderungsgesetzes (Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten - Schwangerschaftskonfliktgesetz in der Fassung des Art. 1 des Schwangeren- und Familiehilfeänderungsgesetzes vom 21. August 1995, BGBl. I S. 1050) am 1. Oktober 1995 kommt es für die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 24b SGB V maßgeblich auf die Indikation des Schwangerschaftsabbruches an. Dabei ist zu unterscheiden zwischen dem straflosen Schwangerschaftsabbruch aufgrund sozialer Indikation (ehemalige Notlagenindikation) gemäß § 218a Abs. 1 StGB und den nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbrüchen bei medizinischer (§ 218a Abs. 2 StGB) und kriminologischer (§ 218a Abs. 3 StGB) Indikation. Während die Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch bei medizinischer und kriminologischer Indikation voll von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden, geht der Eingriff bei einem Schwangerschaftsabbruch nach § 218a Abs. 1 StGB zu Lasten der Schwangeren. Dies bezieht sich allerdings nur auf die Leistungen, die zur unmittelbaren Durchführung des Eingriffs notwendig sind.
In den hier beanstandeten zehn Fällen handelt es sich ausschließlich um Schwangerschaftsabbrüche auf der Grundlage der sozialen Indikation im Sinne des § 218a Abs. 1 StGB.
Im Falle eines unter den Voraussetzungen des § 218a Abs. 1 StGB vorgenommenen Abbruchs der Schwangerschaft haben Versicherte gemäß § 24b Abs. 3 SGB V Anspruch auf die ärztliche Beratung über die Erhaltung und den Abbruch der Schwangerschaft, die ärztliche Behandlung mit Ausnahme der Vornahme des Abbruchs und der Nachbehandlung bei komplikationslosem Verlauf, die Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln sowie auf Krankenhausbehandlung, falls und soweit die Maßnahmen dazu dienen,
1. die Gesundheit des Ungeborenen zu schützen, falls es nicht zum Abbruch
kommt,
2. die Gesundheit der Kinder aus weiteren Schwangerschaften zu schützen oder
3. die Gesundheit der Mutter zu schützen, insbesondere zu erwartenden Kompli-
kationen aus dem Abbruch der Schwangerschaft vorzubeugen oder eingetrete-
ne Komplikationen zu beseitigen.
Demgegenüber sind gemäß § 24b Abs. 4 SGB V folgende Leistungen von der Schwangeren selbst zu tragen, nämlich die Anästhesie, der operative Eingriff, die vaginale Behandlung einschließlich der Einbringung von Arzneimitteln in die Gebärmutter, die Injektion von Medikamenten, die Gabe eines Wehen auslösenden Medikaments, die Assistenz durch einen anderen Arzt sowie die körperlichen Untersuchungen im Rahmen der unmittelbaren Operationsvorbereitung und der Überwachung im direkten Anschluss an die Operation. Die von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 24b Abs. 3 SGB V umfassten Leistungen sind in Ziffer 3.3 (Kostenregelung) der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch in der Fassung vom 10. Dezember 1985 (Bundesanzeiger 1986 Nr. 60a, hier in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Oktober 1998 (Bundesanzeiger 1999, Nr. 16, S. 946, in Kraft treten: 26.01.1999) näher beschrieben. Danach werden von der gesetzlichen Krankenversicherung bei allen Schwangerschaftsabbrüchen (Ziffer 3.3a aa) die ärztliche Beratung über die Erhaltung und den Abbruch der Schwangerschaft, die ärztliche Behandlung für die Dauer der Schwangerschaft, die Feststellung des Schwangerschaftsalters durch eine Ultraschalluntersuchung vor dem Abbruch, die Bestimmung von Blutgruppe und Rhesusfaktor, die bei Rhesus-negativen Frauen nach erfolgtem Abbruch durchzuführende Rhesus-Desensibilisierung durch Injektion von Anti-D-Immunglobulin (Anti-D-Prophylaxe), die ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln, wenn diese Maßnahmen erforderlich werden, um Komplikationen des Abbruchs zu behandeln und die Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, beim operativen Abbruch (Ziffer 3.3a bb) die prä-operativen Beratungen und Aufklärungsgespräche im Hinblick auf Risiken und Nebenwirkungen des operativen Eingriffs, die prophylaktische Gabe eines Uterotonikums postoperativ, die histologische Untersuchung des Abradates (Schwangerschaftsgewebes) und perioperativ und/oder intraoperativ zusätzlich erforderliche Maßnahmen zur Vermeidung von Komplikationen, bei medizinischem Abbruch (Ziffer 3.3.a cc) die Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen der Methode und den Ablauf der Behandlung sowie Ausschluss von Kontraindikationen und zusätzlich erforderliche Maßnahmen zur Vermeidung von Komplikationen.
Vor dem 27.01.1999 galten die sog. sonstigen Hilfen-Richtlinien - ärztliche Maßnahmen zur Empfängnisregelung, Sterilisation und zum Schwangerschaftsabbruch in der Neufassung vom 10. Dezember 1985 des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Diese Richtlinien sehen unter Buchstabe D 1 3. Absatz u.a. auch vor, dass sich der den Schwangerschaftsabbruch vornehmende Arzt eine Bescheinigung eines anderen Arztes über das Vorliegen einer anerkannten Indikation zum Schwangerschaftsabbruch aushändigen lassen muss, wobei diese Bescheinigung ihn allerdings nicht von der Verantwortung entbindet, diese Indikation selbst zu überprüfen. Dazu hat er der Frau Gelegenheit zu geben, ihm die Gründe für ihr Verlangen nach Abbruch der Schwangerschaft darzulegen. Er ist außerdem verpflichtet, die Schwangere über die Bedeutung des Eingriffs, insbesondere über Ablauf, Folgen, Risiken, mögliche physische und psychische Auswirkungen des Schwangerschaftsabbruchs ärztlich zu beraten.
Für diese Leistung sowie für weitere im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch in Frage kommenden Leistungen enthalten die einschlägigen Fassungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) hier in den einschlägigen Fassungen der Jahre 1996 bis 1999 eigene Leistungsziffern (GOP 190 ff. EBM) die sich nach Inhalt und Umfang von den Leistungen der Mutterschaftsvorsorge gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft unterscheiden (GOP 100 ff. EBM).
Auf der Grundlage der Befragung der zehn Frauen ist der Beklagte zur Überzeugung des Senats zu Recht davon ausgegangen, dass die vom Kläger erbrachten Leistungen (Beratungen und Untersuchungen) nicht unter die GOP des EBM der Mutterschaftsvorsorge fallen, sondern anderen Leistungsziffern im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch zuzuordnen sind (GOP s 190 ff. EBM). Der Kläger hat zur Überzeugung des Senats nicht die Leistungen erbracht, die bei der Betreuung einer Schwangeren gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach den Mutterschaftsrichtlinien zu erbringen sind, sondern diejenigen Leistungen gemäß den Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des Gemeinsamen Bundesausschusses bzw. der sog. sonstige Hilfen-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen.

Abgesehen davon hat der Kläger den Leistungsinhalt der von ihm abgerechneten GOP 100 EBM 1996 nach den allgemeinen Auslegungsregeln nicht erfüllt. Für die Auslegung der vertragsärztlichen Gebührenordnung ist nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. etwa BSG, Urteil vom 12.12.2001, Az.: B 6 KA 88/00 R = SozR 3-5533 Nr. 443, Nr. 1) in erster Linie der Wortlaut

der Leistungslegenden maßgeblich. Das vertragliche Regelwerk dient nämlich dem Ausgleich der unterschiedlichen Interessen zwischen Ärzten und Krankenkassen und es ist vorrangig Aufgabe des Bewertungsausschusses selbst, auftretende Unklarheiten 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 Gebührenregeln vorzunehmen. In eingeschränktem Maße kommt auch eine entstehungsgeschichtliche Auslegung unklarer oder mehrdeutiger Regelungen in Betracht. Leistungsbeschreibungen dürfen indessen weder ausdehnend ausgelegt noch analog angewendet werden.
Zur Überzeugung des Senats steht fest, dass der Kläger die streitgegenständliche GOP 100 EBM 1996 schon deswegen nicht abrechnen konnte, weil keine "Betreuung einer Schwangeren" gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft (Mutterschafts-Richtlinien) vorlag. Nach dem Wortlaut vergütet die GOP 100 EBM 1996 die Betreuung einer Schwangern gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft, einschließlich Ultraschallüberwachung mit Bilddokumentation, einschließlich Dokumentation, einmal im Behandlungsfall. Die nach den Mutterschafts-Richtlinien durchzuführenden Beratungen und Untersuchungen sind mit der Berechnung der GOP 100 quartalsbezogen abgegolten. Die Leistung nach der GOP 100 kann für die Betreuung einer Schwangeren im Laufe eines Kalendervierteljahres nur von einem Vertragsarzt abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn mehrere Vertragsärzte in die Betreuung der Schwangeren eingebunden sind (z.B. bei Vertretung oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung). Schon im Text der streitgegenständlichen GOP 100 EBM 1996 wird der Begriff Betreuung näher definiert als Beratungen und Untersuchungen gemäß den Mutterschafts-Richtlinien. Die Definition des Begriffs der Betreuung einer Schwangeren in der streitgegenständlichen Gebührenordnung im Sinne einer Mehrzahl von Beratungen und Untersuchungen entspricht auch dem Begriff der Betreuung, dem ein Moment der Dauer und Kontinuität inne wohnt und sich nicht in einem einmaligen Arzt-Patientenkontakt erschöpfen kann. Die genaue Art und Anzahl der durchzuführenden Untersuchungen und Beratungen ergibt sich aus den in der GOP 100 EBM in Bezug genommenen Mutterschafts-Richtlinien. Die Auslegung des Begriffs der Betreuung einer Schwangeren im Sinne einer auf Dauer und Kontinuität angelegten Sorge für die Frau ergibt sich auch bei einer systematischen Betrachtungsweise. Der Begriff der Betreuung findet sich an mehreren Stellen der streitgegenständlichen Gebührenordnung (für EBM 1996: GOP 12, 14, 15, 20, 63 ff., 10 ff. und 818). Auch diesen Leistungsziffern ist gemein, dass sie nur bei einer kontinuierlichen Betreuung des Kranken während des Behandlungsfalls (Quartals) abrechenbar sind und insbesondere deswegen nicht im Vertretungsfall abgerechnet werden können. Der auch in der streitgegenständlichen GOP 100 EBM 1996 enthaltene Ausschluss der Abrechenbarkeit im Falle der Vertretung oder der Notfallbehandlung ist ein weiterer deutlicher Hinweis, dass die einmalige Untersuchung und Beratung im Regelfall nicht den Leistungsinhalt der GOP 100 EBM erfüllt. Von diesem Grundsatz mag es Ausnahmen geben. Ein solcher Ausnahmefall liegt aber keinesfalls dann vor, wenn die Patientinnen, versehen mit einem Beratungsschein über eine Beratung nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz (vgl. § 219 StGB) mit dem Ziel, den Schwangerschaftsabbruch beim Kläger durchführen zu lassen, den Kläger aufsuchen und der Schwangerschaftsabbruch auch tatsächlich stattfindet. In dieser Situation ist der Arzt, der den Schwangerschaftsabbruch vornehmen soll, verpflichtet, um straflos zu bleiben, im Rahmen der ihm obliegenden Vergewisserungspflichten sich auf geeignete Weise Gewissheit darüber zu verschaffen, dass das Verlangen der Patientin, den Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen, ernsthaft ist und auf einer eigenen Entscheidung beruht (vgl. hierzu F., Kommentar zum Strafgesetzbuch, 59. Auflage 2012, § 218a StGB, Rdnr. 12). Die Vergewisserung über die Ernsthaftigkeit des Verlangens der Patientin, die Schwangerschaft abzubrechen, ist keine Beratungsleistung im Sinne der streitgegenständlichen GOP 100 EBM, sondern fällt unter die GOP 190 EBM (Beratung über die Erhaltung der Schwangerschaft und über die ärztlich bedeutsamen Gesichtspunkte bei einem Schwangerschaftsabbruches ggf. mit schriftlicher Feststellung der Indikation für den Schwangerschaftsabbruch, ggf. einschließlich Untersuchung und/oder immunologischen Schwangerschaftstests, einmal im Behandlungsfall).
In den Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch ist ausgeführt, dass der Schwangerschaftsabbruch keine Methode zur Geburtenregelung ist. Daher hat der Arzt im Rahmen der von ihm gemäß GOP 190 EBM durchgeführten ärztlichen Beratung der Schwangeren darauf hinzuwirken, dass die Schwangerschaft ausgetragen wird, wenn nicht schwerwiegende gesundheitliche Gründe entgegenstehen, dabei ist auf die Möglichkeit öffentlicher und privater sozialer Hilfen für Schwangere, Mütter und Kinder hinzuweisen. Schließlich sind die Darlegungs-, Beratungs- und Vergewisserungspflichten des § 218c StGB zu erfüllen. Nicht nachvollziehbar ist, wenn der Kläger vorträgt, durch eine Versagung der Vorsorgeleistungen werde die Entscheidung der Schwangeren, sich gegen den Schwangerschaftsabbruch zu entscheiden, erschwert. Es würden sich viele Beispiele aus seiner Praxis beibringen lassen, in denen sich die abbruchwilligen Frauen nach "einem klärenden Gespräch und einer entsprechenden Untersuchung nach den Mutterschafts-Richtlinien" doch zur Austragung des Kindes entschieden haben. Dies wird vom Senat nicht bezweifelt. Jedoch handelt es sich hier nicht um eine "Beratung und Untersuchung nach den Mutterschafts-Richtlinien", sondern um den oben beschriebenen klassischen Inhalt der GOP 190 EBM.
Es steht nicht zur Disposition des Klägers, ob er die GOP 100 EBM oder die GOP 190 EBM abrechnet.
Die im Anschluss an diese Vergewisserung der Ernsthaftigkeit des Verlangens der Patientinnen, die Schwangerschaft abbrechen zu wollen, erbrachte Untersuchung und Beratung stellt unter keinem Gesichtspunkt mehr eine Beratung und Untersuchungsleistung gemäß den Mutterschafts-Richtlinien dar, sondern steht ausschließlich im Zusammenhang mit der Vorbereitung des wenige Tage später erfolgten Abbruches der Schwangerschaft. Deswegen kann der Vertragsarzt nur diejenigen vertragsärztlichen Leistungen abrechnen, die im Zusammenhang mit einem rechtswidrigen, straffreiem Schwangerschaftsabbruch vom Vertragsarzt abgerechnet werden können (vgl. EBM-Kapitel Schwangerschaftsabbruch B X 3 EBM 96). Dies ist neben der genannten GOP 190 EBM vor allem die Ultraschalluntersuchung zur Feststellung des Schwangerschaftsalters vor einem geplanten Schwangerschaftsabbruch (GOP 191 EBM). Soweit weitergehende vertragsärztliche Leistungen der Schwangeren vor dem Schwangerschaftsabbruch notwendig sind, können hierfür anstelle der nicht abrechenbaren GOP 100 EBM 96 die entsprechenden kurativen Leistungspositionen (z.B. GOP 1, 2, 381, 384 EBM 96) abgerechnet werden (vgl. Kommentar zum EBM, Wezel/Liebold B IX Prävention, Seite 155). Die nicht von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfassten Leistungen im Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch konnte der Kläger direkt mit den Patientinnen (damaliger Tarif des Klägers nach den vorliegenden Unterlagen 450,- EUR) oder ggf. direkt mit der Krankenkasse abrechnen.
Nach dem Ergebnis der Befragung der zehn Frauen ist der Senat in Übereinstimmung mit dem Beklagten davon überzeugt, dass die Frauen nur einmal vor dem Schwangerschaftsabbruch beim Kläger in Behandlung waren. Im Falle der Patientin Ai. ergibt sich dies aus den eigenen Angaben des Klägers. Während auf dem Behandlungsausweis Behandlungen am 04.01.1999, 05.01.1999, 07.01.1999 und 08.01.1999 angegeben sind, berichtet der Kläger in seinem Arztbrief vom 08.01.1999 an die die Patientin Ai. vor- und nach behandelnde Gynäkologin G., dass die Patientin Ai. am 05.01. und 08.01.1999 bei ihm zur Behandlung gewesen sei und der Schwangerschaftsabbruch an 08.01.1999 erfolgt sei. Bei einem Vergleich des Behandlungsausweises und des Arztbriefes fällt zudem auf, dass im Behandlungsausweis nicht ansatzweise erkennbar ist, dass bei der Patientin Ai. ein Schwangerschaftsabbruch stattgefunden hat - wie auch in den übrigen neun beanstandeten Fällen -, während in dem Arztbrief vom 08.01.1999 der Schwangerschaftsabbruch ganz im Mittelpunkt steht.
Da der Kläger im gesamten Verwaltungs- und Gerichtsverfahren den Angaben der zehn befragten Frauen keine hinreichend substantiierten Aussagen entgegen gesetzt hat, alle Patientinnen gleichlautend bekundet haben, vor dem Schwangerschaftsabbruch höchstens einmal in

der Praxis des Klägers gewesen zu sein und die Richtigkeit dieser Angaben im Fall Ai. durch die Angaben des Klägers im Arztbrief an die Gynäkologin G. vom 08.01.1999 bestätigt wird, geht der Senat von der Richtigkeit der Angaben der befragten Frauen aus. Danach haben diese den Kläger vor dem Schwangerschaftsabbruch nur einmal aufgesucht.
Weitere Ermittlungen waren nicht erforderlich.
Das Ausmaß der Ermittlungen steht im pflichtgemäßen Ermessen des Gerichts (Großer Senat des Bundessozialgerichts, BSGE 30, 192, 205), wobei eine weitere Beweisaufnahme unterbleiben kann, wenn es nach Auswertung der bisher vorliegenden Beweismittel bereits zu einem Ergebnis gelangt ist, das der Entscheidung zugrunde gelegt werden kann (Kühl in: Breitkreuz/Fichte, SGG, § 103 Rdnr. 5).
Bei den vom Kläger an diesem einen Untersuchungstermin vor dem Schwangerschaftsabbruch erbrachten Beratungen, Untersuchungen und sonstigen Leistungen handelt es sich zur Überzeugung des Senats um die im Zusammenhang und der Vorbereitung des Schwangerschaftsabbruchs notwendigen Leistungen, die nicht die Leistungsvoraussetzungen der GOP 100 EBM erfüllen.

2.1.2 Abrechnung der GOP 102 EBM.
Der Beklagte sieht zu Recht auch eine Falschabrechnung des Klägers darin, dass dieser bei der Patientin A. M. unter dem Datum 12.04.1996 die GOP 102 des EBM auf dem kurativen Behandlungsausweis abgerechnet hat.
Die GOP 102 EBM beinhaltet die weiterführende differentialdiagnostische sono-graphische Abklärung gemäß Anlage 1.c II der Mutterschafts-Richtlinien, ggf. in mehreren Sitzungen, eines aus der/den Ultraschall-Screening-Untersuchung(en) entstandenen Verdachts auf Schädigung eines Föten durch Fehlbildung oder Erkrankung durch denselben Arzt, der in demselben Behandlungsfall die Leistung nach der GOP 100 EBM erbracht hat. Diesbezüglich ist zunächst festzustellen, dass es sich bei der GOP 102 EBM um eine weiterführende differentialdignostische sonographische Abklärung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorgeleistungen handelt.
Vor dem zur Überzeugung des Senats feststehenden Sachverhalt, dass Frau A. M. nur einmal vor dem Schwangerschaftsabbruch die Praxis des Klägers aufgesucht hat und deswegen die Voraussetzungen zur Abrechnung der GOP 100 EBM nicht vorlagen, liegen zwangsläufig auch die Voraussetzungen für die Abrechnung der GOP 102 EBM ebenfalls nicht vor. Diesbezüglich ist darüber hinaus darauf hinzuweisen, dass nach den vom Kläger in der Sitzung des Beklagten am 23.09.2003 übergebenen Behandlungsunterlagen von Frau A. M. der Schwangerschaftsabbruch am 12.04.1996 erfolgt ist, so dass für den Senat schlechterdings nicht vorstellbar ist, wie der Kläger die Voraussetzungen der Abrechnung der GOP 102 EBM an diesem Tag erbracht haben will. Auch hier handelt es sich ganz offensichtlich um Leistungen im Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch.

2.1.3 Abrechnung der GOP 137 EBM im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch.
Der Beklagte wirft dem Kläger eine Falschabrechnung zur Überzeugung des Senats auch insoweit zu Recht vor, als dieser bei elf Patientinnen (B. M., G., L., F., Sch., C.-T. I., U. H., A., Ai., B. U. und B.-W.) kurz vor dem Schwangerschaftsabbruch die GOP 137 EBM abgerechnet hat. Die GOP 137 EBM beinhaltet die Untersuchung zum Nachweis von Clamydia trachomatis-Antigenen aus der Cervix auf einem vorgefertigten Testträger. Der Kläger hat bei den genannten Patientinnen die GOP 137 EBM nach dem Erstkontakt mit der Patientin kurz vor dem Schwangerschaftsabbruch (z.B. bei den Patientinnen U. H. und B.-W. zwei Tage vor dem Schwangerschaftsabbruch, bei den Patientinnen B. M. und Ai. einen Tag vor dem Schwangerschaftsabbruch bzw. bei der Patientin L. sogar am Tag des Schwangerschaftsabbruches abgerechnet). Die Abrechnung der GOP 137 EBM ist bei den zum Schwangerschaftsabbruch entschlossenen Patientinnen kurz vor der Vornahme des Schwangerschaftsabbruches nicht mehr als Leistung der Mutterschaftsvorsorge anzusehen. Die Leistung wäre allenfalls als kurative Leistung (GOP 3890 EBM, mit 101 Punkten geringer bewertet als die GOP 137 EBM mit 150 Punkten) abzurechnen gewesen. Hinsichtlich des Falles Ai. ist ergänzend darauf hinzuweisen, dass nach dem Arztbrief des Klägers vom 08.01.1999 an die vor- und nachbehandelnde Gynäkologin Dr. G. sich die Patientin Ai. nur am 05. und 08.01.1999 beim Kläger vorgestellt hatte, während die GOP 137 EBM nach dem Behandlungsausweis am 07.01.1999 erbracht wurde.

2.2 Abrechnung von Leistungen, die als Teil des Schwangerschaftsabbruches nicht gesondert abrechnungsfähig waren (GOP 3822, 3823 und 3848 EBM) sowie Abrechnung der GOP s 157, 165, 166 EBM.

2.2.1 Der Beklagte wirft dem Kläger auch insoweit zu Recht zur Überzeugung des Senats eine Falschabrechnung vor, als dieser bei acht Patientinnen (S., A. M., L., F., C-T. I., Ar. M., Ai., B.-W.) die GOP 3822, 3823 und 3848 EBM abgerechnet hat. Bei den GOP 3848, 3823, 3822 EBM handelt es sich um präoperative Laborleistungen im Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch, die gemäß § 24b Abs. 4 SGB V i.V.m. Ziffer 3.3b aa der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch (In-Kraft-Treten am 27.01.1999, für die Zeit davor enthalten die Sonstigen Hilfen-Richtlinien - ärztliche Maßnahmen zur Empfängnisregelung, Sterilisation und zum Schwangerschaftsabbruch unter Buchstabe D entsprechende Regelungen) nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden konnten, sondern der Zuzahlungspflicht der Frau unterliegen bzw. bei bedürftigen Patientinnen im Rahmen der Pauschalvergütung nach der Verwaltungsordnung zum Gesetz für Hilfe von Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen extra vergütet werden.

2.2.2 Der Beklagte wirft dem Kläger weiter zu Recht vor, in fünf Fällen (L., C-T. I., Ar. M., U. H. und A.) jeweils die GOP 157 EBM falsch abgerechnet zu haben. Die GOP 157 EBM betrifft die Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau gemäß Abschnitt B 1 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien einschließlich Beratung (310 Punkte). Vorliegend ist festzustellen, dass der Kläger die GOP 157 EBM immer am Tag des Schwangerschaftsabbruches abgerechnet hat. Von daher ist der Senat in Übereinstimmung mit dem Beklagten der Überzeugung, dass der Leistungsinhalt der abgerechneten GOP 157 EBM nicht erfüllt ist. Insbesondere ist die ggf. erfolgte histologische Abklärung von dem im Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch gewonnenen Material keine Erfüllung der GOP 157 EBM, die eine gezielte Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen und eine entsprechende Beratung erfordert.

2.2.3 Abrechnung der GOP 165 EBM.
Der Beklagte wirft zur Überzeugung des Senats zu Recht in vier Fällen (S., A. M., C-T. I. und D.) dem Kläger vor, die GOP 165 des EBM falsch abgerechnet zu haben. Die Patientin S. hat in ihrer Befragung am 30.11.1999 angegeben, dass der Kläger am 24.06.1996 (Tag der Abrechnung der GOP 165 EBM) mit ihr nicht über Empfängnisverhütung gesprochen habe. Die Frage der Empfängnisverhütung sei vielmehr mit ihrem vorbehandelnden Arzt Dr. P. besprochen worden, insoweit ist die Patientin S. allerdings nicht hundertprozentig sicher. Die Patientin A. M. hat bei ihrer Befragung am 30.11.1999 angegeben, dass der Kläger am 03.04.1996 nicht über Empfängnisverhütung gesprochen habe, abgesehen davon sei sie am 03.04.1996 noch in Urlaub gewesen. Die Patientin D. hat bei ihrer Befragung angegeben, dass der Kläger am 23.03.1999 (Tag der Abrechnung der GOP 165 EBM) nicht mit ihr über Empfängnisverhütung gesprochen hat. Die Patientin C-T. I. hat angegeben, dass der Kläger am 07.01.1999 (Tag der Abrechnung der GOP 165 EBM) nicht mit ihr über

Empfängnisverhütung gesprochen habe. Soweit der Beklagte bei weiteren Patientinnen des Klägers eine Falschabrechnung der GOP 165 EBM annimmt, kann dem der Senat allerdings nicht folgen. So hat die Patientin B. M. eingeräumt, dass der Kläger am 04.01.1999 (Tag der Abrechnung der GOP 165 EBM) mit ihr über Empfängnisverhütung gesprochen habe, auch wenn dies nicht auf ihren Wunsch hin geschehen sei, weil die Frage der Empfängnisverhütung mit dem vorbehandelnden Frauenarzt Dr. S. bereits besprochen war. Die Patientin F. hat bei ihrer Befragung am 04.07.2000 angegeben, dass sie sich nicht mehr daran erinnern könne, ob der Kläger mit ihr am 04.01.1999 (Tag der Abrechnung der GOP 165 EBM) über Empfängnisverhütung gesprochen habe. Die übrigen befragten Patientinnen (G., L., Sch., Ar. M., U. H., A., Ai., B. U. und B.-W.) haben demgegenüber die Frage, ob der Kläger mit ihnen über Empfängnisverhütung gesprochen habe, bejaht. Insgesamt ist bezüglich der Abrechnung der GOP 165 EBM danach zunächst festzustellen, dass der Kläger in vier Fällen (S., A. M., D. und C-T. I.) die GOP 165 EBM falsch abgerechnet hat. In die Überprüfung sind allerdings auch noch die Angaben zur Abrechnung der GOP 166 EBM einzubeziehen.

2.2.4 Falschabrechnung der GOP 166 EBM (= Beratung zur Empfängnisregelung).
Die GOP 166 EBM betrifft die Beratung zur Empfängnisregelung, wobei weitergehend als die GOP 165 EBM eine Erhebung der Anamnese und eine gynäkologische Untersuchung erforderlich ist. Deswegen ist die Ziffer 166 EBM mit 200 Punkten höher vergütet als die Ziffer 165 EBM mit 80 Punkten. Auf der Grundlage der Befragungen der sechs Patientinnen (Sch., Ar. M., U. H., D., B. U. und B.-W.) ist der Senat in Übereinstimmung mit dem Beklagten der Auffassung, dass der Kläger die GOP 166 EBM mit Ausnahme im Falle B.-W., die Gespräche mit dem Kläger über Empfängnisverhütung am 03.03.1999 und 09.03.1999 bestätigt hat, falsch abgerechnet worden ist. Die Patientin Sch. hat bei ihrer Befragung am 04.07.2000 angegeben, dass sie nur einmal vor dem Schwangerschaftsabbruch beim Kläger in Behandlung war, nämlich fünf bis sieben Tage vor dem Schwangerschaftsabbruch, der am 19.03.1999 erfolgte. Der Senat war daher der Auffassung, dass der Kläger die GOP 165 EBM entgegen der Auffassung des Beklagten zutreffend am 11.03.1999 abgerechnet hat (s.o.). Die weitergehende Beratung der GOP 166 EBM wurde dagegen zur Überzeugung des Senats vom Kläger zu Unrecht abgerechnet, weil die Patientin nach dem 11.03.1999 vor dem Schwangerschaftsabbruch am 19.03.1999 nicht beim Kläger zur Behandlung war und die Patientin Sch. nur eine Beratung über Empfängnisregelung bestätigt hat. Die Patientin Ar. M. hat bei ihrer Befragung am 04.07.2000 angegeben, dass sie vor dem Schwangerschaftsabbruch nur einmal die Praxis des Klägers aufgesucht hat, nämlich an einen Donnerstag oder Freitag vor dem eine Woche später an einem Freitag stattfindenden Schwangerschaftsabbruch. Bei der Voruntersuchung sei auch über Empfängnisverhütung gesprochen worden. Die Angaben der Patientinnen stimmen insoweit mit den Aufzeichnungen des Klägers auf dem Behandlungsausweis überein, als ca. eine Woche vor dem Schwangerschaftsabbruch am 29.01.1999 der Kläger am 21.01.1999 die GOP 166 EBM abgerechnet hat. Da die Patientin Ar. M. aber nur einmal in der Praxis des Klägers zur Voruntersuchung für den Schwangerschaftsabbruch war und nur eine Beratung über Empfängnisverhütung bestätigt, ist daher die noch weiter abgerechnete GOP 165 EBM vom Kläger nicht erbracht worden. Die Patientin U. H. hat bei ihrer Befragung am 04.07.2000 angegeben, nur einmal vor dem Eingriff (nach ihrer Erinnerung am 05.03.1999) etwa zwei bis drei Tage vor diesem Schwangerschaftsabbruch beim Kläger in der Praxis gewesen zu sein, anlässlich dieser Voruntersuchung zu dem Schwangerschaftsabbruch sei auch eine Beratung über die Empfängnisverhütung erfolgt. Die Angaben der Patientinnen stimmen insoweit mit den Aufzeichnungen des Klägers in den Behandlungsausweisen überein, als der Schwangerschaftsabbruch am 05.03.1999 erfolgt ist und der Kläger sowohl am 02.03. als auch 13.03.1999 Leistungen abgerechnet hat. Danach ist davon auszugehen, dass die am 12.03.1999 abgerechnete Leistungsziffer 166 EBM zu Recht abgerechnet wurde. Da der Kläger aber bereits am 18.02.1999 die GOP 165 EBM abgerechnet hat, ist, da die Patientin U. H. nur von einer Beratung über Empfängnisregelung, nämlich zwei bis drei Tage vor dem Schwangerschaftsabbruch, berichtet hat, die GOP 165 EBM insoweit falsch abgerechnet. Die Patientin B. U. hat in ihrer schriftlichen Stellungnahme vom 16.07.2000 angegeben, dass sie vor dem Schwangerschaftsabbruch (nach dem Behandlungsausweis wohl am 12.02.1999) die Praxis des Klägers nur einmal aufgesucht habe. Eine Beratung über Empfängnisverhütung sei erst nach dem Schwangerschaftsabbruch am 18.02.1999 erfolgt. Der Kläger habe ihr eine Mirena Spirale empfohlen. Sie war dann nochmal am 30.04.1999 in der Praxis des Klägers, um die Spirale einsetzen zu lassen. Diese Angaben der Patientin B. U. lassen sich mit den Angaben des Klägers auf dem Behandlungsausweis insofern in Übereinstimmung bringen, als davon auszugehen ist, dass der Schwangerschaftsabbruch am 12.02.1999 erfolgt ist, die Patientin dann am 18.02.1999 (Abrechnung der GOP 2 und 166 EBM) in der Praxis des Klägers war und dabei auch über Empfängnisregelung gesprochen wurde und sie sich am 30.04.1999 die empfohlene Spirale hat einsetzen lassen. Die Abrechnung der GOP 166 EBM erfolgte danach zu Recht. Vor dem Schwangerschaftsabbruch hat dagegen keine Beratung über Empfängnisregelung stattgefunden, so dass insoweit die am 27.01.1999 abgerechnete GOP 165 EBM zu Unrecht vom Kläger abgerechnet worden ist. Die Patientin D. hat bei ihrer Befragung eine Beratung über Empfängnisverhütung sowohl am 23.03. als auch am 30.03.1999 verneint.
Insgesamt ist daher zu den GOP 165, 166 EBM festzustellen, dass der Kläger
7-mal die GOP 165 EBM (anstelle der von dem Beklagten angenommenen elf Fällen der Falschabrechnung) und die GOP 166 EBM 2-mal (anstelle - wie vom Beklagten angenommen - 5-mal) falsch abgerechnet hat.
Der Vorwurf der Falschabrechnung der GOP 165, 166 EBM durch den Kläger ist danach im Grundsatz zwar zutreffend, aber von der Anzahl der betroffenen Leistungspositionen geringer (9 falsche Abrechnungen statt 16).

2.2.5 Abrechnung von Leistungen an weiteren Behandlungstagen.

2.2.5.1 Patientin S.
Die Patientin S. hat bei ihrer Befragung am 30.11.1999 angegeben, vor dem Schwangerschaftsabbruch (am 03.07.1999) nur einmal in der Praxis des Klägers wegen Terminabsprache in Behandlung gewesen zu sein. Auf den Behandlungsscheinen sind demgegenüber drei Behandlungstage, nämlich am 24.06.1996 (Abrechnung der GOP 2, 165 EBM), am 27.06.1996 (Abrechnung der GOP 1, 100, 850 EBM) und am 28.06.1996 (Abrechnung der GOP 3848; 3823; 3822; 3682 EBM) aufgeführt.

2.2.5.2 Die Patientin A. M.
Die Patientin A. M. hat bei ihrer Befragung am 30.11.1999 angegeben, vor dem Schwangerschaftsabbruch (am 12.04.1996) nur einmal in der Praxis des Klägers (ungefähr vier Tage vor dem Abbruch) gewesen zu sein. Der Kläger hat demgegenüber an drei Tagen Leistungen abgerechnet, nämlich am 03.04.1996 (Abrechnung der GOP 1, 165 EBM), am 19.04.1996 (GOP 1,100, 850, 3500 - KOH-Test - 3602 EBM) und am 10.04.1996 (GOP 3848, 3823, 3822 und 3682 EBM). Am Tag des Schwangerschaftsabbruches am 12.04.1996 hat der Kläger darüber hinaus noch die Ziffern 2, 102 und 2100 abgerechnet.

2.2.5.3 Patientin B. M.
Die Patientin B. M. hat bei ihrer Befragung am 30.11.1999 angegeben, die Praxis des Klägers vor dem Schwangerschaftsabbruch (am

08.01.1999) nur einmal aufgesucht zu haben, wobei während der einstündigen Behandlung ein Ultraschall und eine Kontrazeptionsberatung erfolgt seien.
Der Kläger hat demgegenüber an drei weiteren Tagen Leistungen abgerechnet, nämlich am 04.01.1999 (GOP 2, 165 EBM), am 05.01.1999 (GOP 1, 100, 851 EBM) und am 07.01.1999 (GOP 137 EBM), am Tag des Schwangerschaftsabbruches hat der Kläger noch die GOP 2 EBM abgerechnet.

2.2.5.4 Patientin G.
Die Patientin G. hat bei ihrer Befragung am 30.11.1999 angegeben, vor dem Schwangerschaftsabbruch nur einmal in der Praxis des Klägers gewesen zu sein. Der Kläger hat demgegenüber vor dem Schwangerschaftsabbruch Leistungen am 12.01.1999 (Abrechnung der GOP 2, 165 EBM), am 14.01.1999 (Abrechnung der GOP 1, 100, 851 EBM) und am 15.01.1999 (Abrechnung der GOP 2, 137 EBM) abgerechnet.

2.2.5.5 Patientin L.
Die Patientin L. hat angegeben, dass sie nur einmal, nämlich am 04.02.1999, einen Tag vor dem Schwangerschaftsabbruch am 05.04.1999 in der Praxis des Klägers gewesen sei. Der Kläger hat demgegenüber Leistungen am 27.01.1999 (Abrechnung der GOP 2,165 EBM) und am 04.02.1999 (Abrechnung der GOP 1, 100, 851 EBM) abgerechnet. Am Tag des Schwangerschaftsabbruches hat der Kläger darüber hinaus noch die GOP 2, 157, 3848, 3823, 3822, 3862 und 137 EBM abgerechnet.

2.2.5.6 Patientin F.
Die Patientin F. hat bei ihrer Befragung am 04.07.2000 angegeben, vor dem Schwangerschaftsabbruch (am 15.01.1999) nur einmal ungefähr eine Woche vor dem Abbruch beim Kläger in Behandlung gewesen zu sein. Der Kläger hat bei der Patientin F. vor dem Schwangerschaftsabbruch an drei Tagen Leistungen abgerecht, am 04.01.1999 (Abrechnung der GOP 2 und 165 EBM), am 05.01.1999 (Abrechnung der GOP 1, 100, 851 EBM) und am 07.01.1999 (Abrechnung der GOP 3848, 3823, 3822, 3682 und 137 EBM). Am Tage des Schwangerschaftsabbruches am 15.01.1999 hat der Kläger noch die GOP 2 EBM abgerechnet.

2.2.5.7 Patientin Sch.
Die Patientin Sch. hat bei ihrer Befragung am 04.07.2000 angegeben, vor dem Schwangerschaftsabbruch (am 19.03.1999) nur einmal beim Kläger in der Praxis zur Untersuchung gewesen zu sein, nämlich ca. fünf bis sieben Tage vor dem Schwangerschaftsabbruch. Bei dieser Behandlung habe eine Voruntersuchung zum Schwangerschaftsabbruch stattgefunden und es sei über Empfängnisverhütung gesprochen worden. Der Kläger hat vor dem Schwangerschaftsabbruch am 19.03.1999 an drei Tagen Leistungen abgerechnet, nämlich am 11.03.1999 (Abrechnung der GOP 1 und 165 EBM), am 16.03.1999 (Abrechnung der GOP 1, 166, 381, 388 und 851 EBM) und 17.03.1999 (Abrechnung der GOP 137 EBM).

2.2.5.8 Patientin Ar. M.
Die Patientin Ar. M. hat bei ihrer Befragung am 04.07.2000 angegeben, vor dem Schwangerschaftsabbruch am 19.01.1999 nur einmal in der Praxis des Klägers gewesen zu sein. Der Kläger hat demgegenüber vor dem Schwangerschaftsabbruch Leistungen am 11.01.1999 (GOP 2 und 165 EBM), am 21.01.1999 (GOP 1, 166, 381, 388 und 851 EBM) und am 22.01.1999 (GOP 3848, 3823, 3822 und 3682 EBM) abgerechnet.

2.2.5.9 Patientin U. H.
Die Patient U. H. hat bei ihrer Befragung am 04.07.2000 angegeben, dass sie vor dem Schwangerschaftsabbruch (am 05.03.1999) nur einmal, nämlich zwei bis drei Tage vor dem Schwangerschaftsabbruch, zur Behandlung in der Praxis des Klägers war, wo die Voruntersuchung zum Schwangerschaftsabbruch und die Beratung über die Empfängnisregelung erfolgte. Der Kläger hat demgegenüber auf dem Behandlungsausweis Leistungen am 18.02.1999 (Abrechnung der GOP 2, 165 EBM), am 02.03.1999 (Abrechnung der GOP 1, 166, 381, 388, 851 EBM) sowie am 03.03.1999 (Abrechnung der GOP 137 EBM) abgerechnet. Am Tag des Schwangerschaftsabbruches am 05.03.1999 hat der Kläger noch die GOP 2, 157, 187, 188, 75, 7120, 7140 und 7125 EBM abgerechnet.

2.2.5.10 Patientin A.
Die Patient A. hat bei ihrer Befragung am 04.07.2000 angegeben, dass sie vor dem Schwangerschaftsabbruch nur einmal in der Praxis des Klägers gewesen ist. Der Kläger hat auf dem Behandlungsausweis an drei Tagen Leistungen abgerechnet, nämlich am 08.02.1999 (Abrechnung der GOP 2 und 165 EBM), am 18.02.1999 (Abrechnung der GOP 1, 100 und 851 EBM) und am 19.02.1999 (Abrechnung der GOP 2, 157 und 137 EBM). Der Tag des Schwangerschaftsabbruches ist hier nicht eindeutig zu bestimmen, könnte aber am 19.02.1999 stattgefunden haben, dann hätte der Kläger Leistungen an einem weiteren Behandlungstag abgerechnet.

2.2.5.11 Patientin Ai.
Die Patientin Ai. hat bei ihrer Befragung am 05.07.2000 angegeben, vor dem Schwangerschaftsabbruch (am 08.01.1999) nur einmal in der Praxis des Klägers zur Untersuchung gewesen zu sein. Die Angaben der Patientin Ai. werden durch den Arztbrief des Klägers an die vor- und nachbehandelnde Gynäkologin G. vom 08.01.1999 bestätigt. Dort ist aufgeführt, dass die Patientin Ai. am 05. und 08.01.1999 bei ihm in Behandlung gewesen ist und der Schwangerschaftsabbruch mittels Saugcuretttage am 08.01.1999 erfolgt ist. Sehr befremdlich ist hier auch die unterschiedliche Diagnosenangabe zwischen dem Behandlungsausweis einerseits und dem Arztbrief andererseits. Während der Behandlungsausweis wie bei allen anderen genannten Fällen keinerlei Hinweis auf den Schwangerschaftsabbruch gibt, steht der Schwangerschaftsabbruch beim Arztbrief an die behandelnde Gynäkologin ganz im Mittelpunkt. Der Kläger hat demgegenüber an drei Tagen vor dem Schwangerschaftsabbruch Leistungen abgerechnet, nämlich am 04.01.1999 (Abrechnung GOP 2 und 165 EBM), am 05.01.1999 (Abrechnung der GOP 1, 100 und 851 EBM) sowie am 07.01.1999 (Abrechnung der GOP 3848, 3823, 3822, 3682 und 137 EBM). Am Tag des Schwangerschaftsabbruches hat der Kläger noch die GOP 2 EBM zur Abrechnung gebracht.

2.2.5.12 Patientin D.
Die Patientin D. hat bei ihrer Befragung angegeben, dass sie vor dem Schwangerschaftsabbruch am 31.03.1999 nur einmal beim Kläger in Behandlung war, nämlich eine Woche vor dem Abbruch. Der Kläger hat demgegenüber vor dem Schwangerschaftsabbruch an zwei Tagen Leistungen abgerechnet, nämlich am 23.03.1999 (GOP 2 und 165 EBM) sowie am 30.03.1999 (GOP 1, 166, 381,388 EBM). Am Tag des Schwangerschaftsabbruches am 31.03.1999 hat der Kläger noch die GOP 2 EBM abgerechnet.

2.2.5.13 Patientin C-T. I.
Die Patientin C-T. I. hat bei ihrer Befragung am 04.07.2000 angegeben, dass sie vor dem Schwangerschaftsabbruch, der nach ihrer Erinnerung an einem Freitag stattgefunden hat, was zutrifft, nämlich am 22.01.1999, überhaupt nicht in der Praxis des Klägers war, die Voruntersuchung vor dem Abbruch sei durch den Allgemeinarzt Dr. F. erfolgt, der seine Praxis im selben Haus wie der Kläger habe. Der Kläger hat demgegenüber Leistungen abgerechnet am 07.01.1999 (Abrechnung der GOP 2 und 165 EBM), am 14.01.1999 (Abrechnung der GOP 1, 100, 851 EBM) und am 15.01.1999 (Abrechnung der GOP 3848, 3823, 3822, 3682 und 137 EBM).

2.2.5.14 Patientin B. U.
Die Patientin B. U. hat in ihrer schriftlichen Stellungnahme vom 16.07.2000 angegeben, dass sie vor dem Schwangerschaftsabbruch (am 12.02.1999) nur einmal zur Behandlung in der Praxis des Klägers gewesen ist. Der Kläger hat vor dem Schwangerschaftsabbruch an drei Tagen Leistungen abgerechnet, nämlich am 27.01.1999 (Abrechnung der GOP 2 und 165 EBM), am 02.02.1999 (Abrechnung der GOP 1, 100, 851 EBM) und am 03.02.1999 (Abrechnung der GOP 137 EBM). Am Tag des Schwangerschaftsabbruches am 12.02.1999 hat der Kläger zusätzlich noch die GOP 2 und 157 EBM abgerechnet. Für die Zeit nach dem Schwangerschaftsabbruch hat die Patientin B. U. mitgeteilt, dass sie am 18.02.1999 nochmals beim Kläger zur Besprechung der Empfängnisverhütung war und nach längerem Zögern am 30.04.1999 nochmals in der Praxis des Klägers war, um sich eine Mirena Spirale einsetzen zu lassen. Diese Termine stimmen mit den Angaben in den Behandlungsausweisen des Klägers insoweit überein. Auch hier hat der Kläger aber zusätzliche Termine am 19.02.1999 (Abrechnung der GOP 3841 EBM) und am 02.03.1999 (Abrechnung GOP 2) kreiert.

2.2.5.15 Patientin B.-W.
Die Patientin B.-W. hat angegeben, vor dem Schwangerschaftsabbruch am 12.03.1999 zweimal in der Praxis des Klägers gewesen zu sein. Der Kläger hat an drei Tagen Leistungen, nämlich am 04.03.1999 (Abrechnung der GOP 2 und 165 EBM), am 09.03.1999 (Abrechnung der GOP 1, 166, 381, 388, 851 EBM) und am 10.03.1999 (Abrechnung der GOP 3848, 3823, 3822, 3682 und 137 EBM) abgerechnet. Am Tag des Schwangerschaftsabbruches hat der Kläger noch die GOP 2, 181, 187, 188, 75, 7120, 7140 und 7125 EBM zur Abrechnung gebracht.

Aus der Gesamtheit der Befragungen ergibt sich zur Überzeugung des Senats, dass Patientinnen beim Kläger, die mit einem Beratungsschein zu ihm in die Praxis kommen bzw. kamen mit dem Wunsch zum Schwangerschaftsabbruch, typischerweise zwei Behandlungstermine erhalten, einmal zur Voruntersuchung und dann zum Schwangerschaftsabbruch. Diese Vorgehensweise hat der Kläger im Fall Ai. in dem Arztbrief an die vor- und nachbehandelnde Dr. G. selbst dargestellt. Die Verteilung von erbrachten Leistungen auf mehrere Abrechnungstage diente dem Kläger zumindest dazu, mehr Leistungen abrechnen zu können, als wenn diese Leistungen an einem Tag zur Abrechnung gebracht worden wären. So sind z.B. neben der GOP 100 EBM nicht die häufig abgerechneten GOP 157, 165 und 166 EBM abrechnungsfähig. Weiter ist neben den GOP 850 und 851 EBM die GOP 165 EBM nicht abrechenbar. Weiter sind die GOP 165 und 166 EBM nicht neben der GOP 157 EBM abrechnungsfähig.

2.3 Abrechnung von Leistungen, ohne dass hierzu eine behandlungsbedürftige Diagnose gestellt worden wird.

2.3.1 Dem Kläger wird zum einen zur Last gelegt, dass er bei den Patientinnen S. und A. M. unter dem Datum 27.06.1996 bzw. 09.04.1996 die GOP 850 EBM abgerechnet hat. Die GOP 850 EBM umfasst die differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände mit schriftlichem Vermerk über die äthiologischen Zusammenhänge. Die Patient S. hat verneint, vor dem Schwangerschaftsabbruch gesundheitliche Beschwerden gehabt zu haben, auch keine Schlafstörungen. Die Patientin A. M. hat jedenfalls die Frage nach behandlungsbedürftigen gesundheitlichen Beschwerden vor dem Schwangerschaftsabbruch verneint.

2.3.2 In zwölf weiteren Fällen (B. M., G., L., F., Sch., C-T. I. , Ar. M., U. H., A., Ai., B. U. und B.-W.) wird dem Kläger zur Last gelegt, die GOP 851 EBM abgerechnet zu haben (verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen unter systematischer Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion mit einer Dauer von mindestens 15 Minuten). Diesbezüglich ist festzustellen, dass die Patientinnen B. M., G., L., B. U., C-T. I., B.-W., F., Sch., A. N., U. H. und A. bei ihren Befragungen jeweils angegeben haben, vor dem Schwangerschaftsabbruch über keinerlei Beschwerden geklagt zu haben. Lediglich die Patientin Ai. hat von leichten psychischen Belastungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft berichtet. Von daher ist auch hier die Abrechnung der GOP 850, 851 EBM zweifelhaft. Der Senat nimmt aber hier zu Gunsten des Klägers an, dass möglicherweise die eine oder andere Patientin nicht hinreichend zu beurteilen vermag, ob und inwieweit in ihrem Falle eine differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände erforderlich gewesen ist.

Aber auch wenn man die Abrechnungen hinsichtlich der Ziffer 850, 851 EBM außen vor lässt und auch die Falschabrechnung der GOP 165, 166 EBM in einigen Fällen als nicht nachgewiesen ansieht, so ergibt unter dem Gesichtspunkt Falschabrechnung doch eine solche Vielzahl von Fehlansetzungen, dass insgesamt das Vorliegen einer gröblichen Pflichtverletzung anzunehmen ist. Es entsteht beim Senat der Eindruck, dass Maßstab der Abrechnungen des Klägers nicht die einschlägigen Gebührenordnungen waren, sondern die Abrechnung einer möglichst großen Anzahl von Leistungspositionen ohne die notwendige Beachtung der einschlägigen Gebührenordnungen.

3. Insgesamt steht daher zur Überzeugung des Senats fest, dass sowohl der Pflichtenverstoß wegen der Auskunftsverweigerung als auch der Pflichtenverstoß wegen der umfangreichen Falschabrechnungen für sich alleine bereits ausreichend sind, um dem Kläger die Zulassung zu entziehen. Innerhalb des Komplexes "Falschabrechnung" sind nach Auffassung des Senats bereits die Falschabrechnung der Mutterschaftsvorsorgeleistungen (Ziffer 2.1) und der präoperativen Laborleistungen (Ziffer 2.2.1) für sich alleine bereits geeignet, dem Kläger wegen gröblicher Verletzung seiner vertragsärztlichen Pflichten die Zulassung zu entziehen. Umso mehr gilt dies bei einer Zusammenschau der einzelnen Pflichtenverstöße.

4. Von daher steht fest, dass im Zeitpunkt der Entscheidung des Beklagten (vgl. BSG, Urteil vom 20.10.2004, Az.: B 6 KA 67/03 R, BSGE 93, 269) am 23. September 2003 die Entziehung der Zulassung des Klägers in vollem Umfang gerechtfertigt war.

Bei der Beurteilung durch den Senat in der mündlichen Verhandlung am 09.11.2011 war jedoch auch zu prüfen, ob sich seit der mündlichen Verhandlung vor dem Beklagten Änderungen des Sachverhaltes ergeben haben. Der Grundsatz, dass bei vollzogenen wie bei nicht vollzogenen Zulassungsentziehungen die Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der letzten Verwaltungsentscheidung, d.h. der Entscheidung des Berufungsausschusses, maßgeblich ist, ist wegen der besonderen Bedeutung der Berufswahlfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) dahingehend zu modifizieren, dass bei noch nicht vollzogenen Zulassungsentscheidungen zu Gunsten des Vertragsarztes ein sog. Wohlverhalten nach

Ergehen der Entscheidung des Berufungsausschusses zu berücksichtigen ist. Die weitreichenden Konsequenzen eines regelmäßig durch die Zulassungsentziehung eintretenden Verlust der Praxis gebieten eine grundrechtsgeleitete Auslegung und Anwendung der berufs- und verfahrensrechtlichen Bestimmungen, die die Folgen des Eingriffs in die Berufswahlfreiheit nicht aus dem Blick verlieren. Insoweit sind Änderungen des Sachverhalts bis zur letzten mündlichen Verhandlung vor dem Tatsachengericht zu beachten (vgl. BSG, Urteil vom 20.10.2004, BSGE 93, 269).
Eine an sich durch gröbliche Pflichtverletzungen in der Vergangenheit indizierte Ungeeignetheit des Vertragsarztes, die eine Zulassungsentziehung rechtfertigen, kann also in Folge veränderter Umstände während des sozialgerichtlichen Verfahrens relativiert werden, wenn zur Überzeugung des Gerichts zweifelsfrei ein künftig ordnungsgemäßes Verhalten des betreffenden Arztes prognostiziert werden kann. Jeder durch Tatsachen belegte ernstliche Zweifel an einer wirklich nachhaltigen Verhaltensänderung des betroffenen Vertragsarztes, die eine positive Prognose rechtfertigt, führt dagegen dazu, dass ein rechtlich relevantes Wohlverhalten nicht vorliegt (BSG, Urteil vom 19.07.2006, Az.: B 6 KA 1/06 R, Med. Recht 2007, 131). Diesbezüglich ist zum einen festzustellen, dass zwischen dem Entziehungsbescheid des Beklagten vom 18. Februar 2004 und der mündlichen Verhandlung am 09.11.2011 ein relativ langer Zeitraum liegt. Andererseits ist aber festzustellen, dass der Kläger sein Abrechnungsverhalten in keiner Weise geändert hat, sondern völlig unberührt von den gegen ihn angestrengten Verfahren kontinuierlich fortgesetzt hat. Diesbezüglich ist zunächst festzustellen, dass für den Zeitraum vor dem Entzug der Zulassung mit Honoraraufhebungs- und Neufestsetzungsbescheid vom 14.02.2003 die Honoraranforderungen des Klägers für die Quartale 1/96 bis 4/99 aufgehoben und neu festgesetzt wurden, woraus sich ein zu Unrecht abgerechnetes Honorar von insgesamt 62.511,71 EUR ergab. Mit weiterem Honoraraufhebungs- und Neufestsetzungsbescheid vom 18.09.2003 wurde schließlich auch das Honorar für die Quartale 1/00 bis 1/03 neu festgesetzt mit einem Rückforderungsbetrag in Höhe von 17.762,20 EUR. Bezüglich dieser Bescheide wurde vor dem Sozialgericht München (Az.: S 43 KA 618/04 für die Quartale 1/96 bis 3/99 und S 43 KA 619/04 für die Quartale 1/00 bis 1/03) ein gerichtlicher Vergleich vom 20.11.2007 geschlossen (Verzicht der Beklagten insgesamt auf einen Betrag in Höhe von 34.835,85 EUR).

Hieran anschließend für den Zeitraum nach Entzug der Zulassung durch den Beklagten hat die Beklagte für die Quartale 3/2003 bis 2/2007 mit Bescheid vom 13.12.2007 einen Honoraraufhebungs- und Neufestsetzungsbescheid mit einer Rückforderung von insgesamt 64.475,23 EUR erlassen. In dieser Angelegenheit wurde mit Urteil vom heutigen Tage (L 12 KA 56/10) die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 11. Februar 2010 zurückgewiesen. Auch hier ging es um die Frage der Abrechenbarkeit der GOP 100 EBM bzw. 01770 EBM 2000 plus im Zusammenhang mit Patientinnen, die mit dem Beratungsschein die Praxis des Klägers mit dem Ziel der Vornahme des Schwangerschaftsabbruches aufgesucht haben. Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 09.11.2011 hat der Prozessbevollmächtigte der Beigeladenen zu 1) einen Bescheid vom 17.06.2011 übergeben hinsichtlich einer Honorarneufestsetzung betreffend die Quartale 3/07 bis 4/10, in dem es um eine sachlich-rechnerische Berichtigung wiederum zum Komplex "Ziffer 01770 EBM 2000 plus" geht. Des Weiteren wurde darauf hingewiesen, dass sich nach den bislang zum Jahr 2011 vorgelegten Abrechnungsunterlagen eine gleichbleibende Abrechnung dieser GOP ergibt.

Bei Berücksichtigung dieses Verlaufes der weiteren Abrechnung des Klägers kann der Senat kein Wohlverhalten erkennen, so dass von einer Wiedererlangung der Geeignetheit des Klägers zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nicht ausgegangen werden kann.

Der Senat war schließlich nicht verpflichtet, dem Vertagungsgesuch des Klägers vom 07.11.2011 zu entsprechen, was den Prozessbevollmächtigten des Klägers mit Telefax vom 08.11.2011 mitgeteilt wurde. Die Verlegung eines Termins zur mündlichen Verhandlung kann nur bei Vorliegen eines erheblichen Grundes erfolgen (§ 202 SGG i.V.m. § 227 Abs. 1 ZPO). Ein erheblicher Grund kann in der Verhinderung des Klägers bestehen. Vorliegend ist die Verhinderung des Klägers aber vom Kläger selbst verschuldet und hätte leicht vermieden werden können. Auf Anfrage der Prozessbevollmächtigten des Klägers vom 22.08.2011 wurde dieser mit Schreiben vom 24.11.2011 mitgeteilt, dass beabsichtigt sei, die Streitsachen mit den Az. L 12 KA 56/10 und L 12 KA 40/08 am 05.10.2011 oder 09.11.2011 zu terminieren. Von daher wäre zu erwarten gewesen, dass sich der Kläger diese Termine freihält bzw. zumindest vor Eingehen geschäftlicher Verpflichtungen sich mit dem Senat in Verbindung setzt. Die Streitsache mit dem Az. L 12 KA 56/10 wurde am 10.10.2011 geladen und ist dem Prozessbevollmächtigten des Klägers am 11.10.2011 zugegangen. Die Streitsache mit dem Az. L 12 KA 40/08 wurde ebenfalls am 10.10.2011 geladen, kam aber zunächst von der Zweigpraxis der Prozessbevollmächtigten des Klägers in A-Stadt als unzustellbar zurück und wurde daraufhin am 20.10.2011 nochmals geladen und ist den Prozessbevollmächtigten des Klägers dann am 21.10.2011 zugegangen.

Nach alledem war die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs. 1 Satz 1, 3. Halbsatz SGG i.V.m. § 154 Abs. 2 VwGO.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor (§ 160 Abs. 2 SGG).
Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2012-09-17