

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 6 KA 62/13 B

L 5 KA 2961/10 (LSG Baden-Württemberg)
S 11 KA 4913/07 (SG Stuttgart)

.....,
Kläger und Beschwerdeführer,
Prozessbevollmächtigter:,

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg - Hauptverwaltung -,
Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart,

Beklagte und Beschwerdegegnerin.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat am 18. Februar 2014 durch den
Vorsitzenden Richter Prof. Dr. W e n n e r sowie die Richter E n g e l h a r d
und R a d e m a c k e r
beschlossen:

Die Beschwerde des Klägers gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des Landes-
sozialgerichts Baden-Württemberg vom 25. September 2013 wird verworfen.

Der Kläger trägt die Kosten auch für das Beschwerdeverfahren.

Der Streitwert für das Beschwerdeverfahren wird auf 102 160 Euro festgesetzt.



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



Gründe :

I

- 1 Die Beteiligten streiten über sachlich-rechnerische Berichtigungen für die Quartale III/1999 bis IV/2001.
- 2 Der Kläger nahm seit 1988 an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Mit Bescheid vom 3.12.2004 und Widerspruchsbescheid vom 18.6.2007 reduzierte die Beklagte die Honorarforderung des Klägers für die Quartale III/1999 bis IV/2001 um insgesamt 109 876,55 Euro und bezog sich zur Begründung auf das Ergebnis von Ermittlungen aus einem gegen den Kläger durchgeführten Disziplinarverfahren sowie auf Ermittlungen der Staatsanwaltschaft Mannheim. Danach sei von vorsätzlichen Falschabrechnungen des Klägers auszugehen. Die Beweiskraft der Abrechnungssammelerklärungen sei für die genannten Quartale entfallen. Die Kürzungen bezogen sich auf die EBM-Nrn 1, 10, 11, 60, 160, 214, 217, 273, 378, 505, 691, 710, 801, 2021.
- 3 Mit rechtskräftigem Urteil des Landgerichts Mannheim vom 25.7.2008 (Az: 2 KLS 616 Js 3682/01) wurde der Kläger wegen Körperverletzung in 46 Fällen und wegen Betrugs zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von zwei Jahren und sechs Monaten verurteilt. Der Verurteilung lag die Abrechnung der hausärztlichen Grundvergütung für drei Personen im Quartal III/1999 zugrunde, die vom Kläger nicht behandelt worden waren, sondern die die Arztpraxis des Klägers lediglich als Begleitpersonen von Kindern oder von alten Menschen aufgesucht hatten sowie die Impfung von zahlreichen Patienten ohne deren Einwilligung, teilweise ohne deren Wissen und ohne eine entsprechende medizinische Indikation aus wirtschaftlichen Gründen im Zusammenhang mit der Einführung eines festen Punktwerts für Impfungen ab dem Quartal I/2000.
- 4 Mit der gegen die Honorarkürzung gerichteten Klage hat der Kläger nur zu einem geringen Teil - hinsichtlich der Kürzungen, die sich auf die EBM-Nrn 214, 217 und 2021 für einen Behandlungsfall sowie auf die Kürzung der EBM-Nr 505 bezogen - Erfolg gehabt. Im Übrigen hat das SG die Klage abgewiesen (Urteil vom 23.4.2010). Die dagegen gerichtete Berufung des Klägers hat das LSG mit Urteil vom 25.9.2013 zurückgewiesen. Zur Kürzung der Nrn 10, 11 Einheitlicher Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen (EBM-Ä) hat das LSG im Wesentlichen ausgeführt, dass für die Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsbestimmungen in erster Linie der Wortlaut der Regelung maßgeblich sei. Die Abrechnung der Nr 10 EBM-Ä setze das Vorliegen eines erkrankungsbedingten Problems des Patienten voraus. Die auf dem Abrechnungsschein angegebenen akuten Erkrankungen wie Verstauchung, Grippe oder Gastritis rechtfertigten auch unter Berücksichtigung des Inhalts der vom Kläger geführten Dokumentation nicht die Durchführung eines zehnminütigen Gesprächs, das sich auf den Gesundheitszustand des betreffenden Patienten beziehen müsse und nicht auf sein soziales Umfeld oder die sich daraus ergebenden Probleme familiärer oder beruflicher Art. Da ein mit ausreichenden Diagno-



sen versehener Abrechnungsschein nicht vorliege, bestehe auch kein Vergütungsanspruch. Unschlüssigkeiten, Unplausibilitäten und Unvollständigkeiten gingen bei der Abrechnung zu Lasten des Arztes, der die Vergütung beanspruche. Zudem fehle die ordnungsgemäße Dokumentation des Patientengesprächs. Diese sei Voraussetzung für die Abrechnung der Nr 10 EBM-Ä. Da eine Gebührenziffer nur abgerechnet werden könne, wenn der Leistungsinhalt erfüllt werde, käme es auch nicht auf die vom Kläger behaupteten kompensatorischen Einsparungen an. Im Übrigen hat das LSG auf die Entscheidungsgründe des sozialgerichtlichen Urteils Bezug genommen, das zur Kürzung des Gebührenansatzes der Nr 11 EBM-Ä ausgeführt hat, die Diagnostik und/oder Behandlung einer psychischen Destabilisierung oder psychischen Krankheit setze entsprechende psychische Diagnosen voraus, an denen es in den überprüften Fällen fehle.

- 5 Mit seiner Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision macht der Kläger die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache geltend.

II

- 6 Die Beschwerde des Klägers ist unzulässig. Seine Begründung entspricht nicht den aus § 160a Abs 2 Satz 3 SGG abzuleitenden Anforderungen.
- 7 Für die Geltendmachung der grundsätzlichen Bedeutung einer Rechtssache (*Zulassungsgrund gemäß § 160 Abs 2 Nr 1 SGG*) muss gemäß den aus § 160a Abs 2 Satz 3 SGG abzuleitenden Darlegungsanforderungen in der Beschwerdebegründung eine konkrete Rechtsfrage in klarer Formulierung bezeichnet (*vgl BVerfGE 91, 93, 107 = SozR 3-5870 § 10 Nr 5 S 31; BSG SozR 3-1500 § 160a Nr 21 S 37 f*) und ausgeführt werden, inwiefern diese Rechtsfrage in dem mit der Beschwerde angestrebten Revisionsverfahren entscheidungserheblich (klärungsfähig) sowie klärungsbedürftig ist. Es muss ersichtlich sein, dass sich die Antwort nicht ohne Weiteres aus den Rechtsvorschriften und der bisherigen Rechtsprechung ergibt. Die Klärungsbedürftigkeit ist zu verneinen, wenn die Rechtsfrage bereits höchstrichterlich beantwortet ist (*BSG SozR 1500 § 160 Nr 51; SozR 1500 § 160a Nr 13, 65*), die Antwort aus dem Gesetz zu ersehen ist (*BSG SozR 1300 § 13 Nr 1*), sie so gut wie unbestritten ist (*BSG SozR 1500 § 160 Nr 17*), sie praktisch außer Zweifel steht (*BSGE 40, 40 = SozR 1500 § 160a Nr 4*) oder sich für die Antwort in anderen Entscheidungen bereits ausreichende Anhaltspunkte ergeben (*BSG SozR 3-1500 § 146 Nr 2, § 160 Nr 8*). Bei einer Revisions-Nichtzulassungsbeschwerde ist es Aufgabe des Prozessbevollmächtigten, die einschlägige Rechtsprechung aufzuführen und sich damit zu befassen; eine Beschwerdebegründung, die es dem Gericht überlässt, die relevanten Entscheidungen zusammenzusuchen, wird den Darlegungserfordernissen des § 160a Abs 2 Satz 3 SGG nicht gerecht. Lediglich kursorische Hinweise ohne Durchdringung des Prozessstoffs reichen nicht aus (*vgl BVerfG <Kammer>, DVBl 1995, 35*). Diese Anforderungen



sind verfassungsrechtlich unbedenklich (s die zitierte BVerfG-Rspr und zB BVerfG <Kammer> SozR 3-1500 § 160a Nr 7 S 14; SozR 4-1500 § 160a Nr 12).

- 8 Die genannten Voraussetzungen sind in der Beschwerdebegründung nicht erfüllt. Der Kläger hat zwar eine Frage formuliert, nämlich:

"Kann in den Fällen einer sachlich-rechnerischen Berichtigung ärztlichen Honorars in bezug auf Gesprächsleistungen nach den Nummern 10 und 11 des EBM in der Fassung vom 1. Juli 1999 der Umstand, daß der Arzt zeitgleich mit der Überschreitung des FachgruppPENDURCHSCHNITTS insoweit den FachgruppPENDURCHSCHNITT bei den Arzneimittel- und Verordnungskosten signifikant unterschreitet, unter dem Gesichtspunkt der Forderung nach einer sprechenden Medizin als Beleg für die ordnungsgemäße Erbringung der Leistung >>hausärztliches therapeutisches Gespräch << dienen?"

- 9 Die Klärungsbedürftigkeit dieser Frage ist jedoch nicht dargelegt, weil es an der erforderlichen Auseinandersetzung mit der einschlägigen Rechtsprechung fehlt, die vom Prozessbevollmächtigten aufzubereiten ist. Literatur oder Rechtsprechung werden in der Begründung der Nichtzulassungsbeschwerde nicht zitiert und auch eine Auseinandersetzung mit den Inhalten vorliegender Entscheidungen findet nicht statt. Der Kläger hat sich daher auch nicht mit der Rechtsprechung des Senats auseinandergesetzt, nach der Gegenstand des Verfahrens der sachlich-rechnerischen Berichtigung die Prüfung der Übereinstimmung der Abrechnung des Vertragsarztes mit den gesetzlichen, vertraglichen oder satzungsrechtlichen Vorschriften ist, nicht jedoch die Prüfung der Wirtschaftlichkeit (BSG SozR 4-2500 § 92 Nr 9 RdNr 10 mwN). Dem entsprechend ist die Kassenärztliche Vereinigung zur sachlich-rechnerischen Berichtigung befugt, soweit ein Vertragsarzt bei seiner Quartalsabrechnung Gebührenpositionen ansetzt, deren Tatbestand durch seine Leistungen nicht erfüllt ist oder die er aus anderen Gründen nicht in Ansatz bringen darf. Eine sachlich-rechnerische Berichtigung kann dagegen nicht darauf gestützt werden, dass die Erbringung einer Leistung der Menge nach als ungerechtfertigt anzusehen ist (BSG SozR 3-2500 § 75 Nr 10). Da es für die sachlich-rechnerische Berichtigung - anders als eine Wirtschaftlichkeitsprüfung - grundsätzlich nicht auf die Überschreitung des FachgruppPENDURCHSCHNITTS bezogen auf eine Leistungsposition ankommen kann, sondern auf die Übereinstimmung der Abrechnung des Vertragsarztes mit den gesetzlichen, vertraglichen oder satzungsrechtlichen Vorschriften, liegt es nahe, dass eine gleichzeitige Unterschreitung des FachgruppPENDURCHSCHNITTS bezogen auf andere Leistungen der sachlich-rechnerischen Berichtigung nicht entgegenstehen kann. Deshalb hätte sich der Kläger mit der genannten Rechtsprechung des Senats befassen müssen, wenn er Klärungsbedarf in einem der bisherigen Rechtsprechung zuwider laufenden Sinn sieht.

- 10 Zudem sind dem Vorbringen des Klägers keine näheren Ausführungen zu der Frage zu entnehmen, weshalb die Unterschreitung des FachgruppPENDURCHSCHNITTS bezogen auf eine Leistung oder auf die Verordnung von Arzneimitteln geeignet sein sollte, die ordnungsgemäße Er-



bringung einer anderen Leistung zu belegen. Das LSG ist in seiner Entscheidung davon ausgegangen, dass der Kläger die Voraussetzungen nach den Gebührenordnungspositionen 10, 11 EBM-Ä, die Gegenstand der sachlich-rechnerischen Berichtigung sind, nicht vollständig erfüllt hat. Insbesondere hat es darauf verwiesen, dass Nr 10 EBM-Ä nur für ein mindestens zehn Minuten dauerndes Gespräch mit dem Patienten zu "komplexen erkrankungsbedingten Patientenproblemen" berechnet werden darf und dass den vom Kläger eingereichten Abrechnungsunterlagen sowie der von ihm geführten Dokumentation keine Hinweise auf solche komplexen Probleme zu entnehmen sind. Soweit der Kläger dem entgegenhält es sei davon auszugehen, dass ein Arzt nur Leistungen abrechne, die er tatsächlich erbracht habe und dass er als Arzt auch im eigenen Interesse das tun werde, was für seine Patienten am besten sei, so wird dies im Regelfall zutreffen. Als Beweis für die Richtigkeit der Abrechnung bezogen auf jede einzelne Gebührennummer eignet sich eine solche Annahme jedoch nicht. Dies wird erst recht gelten müssen, wenn der Arzt - wie im vorliegenden Fall - wegen Betrugs verurteilt worden ist, weil er Leistungen für Patienten abgerechnet hat, die er tatsächlich nicht behandelt hat und wegen Körperverletzung verurteilt worden ist, weil er in den Quartalen, auf die sich die sachlich-rechnerische Berichtigung bezieht, aus wirtschaftlichen Gründen Impfungen ohne eine entsprechende medizinische Indikation und ohne die erforderliche Einwilligung der Patienten durchgeführt hat.

- 11 Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG iVm einer entsprechenden Anwendung der §§ 154 ff VwGO. Danach trägt der Kläger die Kosten des von ihm geführten erfolglosen Rechtsmittels (§ 154 Abs 2 VwGO). Die Festsetzung des Streitwerts entspricht der Festsetzung der Vorinstanz, die von keinem der Beteiligten in Frage gestellt worden ist (§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG iVm § 63 Abs 2 Satz 1, § 52 Abs 1, § 47 Abs 1 und 3 GKG).

