

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

BSG Az.: **B 6 KA 1/25 R**
SG Mainz 08.01.2025 - S 2 KA 108/22

Techniker Krankenkasse,
Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg,

Klägerin und Revisionsbeklagte,

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz - Hauptverwaltung,
Isaac-Fulda-Allee 14, 55124 Mainz,

Beklagte und Revisionsklägerin.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 1. April 2026 durch die Vorsitzende Richterin Prof. Dr. O p p e r m a n n , den Richter R a d e m a c k e r und die Richterin Dr. L o o s e sowie den ehrenamtlichen Richter W o g g a n und die ehrenamtliche Richterin F u s c h - F o r n a c o n für Recht erkannt:

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 8. Januar 2025 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens.

G r ü n d e :

I

- 1 Die Beteiligten streiten über die Berichtigung vertragsärztlichen Honorars für das Quartal 1/2019 hinsichtlich der Abrechnung der Gebührenordnungspositionen (GOP) 01747 (Aufklärungsgespräch Ultraschallscreening Bauchaortenaneurysmen) und 01748 (Ultraschallscreening Bauchaortenaneurysmen) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM-Ä).
- 2 Die klagende Krankenkasse beantragte am 29.9.2020 bei der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) die sachlich-rechnerische Richtigstellung diverser Honorarabrechnungen für das Quartal 1/2019. Die Beklagte entsprach dem Antrag teilweise und lehnte ihn im Übrigen ab; die Ablehnung betraf ua den Ansatz der GOP 01747 und 01748 EBM-Ä in Fällen, in denen derselbe Versicherte das Ultraschallscreening Bauchaortenaneurysmen zuvor bereits mindestens einmal in Anspruch genommen hatte (*Bescheid vom 30.4.2021*). Soweit der Widerspruch der Klägerin den Ansatz der GOP 01747 und 01748 EBM-Ä betraf, wies die Beklagte diesen zurück (*Widerspruchsbescheid vom 13.5.2022*). Die genannten GOP seien nicht sachlich-rechnerisch zu berichtigen.
- 3 Das SG hat die Beklagte zur Neubescheidung verpflichtet (*Urteil vom 8.1.2025*). Für die Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsbestimmungen sei nach der ständigen Rechtsprechung des BSG in erster Linie der Wortlaut der Regelungen maßgeblich. Der Wortlaut der GOP 01747 und 01748 EBM-Ä sei dahingehend eindeutig, dass beide GOP ausschließlich bei männlichen Patienten ab dem 65. Lebensjahr "einmalig berechnungsfähig" seien. Einmalig bedeute einmal im Leben des Patienten. Hätte der Normgeber gewollt, dass die GOP für jeden behandelnden Arzt einmalig berechnungsfähig seien, hätte eine Formulierung nahegelegt, nach der die GOP "für den behandelnden Arzt" einmalig berechnungsfähig sei. Dies sei jedoch nicht geschehen. Denn die beiden Abrechnungsziffern korrelierten mit § 2 Richtlinie über das Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen vom 20.10.2016 (US-BAA-RL), der ausdrücklich geregelt habe, dass der männliche Versicherte ab Vollendung des 65. Lebensjahres diese Präventionsleistung nur einmal im Leben in Anspruch nehmen könne. Folglich habe auch der Bewertungsausschuss (BewA) die Vergütung so ausgestaltet, dass die Erbringung der Leistung nur ein einziges Mal zugunsten desselben Versicherten abgerechnet werden könne. Auch aus einem Vergleich mit der GOP 01770 EBM-Ä ergebe sich kein anderes Verständnis. Dort sei geregelt, dass die Betreuung einer Schwangeren gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Geburt (Mutterschafts-Richtlinie/Mu-RL) einmal im Behandlungsfall abrechnungsfähig sei. Die Leistungslegende zur GOP 01770 EBM-Ä enthalte den Zusatz, dass diese Position für die Betreuung einer Schwangeren im Laufe eines Quartals "nur von einem Vertragsarzt abgerechnet werden" könne. Dies gelte auch, wenn mehrere Vertragsärzte in die Betreuung der Schwangeren eingebunden seien (zB bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw Weiterbehandlung). Zuzugeben sei der Beklagten, dass ein derartiger Zusatz in der Leistungslegende der GOP 01747 und 01748 EBM-Ä zwar fehle. Die Positionen seien gleichwohl nur einmalig berechnungsfähig.

- 4 Dagegen wendet sich die Beklagte mit ihrer Sprungrevision. Sie rügt die Verletzung materiellen Rechts. Anders als die Leistungslegende zur GOP 01770 EBM-Ä (Betreuung einer Schwangeren gemäß der Mutterschafts-Richtlinie) enthalte die Leistungslegende zu den GOP 01747 und 01748 EBM-Ä weder Hinweise auf die Abrechnung "nur durch einen Vertragsarzt" noch auf Abrechnungsmöglichkeiten im Vertretungsfall. Für den Normadressaten sei die Leistungslegende so zu lesen, dass sich die Einschränkung auf die eigene Praxis beziehe. Hinzu komme, dass zB Schwangere in der Regel über einen Mutterpass verfügten, aus dem die erfolgten Behandlungen und Untersuchungen hervorgingen. Ein solches Dokument existiere für das Ultraschallscreening der Bauchaorta nicht. Selbst wenn sich die Auslegung des SG Mainz noch in den zulässigen Grenzen bewege, sei der EBM-Ä rechtswidrig, da er den zweitbehandelnden Vertragsarzt unangemessen benachteilige. Entgegen der Auffassung der Klägerin könne der Vertragsarzt auch durch Befragung des Versicherten nicht mit Sicherheit in Erfahrung bringen, ob dieser die Leistung bereits durch einen anderen Vertragsarzt erhalten habe. Die Einholung einer Auskunft bei der Krankenkasse zu möglichen Vorbehandlungen des Versicherten sei nicht praktikabel. Zudem sehe der mit dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) eingeführte § 87 Abs 2b Satz 8 SGB V nunmehr die Schaffung einer sogenannten Versorgungspauschale durch den BewA vor, die nur einmal durch eine einzige, die jeweilige Erkrankung behandelnde Arztpraxis abzurechnen sei. Damit werde es auch in diesem Bereich bei Mehrfachabrechnungen zu Berichtigungsanträgen der Krankenkassen kommen, ohne dass die behandelnden Vertragsärzte dies verhindern könnten. Umso dringender sei es, dass eine Regelung im EBM-Ä geschaffen werde, die diesen Konflikt ausräume und die Interessen aller Vertragsärzte berücksichtige.
- 5 Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 8.1.2025 aufzuheben und die Klage abzuweisen.
- 6 Die Klägerin beantragt,
die Revision zurückzuweisen.
- 7 Sie hält die angefochtene Entscheidung für rechtmäßig. Die Beklagte habe zu Unrecht keine Korrektur der Honorarabrechnungen betreffend das Quartal 1/2019 hinsichtlich der GOP 01747 und 01748 EBM-Ä vorgenommen. Nach der Auslegung am Wortlaut des EBM-Ä dürften die GOP 01747 und 01748 EBM-Ä nur einmalig berechnet werden. Auch die entsprechende Richtlinie des GBA führe unter B II § 2 aus, dass der Anspruch nur einmalig bestehe. Einmalig bedeute einmal im Leben des Patienten und erfordere keine weitere Klarstellung. Entgegen der Auffassung der Beklagten komme es für den Abrechnungsausschluss nicht auf die Kenntnis des behandelnden Arztes an. Der Leistungslegende sei ein derartiges Wissensselement nicht zu entnehmen. Höchststrichterlich sei zudem bereits geklärt, dass die sachlich-rechnerische Richtigstellung kein Verschulden des Vertragsarztes voraussetze. Eine erweiternde Auslegung des EBM-Ä komme nicht in Betracht. Auch hierzu sei bereits höchstrichterlich entschieden, dass Gerichte grundsätzlich nicht mit punktuellen Entscheidungen in das Gefüge des EBM-Ä eingreifen dürften. Ausnahmen seien nur in seltenen Fällen denkbar, etwa bei missbräuchlicher

Überschreitung der Regelungsspielräume durch die Selbstverwaltungsorgane. Um das Risiko einer Doppelabrechnung zu verhindern, sei der Vertragsarzt gehalten, die Patienten zu befragen.

- 8 Der Senat hat Stellungnahmen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KÄBV) und des GKV-Spitzenverbands zur Auslegung der GOP 01747 und 01748 EBM-Ä eingeholt.

II

- 9 Die Sprungrevision (§ 161 Abs 1 Satz 1 SGG) der Beklagten ist zulässig, aber unbegründet (§ 170 Abs 1 Satz 1 SGG). Soweit die Beklagte die Honorarberichtigung bezogen auf die GOP 01747 und 01748 EBM-Ä abgelehnt hat, hat das SG die Bescheide zu Recht aufgehoben und die Beklagte zur Neubescheidung verpflichtet.
- 10 A. Der Senat entscheidet - wie das SG - in der sich aus § 40 Satz 1, § 33 Abs 1 Satz 2 und § 12 Abs 3 Satz 1 SGG ergebenden Besetzung für Angelegenheiten des Vertragsarztrechts mit je einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Vertragsärzte und der Krankenkassen (*vgl BSG Urteil vom 11.2.2015 - B 6 KA 15/14 R - SozR 4-2500 § 106a Nr 13 RdNr 12; BSG Urteil vom 13.5.1998 - B 6 KA 34/97 R - SozR 3-5555 § 10 Nr 1 = juris RdNr 11*).
- 11 B. Die von dem Richtigstellungsbegehren betroffenen Vertragsärzte, mussten im Revisionsverfahren nicht beigelegt werden (*vgl BSG Urteil vom 11.2.2015 - B 6 KA 15/14 R - SozR 4-2500 § 106a Nr 13 RdNr 13*).
- 12 Auch die Beiladung der KÄBV und des GKV-Spitzenverbands war nicht notwendig iS des § 75 Abs 2 SGG. Nach ständiger Rechtsprechung des Senats besteht in Verfahren, in denen die Wirksamkeit einer für die Entscheidung maßgeblichen Rechtsnorm umstritten ist, keine Notwendigkeit iS des § 75 Abs 2 SGG, die an der Normsetzung Beteiligten beizuladen, da die inzidente Verwerfung einer für die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen verbindlichen Regelung des Bewertungsmaßstabs nicht unmittelbar in deren Rechtssphäre eingreift (*vgl BSG Urteil vom 17.2.2016 - B 6 KA 47/14 R - SozR 4-2500 § 87 Nr 32 RdNr 15; BSG Urteil vom 3.8.2016 - B 6 KA 42/15 R - SozR 4-2500 § 87 Nr 33 RdNr 13, jeweils mwN*). Dies hat das SG zutreffend erkannt. Allerdings sieht der Senat die einfache Beiladung (§ 75 Abs 1 SGG) der am Zustandekommen des Bewertungsmaßstabs beteiligten Organisationen in einem Prozess, in dem die Gültigkeit des Bewertungsmaßstabs unmittelbar entscheidungserheblich ist, regelmäßig als sachgerecht an, weil hierdurch deren rechtliche Interessen berührt werden (*vgl BSG Urteil vom 28.10.2015 - B 6 KA 42/14 R - SozR 4-5531 Nr 06225 Nr 1 RdNr 21; BSG Urteil vom 17.2.2016 - B 6 KA 47/14 R - SozR 4-2500 § 87 Nr 32 RdNr 15 f; BSG Urteil vom 3.8.2016 - B 6 KA 42/15 R - SozR 4-2500 § 87 Nr 33 RdNr 13, jeweils mwN*). Das Unterlassen einer einfachen Beiladung stellt jedoch keinen Verfahrensfehler dar. Die einfache Beiladung kann im Revisionsverfahren auch nicht nachgeholt werden (§ 168 Satz 1 SGG).

- 13 C. Die Beklagte war befugt, den Antrag der Klägerin durch Verwaltungsakt zu bescheiden (1.), die Beklagte hat jedoch die Durchführung der sachlich-rechnerischen Berichtigung zu Unrecht abgelehnt (2.).
- 14 1. Das SG ist zutreffend davon ausgegangen, dass die Beklagte befugt war, gegenüber der Klägerin durch Verwaltungsakt zu entscheiden. Nach der Rechtsprechung des Senats entscheiden KÄVen trotz des prinzipiellen Gleichordnungsverhältnisses zu den Kassen ua bei der Durchführung von sachlich-rechnerischen Abrechnungsberichtigungen einer antragstellenden Kasse gegenüber durch Verwaltungsakt (*BSG Urteil vom 11.2.2015 - B 6 KA 15/14 R - SozR 4-2500 § 106a Nr 13 RdNr 16*). Der KÄV steht nach § 106d Abs 2 Satz 1 SGB V (*in der hier noch maßgebenden Fassung des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes vom 16.7.2015, BGBl I 2015, 1211*) die Honorarprüfungs- und Berichtigungskompetenz zu. Die Krankenkassen können gemäß § 106d Abs 4 Satz 1 SGB V, sofern dazu Veranlassung besteht, gezielte Prüfungen nach § 106d Abs 2 SGB V bei den KÄVen beantragen. Nach § 106d Abs 2 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V stellt die KÄV die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen fest. Dementsprechend ist die KÄV auch nach den bundesmantelvertraglichen Regelungen die allgemeine Vertragsinstanz im vorgenannten Sinne und die Krankenkassen haben nur ein Antragsrecht für nachgehende sachlich-rechnerische Berichtigungen (*vgl § 45 Abs 4 Satz 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte <BMV-Ä> idF vom 1.10.2013, vgl DÄ 2013, A-1809*). Dabei ist einerseits zu berücksichtigen, dass die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und KÄV einerseits und KÄV und Vertragsarzt grundsätzlich getrennt sind. Das System des vertragsarztrechtlichen Viereck-Verhältnisses ist dadurch gekennzeichnet, dass unmittelbare Rechtsbeziehungen zwischen den Krankenkassen als Leistungsträgern und den (Vertrags-)Ärzten als Leistungserbringern im Regelfall vermieden werden (*zum zahnärztlichen Bereich vgl BSG Urteil vom 18.12.1996 - 6 RKa 66/95 - BSGE 80, 1 = SozR 3-5545 § 19 Nr 2 = juris RdNr 22; BSG Urteil vom 25.3.2003 - B 1 KR 29/02 R - SozR 4-1500 § 55 Nr 1 RdNr 3 f = juris RdNr 9 f; zum Arzneimittelregress vgl BSG Urteil vom 20.3.2013 - B 6 KA 17/12 R - SozR 4-5540 § 48 Nr 2 RdNr 24*). Andererseits geht es sowohl bei Anträgen der Krankenkassen auf sachlich-rechnerische Richtigstellung als auch bei den die sachlich-rechnerische Korrektur festsetzenden Bescheiden der KÄV gegenüber dem Vertragsarzt der Sache nach vorrangig um die Frage, ob die vertragsärztliche Abrechnung Fehler aufweist (*vgl im Hinblick auf Berichtigungen im vertragszahnärztlichen Bereich: BSG Urteil vom 19.10.2011 - B 6 KA 30/10 R - SozR 4-5555 § 21 Nr 2 RdNr 20*). Diese Frage kann in beiden Rechtsbeziehungen nur einheitlich beantwortet werden: Auslegung und Anwendung der maßgeblichen Vorschriften sind deshalb an dem Zweck auszurichten, eine solche einheitliche Entscheidung zu ermöglichen. Das wird verlässlich und rechtssicher dadurch erreicht, dass die KÄV auf einen Antrag einer Krankenkasse auf sachlich-rechnerische Berichtigung dieser wie gegebenenfalls dem Vertragsarzt gegenüber durch Verwaltungsakt entscheidet (*BSG Urteil vom 11.2.2015 - B 6 KA 15/14 R - SozR 4-2500 § 106a Nr 13 RdNr 17*).
- 15 2. Das SG hat zutreffend entschieden, dass die Beklagte die Durchführung der sachlich-rechnerischen Berichtigung (*dazu a*) zu Unrecht abgelehnt hat. Die Leistungen nach GOP 01747 und 01748 EBM-Ä sind bei männlichen Patienten nur einmalig und damit nicht wiederholt berechnungsfähig (*dazu b*). Der

Abrechnungsausschluss für wiederholte Untersuchungen gilt unabhängig davon, ob der Vertragsarzt zum Zeitpunkt der Erbringung der Leistung Kenntnis von einer bereits zuvor durchgeführten Untersuchung hatte oder ob er auch nur die Möglichkeit hatte, sich diese zu verschaffen (*dazu c*). Darin liegt kein Verstoß gegen Art 3 Abs 1, Art 12 Abs 1 GG (*dazu d*).

- 16 a) Rechtsgrundlage der sachlich-rechnerischen Richtigstellung, deren Durchführung die Klägerin gegenüber der Beklagten beantragt hat, ist § 106d Abs 4 Satz 1 iVm Abs 2 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V (*idF des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes vom 16.7.2015, BGBl I 2015, 1211; vgl 1., RdNr 14*). Die Abrechnungsprüfung zielt auf die Feststellung, ob die Leistungen rechtmäßig, also im Einklang mit den gesetzlichen, vertraglichen oder satzungsrechtlichen Vorschriften des Vertragsarztrechts - mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebots - erbracht und abgerechnet worden sind, insbesondere die Vorgaben des EBM-Ä erfüllen (*stRspr vgl zB BSG Urteil vom 26.1.2022 - B 6 KA 8/21 R - SozR 4-5531 Nr 31148 Nr 1 RdNr 18; BSG Urteil vom 23.6.2010 - B 6 KA 7/09 R - BSGE 106, 222 = SozR 4-5520 § 32 Nr 4, RdNr 25 ff*). Die Befugnis zu Richtigstellungen besteht auch für bereits erlassene Honorarbescheide (nachgehende Richtigstellung). Sie bedeutet dann im Umfang der vorgenommenen Korrekturen eine teilweise Rücknahme des Honorarbescheides. Die genannten Bestimmungen stellen Sonderregelungen dar, die gemäß § 37 Satz 1 SGB I in ihrem Anwendungsbereich die Regelung des § 45 SGB X verdrängen (*BSG Urteil vom 24.10.2018 - B 6 KA 34/17 R - BSGE 127, 33 = SozR 4-2500 § 106d Nr 2, SozR 4-1300 § 45 Nr 21, SozR 4-1300 § 63 Nr 26 RdNr 24*). Eine nach den Bestimmungen zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung rechtmäßige (Teil-)Rücknahme des Honorarbescheides mit Wirkung für die Vergangenheit löst nach § 50 Abs 1 Satz 1 SGB X eine entsprechende Rückzahlungsverpflichtung des Empfängers der Leistung aus (*vgl BSG Urteil vom 14.12.2005 - B 6 KA 17/05 R - BSGE 96, 1 = SozR 4-2500 § 85 Nr 22; BSG Urteil vom 28.8.2013 - B 6 KA 43/12 R - BSGE 114, 170 = SozR 4-2500 § 106a Nr 11; BSG Urteil vom 14.7.2021 - B 6 KA 12/20 R - SozR 4-2500 § 101 Nr 22 RdNr 27, jeweils mwN*).
- 17 Die Klägerin hat hier bei der Beklagten die sachlich-rechnerische Berichtigung von Honorarabrechnungen für das Quartal 1/2019 ua mit der Begründung beantragt, dass Leistungen nach GOP 01747 und 01748 EBM-Ä bei denselben - konkret bezeichneten - Patienten mehrfach abgerechnet worden seien. Der Antrag enthält Angaben ua zu den behandelnden Ärzten und dem jeweiligen Datum der Behandlung. Soweit die Klägerin den Antrag mit der Mehrfachabrechnung der genannten GOP begründet hat, hat die Beklagte den Antrag abgelehnt.
- 18 b) Für die Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsbestimmungen ist nach der ständigen Rechtsprechung des Senats in erster Linie der Wortlaut der Leistungslegende maßgeblich (*vgl etwa BSG Urteil vom 16.5.2001 - B 6 KA 20/00 R - BSGE 88, 126 = SozR 3-2500 § 87 Nr 29 = juris RdNr 20; BSG Urteil vom 11.2.2015 - B 6 KA 15/14 R - SozR 4-2500 § 106a Nr 13 RdNr 21; BSG Urteil vom 28.8.2024 - B 6 KA 8/23 R - SozR 4-5531 Nr 04040 Nr 1 RdNr 12*). Dies gründet sich zum einen darauf, dass das vertragliche Regelwerk dem Ausgleich der unterschiedlichen Interessen von Ärzten und Krankenkassen dient und es vorrangig Aufgabe des Normgebers des EBM-Ä - also des BewA gemäß § 87 Abs 1 SGB V - ist, Unklarheiten zu beseitigen (*BSG Urteil vom 8.5.1996 - 6 RKA 49/95 - BSGE 78, 191*

= SozR 3-2200 § 368i Nr 1 = juris RdNr 22 f). Zum anderen folgt die primäre Bindung an den Wortlaut aus dem Gesamtkonzept des EBM-Ä als einer abschließenden Regelung, die keine Ergänzung oder Lückenfüllung durch Rückgriff auf andere Leistungsverzeichnisse oder Gebührenordnungen oder durch analoge Anwendung zulässt. Raum für eine systematische Interpretation im Sinne einer Gesamtschau der in innerem Zusammenhang stehenden vergleichbaren oder ähnlichen Leistungstatbestände ist nur dann, wenn der Wortlaut eines Leistungstatbestandes zweifelhaft ist und es einer Klarstellung bedarf (BSG Urteil vom 16.5.2001 - B 6 KA 20/00 R - BSGE 88, 126 = SozR 3-2500 § 87 Nr 29 = juris RdNr 20; BSG Urteil vom 11.12.2013 - B 6 KA 14/13 R - SozR 4-2500 § 87 Nr 28 RdNr 11 mwN; BSG Urteil vom 16.5.2018 - B 6 KA 16/17 R - SozR 4-5531 Nr 33076 Nr 1 RdNr 19). Eine entstehungsgeschichtliche Auslegung kommt bei unklaren oder mehrdeutigen Regelungen ebenfalls in Betracht, kann allerdings nur anhand von Dokumenten erfolgen, in denen die Urheber der Bestimmungen diese in der Zeit ihrer Entstehung selbst erläutert haben (etwa BSG Urteil vom 13.5.1998 - B 6 KA 34/97 R - SozR 3-5555 § 10 Nr 1 = juris RdNr 17 mwN; BSG Urteil vom 5.11.2008 - B 6 KA 1/08 R - SozR 4-2500 § 106a Nr 4 RdNr 12; BSG Urteil vom 28.4.2004 - B 6 KA 19/03 R - SozR 4-2500 § 87 Nr 5 RdNr 11 = juris RdNr 18; BSG Urteil vom 28.8.2024 - B 6 KA 8/23 R - SozR 4-5531 Nr 04040 Nr 1 RdNr 12). Leistungsbeschreibungen dürfen weder ausdehnend ausgelegt noch analog angewendet werden (stRspr; vgl BSG Urteil vom 16.5.2018 - B 6 KA 16/17 R - SozR 4-5531 Nr 33076 Nr 1 RdNr 19; BSG Urteil vom 13.2.2019 - B 6 KA 56/17 R - SozR 4-5531 Nr 30790 Nr 1 RdNr 27, jeweils mwN). Diese Grundsätze gelten auch für die den Vergütungsbestimmungen vorangestellten Allgemeinen Bestimmungen (BSG Urteil vom 4.5.2016 - B 6 KA 16/15 R - SozR 4-5532 Allg Nr 2 RdNr 23 mwN; BSG Urteil vom 16.5.2018 - B 6 KA 16/17 R - SozR 4-5531 Nr 33076 Nr 1 RdNr 19; BSG Urteil vom 11.9.2019 - B 6 KA 22/18 R - SozR 4-5531 Nr 01210 Nr 1 RdNr 13). Die Anmerkung zu einer Position des EBM-Ä hat dabei denselben Rang wie die Leistungslegende (vgl BSG Urteil vom 16.12.2015 - B 6 KA 39/15 R - SozR 4-5531 Nr 40100 Nr 1 RdNr 25; BSG Urteil vom 28.8.2024 - B 6 KA 8/23 R - SozR 4-5531 Nr 04040 Nr 1 RdNr 12, jeweils mwN).

- 19 Der Wortlaut der GOP 01747 und 01748 EBM-Ä ist bereits eindeutig (aa). Das Ergebnis der Wortlautauslegung wird im Übrigen weder durch Systematik (bb) noch Entstehungsgeschichte (cc) in Frage gestellt. Eine einschränkende Auslegung des Begriffs "einmalig" wäre darüber hinaus mit § 2 der Richtlinie Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen (US-BAA-RL) unvereinbar (dd).

- 20 aa) GOP 01747 und 01748 EBM-Ä hatten im hier maßgebenden Quartal 1/2019 folgenden Wortlaut:
"01747 - Beratung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über das Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen (US-BAA-RL)

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Ausgabe der Versicherteninformation gemäß Anlage zur US-BAA-RL,
- Ärztliche Aufklärung zum Screening auf Bauchaortenaneurysmen

Fakultativer Leistungsinhalt

- Veranlassung einer sonographischen Untersuchung der Bauchaorta gemäß § 4 US-BAA-RL

Die Gebührenordnungsposition 01747 ist bei männlichen Patienten ab dem Alter von 65 Jahren einmalig berechnungsfähig.

01748 - Sonographische Untersuchung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über das Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen (US-BAA-RL)

Obligater Leistungsinhalt

- Sonographische Untersuchung der Bauchaorta gemäß § 4 US-BAA-RL

Fakultativer Leistungsinhalt

- Aufklärung und Beratung zu Behandlungsmöglichkeiten bei auffälligem Befund

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01748 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Die Gebührenordnungsposition 01748 ist bei männlichen Patienten ab dem Alter von 65 Jahren einmalig berechnungsfähig. Sofern die Gebührenordnungsposition 01748 neben der Gebührenordnungsposition 33042 berechnet wird, ist ein Abschlag von 77 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 33042 vorzunehmen. Die Gebührenordnungsposition 01748 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31682 bis 31689, 33040 und 33081 berechnungsfähig."

- 21 Das in der Leistungslegende sowohl der GOP 01747 EBM-Ä als auch der GOP 01748 EBM-Ä verwendete Adjektiv "einmalig" bedeutet ein einziges Mal, also nicht mehrmals. Anknüpfungspunkt ist nach dem Wortlaut der GOP der männliche Patient ab dem Alter von 65 Jahren. Das bedeutet, dass die Leistungen bei Patienten vor Vollendung des 65. Lebensjahres nicht erbracht werden dürfen. Im Zeitraum von der Vollendung des 65. Lebensjahres des Patienten bis zu dessen Lebensende darf die Leistung höchstens einmal im Sinne eines einzigen, nicht wiederholbaren Ereignisses erbracht werden.
- 22 bb) Das Wort "einmalig" wird auch in anderen GOP verwendet, dort allerdings nicht mit Bezug auf den Versicherten, sondern zB "im Krankheitsfall" (GOP 01821 EBM-Ä), "im Behandlungsfall" (GOP 32457 EBM-Ä) oder "im Laufe eines Quartals" (GOP 01770 EBM-Ä). Aus dem Umstand, dass der Wortlaut der GOP 01747 und 01748 EBM-Ä einen solchen relativierenden Anknüpfungspunkt nicht enthält, folgt entgegen der Auffassung der Beklagten nicht, dass unklar wäre, worauf das Wort "einmalig" zu beziehen ist. Vielmehr folgt aus der alleinigen Bezugnahme auf den mindestens 65-jährigen männlichen Patienten in Verbindung mit dem Adjektiv "einmalig", dass die genannten Leistungen nicht mehr berechnungsfähig sind, wenn sie im Leben des jeweiligen Patienten bereits einmal erbracht und abgerechnet worden sind.
- 23 cc) Dieses eindeutige Ergebnis der Wortlautauslegung wird durch die Entstehungsgeschichte der Regelung bestätigt: Mit der Einführung der GOP 01747 und 01748 EBM-Ä hat der BewA seiner aus § 87 Abs 5b Satz 2 SGB V folgenden Verpflichtung zur Umsetzung von Richtlinienbeschlüssen des GBA entsprochen (vgl dazu Nr 2 der im Internet veröffentlichten Entscheidungserheblichen Gründe zum Beschluss des BewA nach § 87 Abs 1 Satz 1 SGB V in seiner 410. Sitzung <schriftliche Beschlussfassung> zur Änderung des EBM-Ä mit Wirkung zum 1.1.2018). Hintergrund ist die durch den GBA in der Sitzung am 20.10.2016 beschlossene US-BAA-RL. Nach § 2 dieser Richtlinie haben männliche Versicherte ab dem Alter von 65 Jahren einmalig Anspruch auf Teilnahme am Screening auf Bauchaortenaneurysmen. Bestätigt wird dies durch den Inhalt der Versicherteninformation nach

§ 3 US-BAA-RL (*Anlage I US-BAA-RL*). Danach ist die Teilnahme an dieser Früherkennungsuntersuchung einmal möglich. Im Rahmen des vom GBA durchgeführten Beratungsverfahrens war eine einmal durchgeführte Ultraschalluntersuchung ua von der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin - DGG als ausreichend bewertet worden (*vgl die im Internet veröffentlichten Anlagen 1 bis 11 zur Zusammenfassenden Dokumentation*) und auch ausgewertete Erfahrungen mit Ultraschalluntersuchungen auf Bauchaaortenaneurysmen aus einer Reihe anderer Staaten bezogen sich auf ein einmaliges Screening.

- 24 dd) Im Übrigen weist der GKV-Spitzenverband in seiner Stellungnahme zutreffend darauf hin, dass die in § 2 US-BAA-RL (*in der hier maßgebenden am 10.6.2017 in Kraft getretenen Fassung des Beschlusses des GBA vom 20.10.2016, BAnz AT 17.02.2017 B4; ab dem 7.3.2020 wortgleich übernommen in B. II § 2 Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie vom 19.12.2019, BAnz AT 06.03.2020 B2, geringfügig geändert mit Beschluss des GBA vom 20.11.2020, BAnz AT 11.02.2021 B1*) geregelte Begrenzung auf eine einmalige Untersuchung gemäß § 91 Abs 6 SGB V nicht nur für die Versicherten, sondern auch für die Leistungserbringer verbindlich ist. Eine Regelung im EBM-Ä, die Ärzten die mehrmalige Abrechnung von Ultraschallscreenings zur Früherkennung von Bauchaaortenaneurysmen bei demselben Patienten ermöglichen würde, wäre damit nicht vereinbar. Nach der ua in § 2 Abs 2 SGB V zum Ausdruck kommenden Konzeption des Gesetzes soll den Versicherten der GKV - von besonders geregelten Ausnahmen abgesehen - die Krankenbehandlung als Sach- bzw Dienstleistung zur Verfügung gestellt werden (*BSG Urteil vom 16.9.1997 - 1 RK 28/95 - BSGE 81, 54 = SozR 3-2500 § 135 Nr 4 = juris RdNr 25; BSG Urteil vom 16.9.1997 - 1 RK 32/95 - BSGE 81, 73 = SozR 3-2500 § 92 Nr 7 = juris RdNr 18*). Der leistungserbringende Arzt erhält die Vergütung für seine Tätigkeit - vermittelt über die KÄVen - von den Krankenkassen als Leistungsträgern der GKV (§ 12 SGB I). Die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung sind für ihn verbindlich (§ 95 Abs 3 Satz 3 SGB V). Mit seiner Zulassung übernimmt der Vertragsarzt die Pflicht, die gesetzlichen Leistungsansprüche der Versicherten auf ärztliche Behandlung (§ 11 iVm § 27 SGB V) zu befriedigen (*BSG Urteil vom 14.3.2001 - B 6 KA 54/00 R - BSGE 88, 20 = SozR 3-2500 § 75 Nr 12 = juris RdNr 32*). Auch der Vertragsarzt ist deshalb grundsätzlich an die für den Versicherten geltenden Leistungsausschlüsse gebunden (*Wenner, Vertragsarztrecht nach der Gesundheitsreform, 2008, § 3 RdNr 7 f*). Er kann einem gesetzlich Versicherten grundsätzlich keine Leistungen als Sachleistungen erbringen und als Krankenkassenleistung gegenüber der KÄV abrechnen, auf die der Versicherte keinen Anspruch hat (*vgl BSG Urteil vom 16.9.1997 - 1 RK 28/95 - BSGE 81, 54 = SozR 3-2500 § 135 Nr 4 = juris RdNr 24; BSG Urteil vom 16.9.1997 - 1 RK 32/95 - BSGE 81, 73 = SozR 3-2500 § 92 Nr 7 = juris RdNr 17*).
- 25 c) Der Abrechnungsausschluss für wiederholte Untersuchungen gilt unabhängig davon, ob der Vertragsarzt zum Zeitpunkt der Erbringung der Leistung Kenntnis von einer bereits zuvor durchgeführten Untersuchung hatte oder ob er auch nur die Möglichkeit hatte, sich diese zu verschaffen.
- 26 aa) Die Rechtmäßigkeit sachlich-rechnerischer Berichtigungen setzt grundsätzlich kein Verschulden des Vertragsarztes voraus (*stRspr vgl zB BSG Urteil vom 22.3.2006 - B 6 KA 76/04 R - BSGE 96, 99 = SozR 4-5520 § 33 Nr 6, RdNr 28-29; BSG Urteil vom 23.6.2010 - B 6 KA 7/09 R - BSGE 106, 222*

= SozR 4-5520 § 32 Nr 4, RdNr 61; vgl auch Clemens in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 5. Aufl, § 106d SGB V RdNr 96). Etwas anderes gilt nur dann, wenn die KÄV den gesamten Honorarbescheid für ein Quartal allein wegen der Unrichtigkeit der Abrechnungssammelerklärung aufhebt. Diese Rechtsfolge setzt voraus, dass unrichtige Angaben in den Behandlungsausweisen zumindest grob fahrlässig erfolgt sind (BSG Urteil vom 17.9.1997 - 6 RKa 86/95 - SozR 3-5550 § 35 Nr 1 RdNr 22). Darum geht es hier nicht.

- 27 Auch § 106d Abs 5 Satz 2 SGB V macht die sachlich-rechnerische Richtigstellung nicht davon abhängig, dass dem Vertragsarzt die fehlende Abrechenbarkeit der Leistung bekannt ist oder hätte bekannt sein müssen. Nach dieser Vorschrift sind in den auf regionaler Ebene von den KÄVen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen abzuschließenden Prüfvereinbarungen Maßnahmen ua für den Fall "des Nichtbestehens einer Leistungspflicht der Krankenkassen, soweit dies dem Leistungserbringer bekannt sein musste" vorzusehen. Die Regelung betrifft speziell Fälle des Nichtbestehens einer Leistungspflicht der Krankenkasse. Angesprochen sind damit zB Konstellationen, in denen der Vertragsarzt aufgrund der Vorlage einer falschen oder zu Unrecht ausgestellten Krankenversicherungskarte an sich keinen Vergütungsanspruch gegen die auf der Karte benannte Krankenkasse hat (vgl BSG Urteil vom 23.3.2023 - B 6 KA 14/22 R - SozR 4-2500 § 106a Nr 29 RdNr 26). Das daraus folgende Risiko soll der Arzt nicht tragen, wenn er nicht erkennen konnte, dass eine Leistungspflicht der Krankenkasse nicht bestand (zur unzulässigen Verwendung einer elektronischen Gesundheitskarte vgl auch § 48 Abs 4 BMV-Ä). § 106d Abs 5 Satz 2 SGB V macht die sachlich-rechnerischen Berichtigungen bei Honorarabrechnungen, die - wie hier - nicht im Einklang mit den gesetzlichen, vertraglichen oder satzungsrechtlichen Vorschriften des Vertragsarztrechts und insbesondere den Vorgaben des EBM-Ä stehen, jedoch nicht allgemein von einem Verschulden des Arztes abhängig.
- 28 bb) Der Senat folgt auch nicht der in der Stellungnahme der KÄBV vertretenen Auffassung, nach der der Regress nach § 22 Abs 3 BMV-Ä speziell bezogen auf Früherkennungsmaßnahmen davon abhängig sein soll, dass der Arzt die fehlende Erfüllung von Anspruchsvoraussetzungen erkennen konnte.
- 29 Nach § 22 Abs 3 BMV-Ä informiert die Krankenkasse ihre Versicherten über die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen (Satz 1). Der Vertragsarzt hat die Erfüllung der Voraussetzungen zu beachten, "soweit dies an Hand der Angabe des Versicherten und seiner ärztlichen Unterlagen und Aufzeichnungen möglich ist" (Satz 2). Mit dieser Regelung werden Prüfpflichten des Vertragsarztes bezogen auf die Erfüllung von Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen durch Versicherte beschränkt (Altmiks in Schiller, BMV-Ä, 2. Aufl 2021, § 22 RdNr 8). Das hat zur Folge, dass einem Arzt, der Leistungen nach den GOP 01747 und 01748 EBM-Ä erbringt, obwohl dem Versicherten die Leistungen bereits zuvor erbracht worden waren, seine vertragsärztlichen Pflichten nicht verletzt, wenn es ihm anhand der Angabe des Versicherten und seiner ärztlichen Unterlagen und Aufzeichnungen nicht möglich war, dies zu erkennen. § 22 Abs 3 BMV-Ä ändert aber nicht den Inhalt der Leistungslegende der GOP 01747 und 01748 EBM-Ä in der Weise ab, dass dem Vertragsarzt auch die wiederholte Erbringung der Leistung zu vergüten wäre.

- 30 Nach § 87 Abs 1 Satz 1 SGB V regelt der BewA den EBM-Ä. Ungeachtet der Formulierung in § 87 Abs 1 Satz 1 SGB V, nach der der Bewertungsmaßstab von der KÄBV mit dem GKV-Spitzenverband "durch Bewertungsausschüsse als Bestandteil der Bundesmantelverträge" vereinbart wird, ist der BewA nicht nur ein Unterausschuss des Normgebers "Bundesmantelvertragspartner". Vielmehr sind dem BewA durch § 87 Abs 1 Satz 1 SGB V spezielle Aufgaben übertragen und diese damit der - ansonsten nach § 82 Abs 1 SGB V bestehenden - Zuständigkeit der Bundesmantelvertragspartner entzogen (*BSG Beschluss vom 10.12.2008 - B 6 KA 37/08 B - juris RdNr 11; BSG Urteil vom 27.6.2012 - B 6 KA 28/11 R - BSGE 111, 114 = SozR 4-2500 § 87 Nr 26, RdNr 27; BSG Urteil vom 3.8.2016 - B 6 KA 42/15 R - SozR 4-2500 § 87 Nr 33 RdNr 19*). Allerdings konnte § 87 SGB V jedenfalls in der bis zum 22.7.2015 (vor der Änderung des Abs 1 Satz 1 durch das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung <GKV-Versorgungsstärkungsgesetz - GKV-VSG> vom 16.7.2015, *BGBI I 2015, 1211*) geltenden Fassung keine Generalermächtigung zur Regelung vertragsärztlicher Vergütungstatbestände auf Bundesebene durch den BewA entnommen werden (*BSG Urteil vom 27.6.2012 - B 6 KA 28/11 R - BSGE 111, 114 = SozR 4-2500 § 87 Nr 26, RdNr 27; vgl BSG Urteil vom 3.8.2016 - B 6 KA 42/15 R - SozR 4-2500 § 87 Nr 33 RdNr 19*). Für bestimmte Konstellationen hat der Senat in ständiger Rechtsprechung gebilligt, dass die Partner der BMV-Ä auf der Grundlage des § 82 Abs 1 Satz 1 SGB V auch Abrechnungsregelungen treffen können (*vgl BSG Urteil vom 25.11.2020 - B 6 KA 14/19 R - SozR 4-2500 § 106a Nr 27 RdNr 21 mwN; zu Übergangsregelungen im zahnärztlichen Bereich vgl BSG Urteil vom 8.5.1996 - 6 RKA 49/95 - BSGE 78, 191 = SozR 3-2200 § 368i Nr 1 = juris RdNr 27; zur Klarstellung von GOP durch die Partner der Bundesmantelverträge vgl BSG Urteil vom 15.11.1995 - 6 RKA 57/94 - SozR 3-5535 Nr 119 Nr 1 = juris RdNr 16 ff; BSG Urteil vom 3.8.2016 - B 6 KA 42/15 R - SozR 4-2500 § 87 Nr 33 RdNr 19 mwN*).
- 31 Der Senat lässt dahinstehen, ob diese Rechtsprechung uneingeschränkt auf die seit dem 23.7.2015 geltende Rechtslage (*Änderung von § 87 Abs 1 Satz 1 durch das GKV-VSG*) übertragbar ist. Jedenfalls war allen Fallgruppen, in denen der Senat Abrechnungsregelungen durch die Partner des BMV-Ä gebilligt hat, gemeinsam, dass die getroffenen Regelungen eindeutig auf die ärztliche Vergütung zu beziehen waren. Dies trifft auf § 22 Abs 3 BMV-Ä nicht zu. Die Regelung geht zurück auf § 181b RVO (*eingeführt durch das Gesetz zur Weiterentwicklung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung <2. KVÄG> vom 21.12.1970*), der bestimmte, dass dem Arzt bei Inanspruchnahme von Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten ein Berechtigungsschein vorzulegen ist. Daran anknüpfend bestimmte § 8b Abs 1 Satz 1 BMV-Ä in der seit dem 1.7.1971 geltenden Fassung (*DÄBI 1971, 2494, 2495*), dass Berechtigte mit Anspruch auf Maßnahmen der Früherkennung diesen durch die Vorlage eines Berechtigungsscheins nachweisen. Solange ein Berechtigungsschein nicht vorlag, sollten vom Arzt Früherkennungsuntersuchungen nicht erbracht werden (*§ 8b Abs 3 Satz 1 BMV-Ä in der seit dem 1.7.1971 geltenden Fassung*). Nach der Einführung der Krankenversicherungskarte wurde der Nachweis nicht mehr durch die Vorlage eines Berechtigungsscheins, sondern durch die Vorlage der Krankenversicherungskarte oder eines Behandlungsscheins erbracht. In diesem Zusammenhang wurde im Jahr 1994 in § 26 Abs 3 Arzt-/Ersatzkassenvertrag eine dem heutigen § 22 Abs 3 BMV-Ä entsprechende Regelung eingeführt (*DÄBI 1994, A-1967, A-1975*). Weder dem Wortlaut noch der

Entstehungsgeschichte lassen sich also Hinweise dafür entnehmen, dass die Bundesmantelvertragspartner mit § 22 Abs 3 BMV-Ä Abrechnungsbestimmungen treffen wollten.

- 32 Erst recht kann nicht angenommen werden, dass § 22 Abs 3 BMV-Ä die Leistungslegende zu den erst im Jahr 2018 in den EBM-Ä aufgenommenen GOP 01747 und 01748 modifiziert. Wenn der für die Bewertung vertragsärztlicher Leistungen jedenfalls in erster Linie zuständige BewA die Absicht gehabt hätte, dem Arzt in bestimmten Konstellationen eine wiederholte Erbringung der Leistung zu ermöglichen, hätte es - soweit eine solche Regelung überhaupt mit höherrangigem Recht vereinbar gewesen wäre (zu § 91 Abs 6 SGB V vgl RdNr 24) - nahegelegen, dass die Leistungslegende der GOP 01747 und 01748 EBM-Ä die Regelung des § 22 Abs 3 BMV-Ä ausdrücklich in Bezug nimmt oder wiederholt. Solche die einmalige Berechnungsfähigkeit der Leistung relativierenden Regelungen sind der insoweit eindeutig formulierten Leistungslegende (vgl oben RdNr 19 ff) aber gerade nicht zu entnehmen.
- 33 d) Der unabhängig von den Erkenntnismöglichkeiten des Vertragsarztes eingreifende Abrechnungsausschluss für die wiederholte Erbringung des Ultraschallscreenings nach GOP 01747 und 01748 EBM-Ä verstößt nicht gegen höherrangiges Recht und insbesondere auch nicht gegen Art 3 Abs 1 und Art 12 Abs 1 GG.
- 34 aa) Nach stRspr des Senats kommt dem BewA bei seinen Festlegungen zur vertragsärztlichen Vergütung ein weiter Gestaltungsspielraum zu. Ein auf autonomer Leistungsbewertung durch sachkundige Partner der Selbstverwaltung beruhendes System kann nur funktionieren, wenn Eingriffe von außen grundsätzlich unterbleiben. Das gilt auch für Eingriffe durch die Gerichte, die im Übrigen nicht das ganze Bewertungssystem in ihre Beurteilung einbeziehen könnten, sondern sich auf die jeweils streitigen Leistungen und damit auf eine mehr oder weniger "punktuelle" Entscheidung beschränken müssten (vgl nur BSG Urteil vom 6.5.1975 - 6 RKa 24/74 - SozR 5530 Allg Nr 1 = juris RdNr 17; BSG Urteil vom 26.4.1978 - 6 RKa 11/77 - BSGE 46, 140 = SozR 5533 Nr 45 Nr 1 = juris RdNr 16; BSG Urteil vom 5.2.1985 - 6 RKa 37/83 - BSGE 58, 35 = SozR 5557 Nr 1 Nr 1 = juris RdNr 13 f; BSG Urteil vom 5.5.1988 - 6 RKa 13/87 - juris RdNr 13; BSG Urteil vom 19.8.1992 - 6 RKa 18/91 - SozR 3-2500 § 87 Nr 5 = juris RdNr 19 f; BSG Urteil vom 20.1.1999 - B 6 KA 46/97 R - BSGE 83, 205 = SozR 3-2500 § 85 Nr 29 = juris RdNr 31). Dass dies leicht zu Störungen des - als ausgewogen vorauszusetzenden - Tarifgefüges führen könnte, liegt auf der Hand. Ausnahmen davon hat der Senat nur für seltene Fälle als denkbar erachtet, in denen die zur Bewertung der ärztlichen Leistungen berufenen Selbstverwaltungsorgane ihren Regelungsspielraum überschritten oder ihre Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgeübt haben (etwa BSG Urteil vom 6.5.1975 - 6 RKa 24/74 - SozR 5530 Allg Nr 1 = juris RdNr 17; BSG Urteil vom 1.2.1995 - 6 RKa 10/94 - SozR 3-5533 Nr 115 Nr 1 RdNr 14; BSG Urteil vom 20.1.1999 - B 6 KA 46/97 R - BSGE 83, 205 = SozR 3-2500 § 85 Nr 29 = juris RdNr 31; BSG Urteil vom 26.1.2000 - B 6 KA 59/98 R - juris RdNr 18; BSG Urteil vom 11.2.2015 - B 6 KA 15/14 R - SozR 4-2500 § 106a Nr 13 RdNr 35). Dies ist insbesondere der Fall, wenn sich die Selbstverwaltungsorgane bei dem ihnen aufgetragenen Interessenausgleich von sachfremden Erwägungen haben leiten lassen, indem sie etwa eine ärztliche Minderheitsgruppe bei der Honorierung willkürlich benachteiligt haben (BSG Urteil vom 6.5.1975 - 6 RKa 24/74 - SozR 5530 Allg Nr 1 = juris RdNr 17; BSG Urteil vom

1.2.1995 - 6 RKa 10/94 - SozR 3-5533 Nr 115 Nr 1 = juris RdNr 14; BSG Urteil vom 20.1.1999 - B 6 KA 9/98 R - BSGE 83, 218 = SozR 3-2500 § 87 Nr 21 = juris RdNr 13). Ein solcher Verstoß der Regelung gegen das Gleichbehandlungsgebot nach Art 3 Abs 1 GG würde jedoch nicht die Nichtigkeit der Regelung begründen, sondern nur ihre Unvereinbarkeit mit dem GG. Dem Normgeber wäre zunächst Gelegenheit zu einer Neuregelung zu geben, bevor eine abschließende Entscheidung ergehen könnte (BSG Urteil vom 20.1.1999 - B 6 KA 9/98 R - BSGE 83, 218 = SozR 3-2500 § 87 Nr 21 = juris RdNr 23 ff; BSG Urteil vom 19.2.2014 - B 6 KA 38/12 R - BSGE 115, 131 = SozR 4-2500 § 135 Nr 20, RdNr 46 ff; BSG Urteil vom 11.2.2015 - B 6 KA 15/14 R - SozR 4-2500 § 106a Nr 13 RdNr 35).

- 35 Die Annahme, dass sich der BewA bei der Formulierung der Leistungslegende zu den GOP 01747 und 01748 EBM-Ä von sachfremden Erwägungen hat leiten lassen und dass er die Erbringer der Vorsorgeuntersuchung bei der Honorierung willkürlich benachteiligen wollte, liegt fern, weil er mit der Beschränkung auf die einmalige Berechnungsfähigkeit pro Patient seiner aus § 87 Abs 5b Satz 2 SGB V folgenden Pflicht zur Anpassung an die Richtlinien des GBA - hier in Gestalt von § 2 US-BAA-RL - entsprochen hat (vgl RdNr 23).
- 36 bb) Allerdings besteht bei der nicht berechnungsfähigen wiederholten Erbringung von Leistungen nach GOP 01747, 01748 EBM-Ä die Besonderheit, dass sie nicht nur unverschuldet, sondern für den Vertragsarzt jedenfalls in Einzelfällen auch unvermeidbar sein kann. Zwar hat der Vertragsarzt die Möglichkeit, sich beim Versicherten zu erkundigen, ob er die Vorsorgeuntersuchung bereits in Anspruch genommen hat. Wenn der Versicherte dazu unrichtige Angaben macht oder sich an eine möglicherweise mehrere Jahre zurückliegende Untersuchung nicht mehr erinnert, kann der Vertragsarzt einem Regress auf diese Weise nicht entgehen. Daran kann auch die inzwischen eingeführte elektronische Patientenakte nichts ändern, wenn die Vorsorgeuntersuchung entweder zu einer Zeit durchgeführt worden ist, zu der der Versicherte über keine elektronische Patientenakte verfügte oder wenn der Versicherte die elektronische Patientenakte nicht nutzt; nach § 341 Abs 1 Satz 2 SGB V ist deren Nutzung für die Versicherten freiwillig. Während sich der Vertragsarzt bei der nach GOP 01770 EBM-Ä zu vergütenden Betreuung einer Schwangeren jedenfalls in gewissem Umfang durch die Einsichtnahme in den Mutterpass Kenntnis von einer bereits durchgeführten Untersuchung verschaffen kann (vgl BSG Urteil vom 11.2.2015 - B 6 KA 15/14 R - SozR 4-2500 § 106a Nr 13 RdNr 38), wird die Vorsorgeuntersuchung nach GOP 01747, 01748 EBM-Ä nicht in vergleichbarer Weise dokumentiert. Ob vor der Erbringung jeder Leistung nach den genannten GOP eine Auskunft der Krankenkasse von dem Arzt mit vertretbarem Aufwand eingeholt werden könnte, um dem Risiko eines Regresses zu entgehen, erscheint aus Sicht des Senats jedenfalls zweifelhaft.
- 37 Auch wenn sachlich-rechnerische Richtigstellungen nicht vom Verschulden des Arztes abhängen (vgl RdNr 26) müssen Regresse, die für den Vertragsarzt nicht nur unvorhersehbar, sondern auch unvermeidbar sind, jedenfalls die Ausnahme bleiben, wenn unverhältnismäßige Eingriffe in die durch Art 12 Abs 1 GG geschützte Freiheit der Berufsausübung vermieden werden sollen. Dem hat der Senat in seiner Rechtsprechung zur Wirtschaftlichkeitsprüfung Rechnung getragen, indem er gefordert hat, dass Regresse nur ausnahmsweise unmittelbar unter Rückgriff auf das ua in § 12 SGB V verankerte Wirt-

schaftlichkeitsgebot festgesetzt werden dürfen (*BSG Urteil vom 13.5.2015 - B 6 KA 18/14 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 51 RdNr 44 ff*). In der Regel bedarf es vielmehr einer normativen Konkretisierung der aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot abzuleitenden Vorgaben, an denen der Vertragsarzt seine Behandlungsweise ausrichten kann. Dem Gebot, Vertragsärzte nach Möglichkeit nicht überraschenden und unvermeidbaren Regressen auszusetzen, wird auch zB dadurch entsprochen, dass diesen im Zusammenhang mit Off-Label-Verordnungen die Möglichkeit gegeben werden muss, sich durch eine "Vorab-Prüfung" der Krankenkasse in angemessener Zeit Sicherheit über die Verordnungsfähigkeit im konkreten Einzelfall zu verschaffen (*BSG Urteil vom 5.6.2024 - B 6 KA 10/23 R - BSGE 138, 133 = SozR 4-2500 § 106b Nr 1, RdNr 40 mwN*). Ebenso hat der Senat entschieden, dass eine angemessene und im Einzelfall für den Arzt nicht vermeidbare Verordnung von letztlich nicht benötigten Grippeimpfstoffen nicht als unwirtschaftlich anzusehen ist (*BSG Urteil vom 21.3.2018 - B 6 KA 31/17 R - SozR 4-2500 § 132e Nr 1 RdNr 35 ff; vgl dazu auch § 106b Abs 1a SGB V idF des Terminservice- und Versorgungsgesetzes <TSVG> vom 6.5.2019, BGBl I 2019, 646*).

- 38 Gleichwohl ist hier noch hinzunehmen, dass der Arzt bei der sachlich-rechnerischen Berichtigung der GOP 01747 und 01748 EBM-Ä im Einzelfall nicht zu vermeidenden Honorarrückforderungen ausgesetzt sein kann. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es um Ausnahmefälle geht, weil sich der Vertragsarzt in der Regel durch die Befragung des Versicherten Kenntnis von einer bereits durchgeführten Vorsorgeuntersuchung verschaffen kann. Zudem war die Leistung nach GOP 01747 EBM-Ä im hier maßgebenden Quartal mit lediglich 57 Punkten/6,17 Euro und die GOP 01748 mit 148 Punkten/16,02 Euro bewertet und diese Leistungen bilden auch nicht den Schwerpunkt der Tätigkeit eines Arztes. Die wirtschaftlichen Folgen der Richtigstellung sind daher für den einzelnen Arzt begrenzt. Im Ergebnis hat die Beschränkung auf die einmalige Abrechnung trotz der damit verbundenen Unwägbarkeiten für die behandelnden Vertragsärzte nicht zur Folge, dass erbrachte Leistungen nicht angemessen vergütet würden (*vgl dazu bereits das die GOP 01770 EBM-Ä betreffende Urteil des Senats vom 11.2.2015 - B 6 KA 15/14 R - SozR 4-2500 § 106a Nr 13 RdNr 35 f; kritisch dazu Hofmayer in Schiller, BMV-Ä, 2. Aufl 2021, § 45 RdNr 19*).
- 39 Die Frage, ob die vertragsärztliche Vergütung als unangemessen zu beurteilen wäre, wenn der EBM-Ä in größerem Umfang Regelungen enthielte, die zur Folge hätten, dass der Vertragsarzt die Abrechenbarkeit einer Leistung nicht zuverlässig beurteilen könnte und damit nicht vorhersehbaren und auch nicht vermeidbaren Regressforderungen ausgesetzt wäre, lässt der Senat ausdrücklich offen. Die Beklagte weist insofern zutreffend auf die Problematik hin, die mit der Umsetzung des § 87 Abs 2b Satz 8 SGB V in der seit dem 1.3.2025 geltenden Fassung des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz - GVSG) vom 25.2.2025 (*BGBl I 2025, Nr 64*) verbunden ist. Danach ist der BewA verpflichtet, Regelungen vorzusehen, nach denen eine Versorgungspauschale innerhalb eines bestimmten Zeitraums nur einmal durch eine einzige, die jeweilige Erkrankung behandelnde Arztpraxis abzurechnen ist. Ob die danach vom BewA vorzusehenden Regelungen zu einer - insgesamt möglicherweise nicht mehr hinnehmbaren - Erweiterung von sachlich-rechnerischen Berichtigungen führen könnten, die der Arzt

nicht vermeiden kann, kann hier dahingestellt bleiben; Gegenstand des vorliegenden Verfahrens sind allein Richtigstellungen der vertragsärztlichen Vergütung im Quartal 1/2019.

- 40 D. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO. Danach hat die Beklagte die Kosten des von ihr erfolglos geführten Rechtsmittels zu tragen.