

L 7 KA 66/14

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
7

1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 83 KA 299/11

Datum
09.07.2014

2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 7 KA 66/14

Datum
16.11.2016

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Die Honorarabrechnung einer Fachärztin für Gynäkologie darf im Rahmen der Plausibilitätsprüfung für fehlerhaft gehalten werden, wenn sich nach dem EBM zwingende Leistungszeiten und Prüfzeiten nach Anlage 3 zum EBM auf 13 Stunden und 32 Minuten summieren und darunter allein 8 Stunden und 32 Minuten auf die Erbringung von Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung (EBM-Nrn. 35100 und 35110) entfallen.

Das Urteil des Sozialgerichts B vom 9. Juli 2014 wird aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Berufungsverfahrens mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen, die diese selbst tragen. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die sachlich-rechnerische Berichtigung des Honorars der Klägerin für das Quartal II/08 infolge einer zeitgestützten Plausibilitätsprüfung.

Die Klägerin ist Fachärztin für Gynäkologie und seit dem 1. September 2007 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

Sie überschritt das Aufgreifkriterium für eine Plausibilitätsprüfung von 46.800 Minuten pro Quartal im Quartal II/08 mit 51.664 Minuten Quartalsprofilzeit um 4.864 Minuten und erreichte an insgesamt zehn Tagen Tagesprofilzeiten von zwischen 12 und 13,99 Stunden.

Die hohen Arbeitszeiten waren insbesondere darauf zurückzuführen, dass die Gesprächsleistungen nach den EBM-Nrn. 35100 und 35110 in relativ hohem Umfang zur Abrechnung kamen. Diese EBM-Nrn. lauteten im Quartal I/08:

35 Leistungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien)

35.1 Nicht antragspflichtige Leistungen

35100 Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände

Obligatorer Leistungsinhalt - Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände, - Schriftlicher Vermerk über ätiologische Zusammenhänge, - Dauer mindestens 15 Minuten

Fakultativer Leistungsinhalt - Beratung bei Säuglingen und Kleinkindern auch unter Einschaltung der Bezugsperson(en) 430 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 35100 ist nur von Vertragsärzten berechnungsfähig, die über die Qualifikation zur Erbringung psychosomatischer Leistungen gemäß § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarungen verfügen. Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 35100 ist eine mindestens 15 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35100. Die Gebührenordnungsposition 35100 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01210, 01214, 01216, 01218, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 21220 bis 21222, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35110 bis 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142 und 35150 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 35.2 berechnungsfähig. Die

Gebührenordnungsposition 35100 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03235, 04235 und 08521 berechnungsfähig.

35110 Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen

Obligatorer Leistungsinhalt - Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen, - Systematische Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion, - Dauer mindestens 15 Minuten

Fakultativer Leistungsinhalt - Systematische Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion, bei Säuglingen und Kleinkindern auch unter Einschaltung der Bezugsperson(en) 430 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 35110 ist nur von Vertragsärzten berechnungsfähig, die über die Qualifikation zur Erbringung psychosomatischer Leistungen gemäß § 5 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarungen verfügen.

Die Gebührenordnungsposition 35110 ist bis zu dreimal am Tag berechnungsfähig.

Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 35110 ist eine mindestens 15 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35110. Die Gebührenordnungsposition 35110 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01210, 01214, 01216, 01218, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 21220 bis 21222, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35111 bis 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142 und 35150 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 35.2 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 35110 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03235, 04235 und 08521 berechnungsfähig.

Im Vergleich zu den Durchschnittswerten der Vergleichsgruppe der Fachärzte für Gynäkologie ergaben sich für das Quartal II/08 folgende Werte:

Abrechnungsfälle der Klägerin insgesamt Häufigkeit der von der Klägerin abgerechneten EBM-Nr. Klägerin: Häufigkeit dieser Gesprächsleistung in % der Abrechnungsfälle Vergleichsgruppe: Häufigkeit dieser Gesprächsleistung in % der Abrechnungsfälle Gesamthorizont der Klägerin im Quartal II/08 Gesamthorizont der Vergleichsgruppe im Quartal II/08

1.182 35100: 987

35110: 390 83,50 %

32,99 % 14,10 %

7,55 % 81.897 Euro 42.746 Euro

Im Rahmen des von der Beklagten geführten Verwaltungsverfahrens erklärte die Klägerin, für sie sei es nichts Ungewöhnliches, täglich 12 bis 16 Stunden zu arbeiten. Wegen ihrer langjährigen Krankenhauserfahrung arbeite sie auch deutlich (um etwa 30 %) schneller als andere Fachkollegen, etwa bei der Durchführung von Ultraschalluntersuchungen. Zeitersparnis ergebe sich auch durch umfangreiche Delegation von Leistungen an das nichtärztliche Personal. Zudem reichte sie eigene Auswertungen ihrer täglichen Arbeitszeiten ein, die für die zehn auffälligen Tage durchweg eine Tagesprofilzeit von unter 12 Stunden aufwiesen. Diese Auswertungen basierten auf einer von der Klägerin gefertigten Aufstellung, in der sie für einzelne EBM-Nrn. der Prüfzeit nach dem EBM die von ihr tatsächlich benötigte Zeit gegenüber stellte (z.B. EBM-Nr. 33044, sonographische Untersuchung eines oder mehrerer weiblicher Genitalorgane, Prüfzeit nach EBM = 7 Minuten, "tatsächlich benötigte Zeit" = 4 Minuten).

Mit Bescheid vom 23. Oktober 2008, bestätigt durch Widerspruchsbescheid vom 10. Mai 2010, hob die Beklagte den Honorarbescheid der Klägerin für das Quartal II/08 teilweise auf und kürzte das Honorar um insgesamt 7.710,38 Euro brutto. Die Betrachtung einzelner Behandlungstage, insbesondere 10., 15. und 21. April 2008, zeige, dass die Klägerin vor allem die Gesprächsleistungen nach den EBM-Nrn. 35100 und 35110 durchweg stereotyp abrechne, was an den betreffenden Tagen zu allein darauf bezogenen Leistungszeiten von jeweils etwa acht Stunden führe. Die Mindestzeit von 15 Minuten sei allein auf das Gespräch zu verwenden, eine parallele Durchführung von Gespräch und Vorsorgeuntersuchung und/oder Sonographie sei nicht zulässig. Bei der Festlegung der Zeitvorgaben sei der delegationsfähige Anteil der Leistungen bereits berücksichtigt worden. Weil die in der Anlage 3 zum EBM definierten Prüfzeiten auf der Grundlage ärztlichen Erfahrungswissens festgelegt worden seien, sei das von der Klägerin angeführte generelle Unterschreiten der Prüfzeiten für einzelne Leistungen nicht denkbar. Insgesamt stehe fest, dass die Klägerin die abgerechneten Leistungen nicht immer vollständig oder ordnungsgemäß erbracht haben könne. Die Höhe der vorzunehmenden Honorarkürzung sei an der Relation von 46.800 Minuten (Auffälligkeitsgrenze) zur abgerechneten Quartalszeit (51.664 Minuten) zu bemessen (Absenkung um 9,41 Prozent). Hieraus ergebe sich der Kürzungsbetrag von 7.710,38 Euro brutto.

Zur Begründung der dagegen erhobenen Klage hat die Klägerin ihr Vorbringen aus dem Verwaltungsverfahren vertieft und ergänzend erklärt, wegen der Querelen um ihre Abrechnungsprüfung stelle sie ihre Arbeitsleistung nun nicht mehr ausschließlich den Kassenpatientinnen zur Verfügung, sondern verwende jetzt sehr viel Zeit für Privatpatientinnen. Jeden Tag müsse sie Patientinnen abweisen, weil ihre Kapazitäten erschöpft seien.

Auf die Klage hat das Sozialgericht B den angefochtenen Bescheid mit Urteil vom 9. Juli 2014 aufgehoben. Eine grob fahrlässig erwirkte Unrichtigkeit der Quartalsabrechnung sei nicht erwiesen. Zwar hätten die eigenen Angaben der Klägerin zur Geschwindigkeit ihrer Leistungserbringung wenig Aussagekraft. Allein von der Quartalsprofilzeit und den Tagesprofilzeiten dürfe aber nicht auf eine unvollständige Leistungserbringung geschlossen werden. Zudem seien die im EBM vorgegebenen Prüfzeiten als Durchschnittswerte im Einzelfall auch unterschreitbar. Die von der Beklagten vorgenommenen Tagesauswertungen bewiesen eine Falschabrechnung nicht. Die

Erbringung von Gesprächsleistungen im Umfange von etwa acht Stunden täglich sei nicht ausgeschlossen.

Gegen das ihr am 28. Juli 2014 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 19. August 2014 Berufung eingelegt. Die Analyse einzelner Behandlungsfälle und Abrechnungstage habe begründete Zweifel daran ergeben, dass die Klägerin die Leistungen nach EBM-Nrn. 35100 und 35110 ordnungsgemäß abgerechnet habe. Zum einen sprächen bereits die tageweise erreichten Gesamtgesprächszeiten von etwa acht Stunden dafür, dass die Mindestgesprächszeiten nicht eingehalten worden seien. Zum anderen habe die Klägerin die qualifizierte Gesprächsleistung nach EBM-Nr. 35100 in 83,5 Prozent aller Abrechnungsfälle berechnet. Es sei nicht vorstellbar, dass ein so hoher Anteil an Patientinnen einer gynäkologischen Praxis unter psychischen Störungen leide, die eine Erbringung der Leistung nach EBM-Nr. 35100 rechtfertigten. Das bestätige auch der Vergleich mit dem Abrechnungsverhalten der ausführenden Ärzte der Fachgruppe der Klägerin. Diese hätten die Leistung nur in 14,1 Prozent aller Fälle in Ansatz gebracht. Die Tagesauswertung für den 15. April 2008 zeige, dass die Klägerin nur bei zwei von 34 Patientinnen keine Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung abgerechnet habe. Es sei nicht anzunehmen, dass 95 Prozent der Patientinnen dieses Tages onkologische Leiden aufwiesen, die eine Erbringung der Gesprächsleistung nach EBM-Nr. 35100 geboten hätten. Zudem habe die Klägerin in jedem zehnten Fall keine die Abrechnung der EBM-Nr. 35100 rechtfertigende Diagnose angegeben; damit sei der geforderte Leistungsinhalt nicht erfüllt. Ihr Vorbringen zu einer besonders schnellen Leistungserbringung sei zu pauschal geblieben. So habe auch die Beigeladene zu 2. erklärt, dass lediglich in Einzelfällen eine schnellere Leistungserbringung als in den Prüfzeiten vorgesehen denkbar sei.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts B vom 9. Juli 2014 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen. Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend. Die von der Beklagten gehegten "begründeten Zweifel" seien als solche nicht geeignet, eine Falschabrechnung zu beweisen. Insgesamt basiere die Haltung der Beklagten auf Vermutungen ins Blaue hinein. Sie betreue eine Vielzahl onkologischer Patientinnen, bei denen die Krebserkrankung seelische Störungen nach sich zögen.

Die Beigeladenen stellen keine Anträge.

Die Beigeladene zu 2. hat im Klageverfahren geäußert, bei Ermittlung der Kalkulations- und Prüfzeiten in Anhang 3 des EBM werde umfangreiches Expertenwissen einbezogen. Bei Festlegung der jeweiligen, in der Regel kürzeren Prüfzeit sei schon berücksichtigt worden, dass erfahrene Ärzte durchschnittlich schneller arbeiteten. Insgesamt sei gewährleistet, dass auch ein erfahrener und zügig arbeitender Arzt die Leistungen schlechterdings nicht ordnungsgemäß und vollständig erbringen könne, wenn er die Prüfzeit unterschreite. Nur in Einzelfällen sei eine Leistungserbringung auch in kürzerer Zeit möglich, insbesondere wenn fakultative Leistungsinhalte nicht in jedem Behandlungsfall zu erbringen seien.

Wegen des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird ergänzend auf den Inhalt der Gerichtsakte und des Verwaltungsvorgangs des Beklagten Bezug genommen, der, soweit wesentlich, Gegenstand der Erörterung in der mündlichen Verhandlung und der Entscheidungsfindung war.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten ist zulässig und begründet. Zu Unrecht hat das Sozialgericht B der Klage stattgegeben. Der angefochtene Bescheid der Beklagten ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten.

1. Rechtsgrundlage für die angefochtene Honorarberichtigung (vgl. hierzu und zum Folgenden: Urteil des Senats vom 25. März 2015, [L 7 KA 19/12](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 34ff.) sind - § 75 Abs. 2 Satz 2 und § 106a Abs. 1 und 2 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V), - die in den Abrechnungsprüfungs-Richtlinien (AbrPr-RL) enthaltenen Regelungen zur Plausibilitätsprüfung (insbesondere §§ 5, 7, 8, 12 und 13), - die von der Beklagten mit den Landesverbänden der Krankenkassen geschlossene Plausibilitätsvereinbarung vom 5. September 2007 in Verbindung mit der Verfahrensordnung der Beklagten zur Durchführung der Plausibilitätsprüfung.

a) Nach [§ 75 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen und die Vertragsärzte, soweit notwendig, zur Erfüllung dieser Pflichten anzuhalten. Zu den vertragsärztlichen Grundpflichten gehört das Gebot der peinlich genauen Abrechnung der zu vergütenden Leistungen, denn die Funktionsfähigkeit des Leistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung, an dem der Arzt durch seine Zulassung teilnimmt, hängt im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung entscheidend mit davon ab, dass die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen auf die ordnungsgemäße Leistungserbringung und auf die peinlich genaue Abrechnung der zu vergütenden Leistungen vertrauen können. Dieses Vertrauen ist deshalb von so entscheidender Bedeutung, weil ordnungsgemäße Leistungserbringung und peinlich genaue Abrechnung lediglich in einem beschränkten Umfang der Überprüfung durch diejenigen zugänglich sind, die die Gewähr für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu tragen haben, nämlich die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen. Der Arzt verstößt gegen seine Pflicht zur peinlich genauen Abrechnung, wenn er Leistungen abrechnet, die er entweder nicht oder nicht vollständig oder - sofern sie sein Tätigwerden voraussetzen - nicht selbst erbracht hat (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 24. November 1993, [6 RKA 70/91](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 22; Pawlita in jurisPK-SGB V, Rdnr. 383 zu § 95).

b) Die Voraussetzungen für die Prüfung vertragsärztlicher Abrechnungen auf Plausibilität regelt mit Wirkung vom 1. Januar 2004 [§ 106a SGB V](#) (eingeführt durch Gesetz vom 14. November 2003, [BGBl. I S. 2190](#)), nachdem das Bundessozialgericht zuvor auf der Basis von Vereinbarungen der Partner der Bundesmantelverträge und gesamtvertraglicher Regelungen allgemeine Grundsätze zur Plausibilitätsprüfung entwickelt hatte (vgl. Urteil vom 8. März 2000, [B 6 KA 16/99 R](#); hierzu Wenner, Vertragsarztrecht nach der Gesundheitsreform, § 23 Rdnr. 5).

Danach prüfen die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen die Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung (§ 106a Abs. 1 SGB V). § 106a Abs. 2 Satz 1 bis 4 SGB V lautet:

1Die Kassenärztliche Vereinigung stellt die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte fest; dazu gehört auch die arztbezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten. 2Gegenstand der arztbezogenen Plausibilitätsprüfung ist insbesondere der Umfang der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand des Vertragsarztes. 3Bei der Prüfung nach Satz 2 ist ein Zeitrahmen für das pro Tag höchstens abrechenbare Leistungsvolumen zu Grunde zu legen; zusätzlich können Zeitrahmen für die in längeren Zeitperioden höchstens abrechenbaren Leistungsvolumina zu Grunde gelegt werden. 4Soweit Angaben zum Zeitaufwand nach § 87 Abs. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz bestimmt sind, sind diese bei den Prüfungen nach Satz 2 zu Grunde zu legen.

Nach § 106a Abs. 6 SGB V vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen nach den Absätzen 2 und 3; die Richtlinien enthalten insbesondere Vorgaben zu den Kriterien nach Absatz 2 Satz 2 und 3.

c) Einzelheiten der Plausibilitätsprüfung ergeben sich dementsprechend aus den "Abrechnungsprüfungs-Richtlinien" (AbrPr-RL), die die Partner der Bundesmantelverträge auf der Grundlage von § 106a Abs. 6 Satz 1 SGB V mit Wirkung vom 1. Januar 2005 vereinbart haben.

Nach § 5 Abs. 1 AbrPr-RL stellt die Plausibilitätsprüfung ein Verfahren dar, mit dessen Hilfe aufgrund bestimmter Anhaltspunkte und vergleichender Betrachtungen die rechtliche Fehlerhaftigkeit ärztlicher Abrechnungen vermutet werden kann. Anhaltspunkte für eine solche Vermutung sind Abrechnungsauffälligkeiten. Diese sind durch die Anwendung von Aufgreifkriterien mit sonstigen Erkenntnissen aus Art und Menge der abgerechneten ärztlichen Leistungen zu gewinnende Indizien, die es wahrscheinlich machen, dass eine fehlerhafte Leistungserbringung zugrunde liegt.

Die regelhafte Plausibilitätsprüfung erstreckt sich auf die Feststellung von Abrechnungsauffälligkeiten durch Überprüfung des Umfangs der abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand (§ 7 Abs. 2 AbrPr-RL). Hierfür sind die im Anhang 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgeführten Prüfzeiten für die ärztlichen Leistungen zugrunde zu legen (§ 8 Abs. 1 AbrPr-RL). Für jeden Tag der ärztlichen Tätigkeit wird im Hinblick auf die angeforderten Leistungen ein Tageszeitprofil und ein Quartalszeitprofil ermittelt (§ 8 Abs. 2 AbrPr-RL). Die "Aufgreifkriterien" regelt § 8 Abs. 3 AbrPr-RL: Beträgt bei Vertragsärzten die auf der Grundlage der Prüfzeiten ermittelte arbeitstäglige Zeit bei Tagesprofilzeiten an mindestens drei Tagen im Quartal mehr als 12 Stunden oder im Quartalszeitprofil mehr als 780 Stunden (= 46.800 Minuten), erfolgen weitere Überprüfungen nach § 12. Ergibt die so vorgenommene Plausibilitätsprüfung Abrechnungsauffälligkeiten, hat eine weitere Prüfung auf der Grundlage von § 12 AbrPr-RL zu erfolgen.

Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts eignen sich Tageszeit- ebenso wie Quartalszeitprofile als Indizienbeweis für eine nicht ordnungsgemäße Abrechnung (vgl. Beschluss vom 17. August 2011, [B 6 KA 27/11 B](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 6; Clemens in jurisPK-SGB V, Rdnr. 144 zu § 106a; Engelhardt, a.a.O., Rdnr. 47 zu § 106a).

d) Auf der Grundlage von § 106a Abs. 5 SGB V hat die Beklagte mit den Landesverbänden der Krankenkassen am 5. September 2007 eine Vereinbarung über die Durchführung der Prüfung der Abrechnungen auf Rechtmäßigkeit und Plausibilität gemäß § 106a SGB V (Plausibilitätsvereinbarung) getroffen, die zum 1. Januar 2007 in Kraft getreten ist und für die Prüfung von Abrechnungen ab dem Quartal III/06 gilt. Die Plausibilitätsvereinbarung und die auf § 13 Abs. 1 und 2 der AbrPr-RL beruhende Verfahrensordnung der Beklagten zur Durchführung der Plausibilitätsprüfung enthalten nähere Regelungen zu Inhalt und Verfahrensweise.

e) Das Richtigstellungsverfahren wird durchgeführt, wenn die Plausibilitätsprüfung zu dem Ergebnis geführt hat, dass Leistungen fehlerhaft abgerechnet worden sind (§ 5 Abs. 2 AbrPrRL).

2. Gemessen an alledem ist die angefochtene Honorarberichtigung zu Recht erfolgt, denn die Plausibilitätsprüfung für das Quartal II/08 belegt eine fehlerhafte Honorarabrechnung der Klägerin.

a) Für die Frage, ob eine Honorarabrechnung unrichtig erstellt und abgegeben und der auf ihr beruhende Honorarbescheid deshalb ebenfalls unrichtig, d.h. rechtswidrig ist, hat die Erklärung des Vertragsarztes über die ordnungsgemäße Erbringung und Abrechnung der geltend gemachten Leistungen eine grundlegende Bedeutung (vgl. hierzu und zum Folgenden Bundessozialgericht, Urteil vom 17. September 1997, [6 RKA 86/95](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 19 bis 22). Die an sich für jeden einzelnen Behandlungsausweis gebotene Erklärung des Arztes über die ordnungsgemäße Erbringung und Abrechnung der Leistungen wird aufgrund der den Vertragsarzt bindenden Bestimmungen untergesetzlichen Rechts durch die Abrechnungs-Sammelerklärung ersetzt. Nach den einschlägigen Regelungen des EKV-Ä bzw. des BMV-Ä, denen normative Wirkung zukommt, ist die Abgabe einer ordnungsgemäßen Abrechnungs-Sammelklärung eine eigenständige Voraussetzung für die Entstehung des Anspruchs eines Vertragsarztes auf Vergütung der von ihm erbrachten Leistungen. Mit ihr garantiert der Vertragsarzt nämlich, dass die Angaben auf den von ihm eingereichten Datenträgern zutreffen. Diese Garantiefunktion ist gerade wegen der aufgrund des Sachleistungsprinzips im Vertragsarztrecht auseinanderfallenden Beziehungen bei der Leistungserbringung (Verhältnis Arzt zum Patienten) und der Vergütung (Verhältnis Arzt zur Kassenärztlichen Vereinigung) und den damit verbundenen Kontrolldefiziten unverzichtbar. Die Richtigkeit der Angaben auf den Datenträgern kann nur in engen Grenzen überprüft werden, und Kontrollen sind mit erheblichem Aufwand und unsicheren Ergebnissen verbunden. Das System der Abrechnung beruht deshalb in weitem Maße auf dem Vertrauen, dass der Arzt die Behandlungsausweise zutreffend ausfüllt bzw. durch sein Personal ausfüllen lässt. Insoweit kommt der Abrechnungs-Sammelklärung als Korrelat für das Recht des Arztes, allein aufgrund eigener Erklärungen über Inhalt und Umfang der von ihm erbrachten Leistungen einen Honoraranspruch zu erwerben, eine entscheidende Funktion bei der Überprüfung der Abrechnung zu. Es ist deshalb nicht zu beanstanden, wenn in den Bundesmantelverträgen die ordnungsgemäß – d.h. jedenfalls aus der subjektiven Perspektive eines redlichen Teilnehmers am Rechtsverkehr, also nach bestem Wissen und Gewissen – erstellte Abrechnungs-Sammelklärung als eigenständige Voraussetzung für das Entstehen des Honoraranspruchs bestimmt worden ist.

Aus dieser Funktion der Abrechnungs-Sammelklärung als Voraussetzung der Vergütung der von dem Kassen-/Vertragsarzt abgerechneten Leistungen folgt zugleich, dass die Erklärung in den Fällen, in denen sie sich wegen abgerechneter, aber nicht oder nicht ordnungsgemäß

erbrachter Leistungen als falsch erweist, ihre Garantie-wirkung nicht mehr erfüllt, es sei denn, es läge - worauf noch einzugehen sein wird - lediglich ein Fall schlichten Versehens vor. Wenn die Garantiefunktion der Abrechnungs-Sammelerklärung entfällt und damit eine Voraussetzung für die Festsetzung des Honoraranspruches des Arztes fehlt, ist der auf der Honorarabrechnung des Vertragsarztes in Verbindung mit seiner Bestätigung der ordnungsgemäßen Abrechnung beruhende Honorarbescheid rechtswidrig. Die Kassenärztliche Vereinigung ist dann zumindest berechtigt, wenn nicht sogar verpflichtet, den entsprechenden Honorarbescheid aufzuheben und das Honorar neu festzusetzen.

Die Abrechnungs-Sammelerklärung als Ganzes ist bereits dann unrichtig, wenn nur ein mit ihr erfasster Behandlungsausweis eine unrichtige Angabe über erbrachte Leistungen enthält. Damit entfällt für die Kassenärztliche Vereinigung grundsätzlich die Verpflichtung, als Voraussetzung der Rechtswidrigkeit des Honorarbescheides dem Arzt mehr als eine unrichtige Abrechnung pro Quartal nachzuweisen. Sie ist rechtlich nicht gehalten, in allen Behandlungsfällen, in denen sie unrichtige Abrechnungen vermutet, den Nachweis der Unrichtigkeit zu führen. Im Ergebnis liegt somit das Honorar-Risiko auf der Seite des Arztes, der in seiner Honorarabrechnung unrichtige Angaben gemacht hat.

Wegen dieser weitgehenden Wirkung der Rechtsfolgen aus der Abgabe einer unrichtigen Abrechnungs-Sammelerklärung ist es sachlich gerechtfertigt und systemge-recht, diese Rechtsfolgen auf den Fall zu beschränken, dass unrichtige Angaben in den Behandlungsausweisen zumindest grob fahrlässig erfolgt sind. Anzuknüpfen ist insoweit an die Regelungen des Sozialverwaltungsverfahrensrechts über die Aufhebung von Verwaltungsakten, nach denen ein Begünstigter u.a. dann nicht auf die Bestandskraft eines begünstigenden Verwaltungsaktes vertrauen kann, soweit der Verwaltungsakt auf vorsätzlich oder grob fahrlässig unrichtig gemachten Angaben des Begünstigten beruht (vgl. [§ 45 Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 SGB X](#); [§ 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB X](#)). Nach dem hierin zum Ausdruck gekommenen allgemeinen Rechtsgedanken setzt die Rücknahme eines auf Angaben eines Betroffenen beruhenden rechtswidrig begünstigenden Verwaltungsaktes ein vorwerfbares Verhalten des Betroffenen u.a. durch Abgabe unrichtiger Erklärungen zumindest in der Form der groben Fahrlässigkeit, also bei Verletzung der erforderlichen Sorgfalt in besonders schwerem Maße (vgl. die Legaldefinition der groben Fahrlässigkeit in [§ 45 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 Halbsatz 2 SGB X](#)), voraus. Voraussetzung für die Berechtigung der Kassenärztlichen Vereinigung, wegen einer unrichtigen Abrechnungs-Sammelerklärung den darauf beruhenden Honorarbescheid aufzuheben, ist danach nicht die vorsätzlich falsche Abrechnung. Andererseits reicht für die genannte Berechtigung der Kassenärztlichen Vereinigung leichte Fahrlässigkeit aufseiten des Arztes oder des von ihm beauftragten Personals nicht aus. Beruhen unrichtige Angaben auf einem Behandlungsausweis bzw. in der Honorarabrechnung auf einem schlichten Versehen, so beeinträchtigt dies nicht die grundsätzliche Garantiefunktion der Abrechnungs-Sammelerklärung und berechtigt lediglich zur rechnerischen und sachlichen Richtigstellung der Honorarabrechnung hinsichtlich dieser Abrechnungsfehler.

b) Offen lassen kann der Senat, ob sich die Unrichtigkeit der Honorarabrechnung der Klägerin für das Quartal II/08 schon daraus ergibt, dass sie in jedem zehnten Fall keine die Abrechnung der EBM-Nr. 35100 rechtfertigende Diagnose angegeben und so den geforderten Leistungsinhalt nicht erfüllt hat, denn immerhin erfordert eine Abrechnung der EBM-Nr. 35100 obligatorisch einen "schriftlichen Vermerk über ätiologi-sche Zusammenhänge". Nicht weiter einzugehen ist auch auf die Frage, welche Schlussfolgerungen für das hier streitige Quartal II/08 aus den Erkenntnissen zu ziehen sind, die der Senat seiner Entscheidung in dem die Klägerin und die Quartale III/07 bis I/08 betreffenden Parallelverfahren L 7 KA 15/13 zugrunde gelegt hat. Dort hatte die Klägerin Abrechnungsfehler eingeräumt. Ihr Abrechnungsverhalten im Quartal II/08 hat sich nach Lage der Daten nicht verändert und die Abrechnung von Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung erscheint weiter regelhaft.

c) Jedenfalls ist eine Falschabrechnung im Lichte der von der Beklagten erstellten Quartals- bzw. Tagesprofile sowie einer Einzelanalyse des Tages 15. April 2008 be-legt.

Die Richtigkeit der von der Beklagten herangezogenen Quartals- bzw. Tagesprofile begegnet keinen Bedenken, denn der Senat hat keinen Anlass, an der Tragfähigkeit der von der Beklagten verwendeten Daten zu zweifeln, die auf der Abrechnungs-sammelerklärung der Klägerin beruhen. Für jeden Behandlungstag enthält der Verwaltungsvorgang der Beklagten eine Aufstellung der abgerechneten EBM-Nummern mit jeweiliger Anzahl und eine Zuordnung der darauf entfallenden Prüfzeit gemäß Anlage 3 zum EBM.

Für das streitige Quartal II/08 ist auf dieser Grundlage das als Aufgreifkriterium formulierte Quartalszeitprofil von 780 Stunden (46.800 Minuten) entsprechend dem im Tatbestand wiedergegebenen Wert (51.664 Minuten) um 4.864 Minuten (= 81,07 Stunden) überschritten. Damit durfte die Beklagte weitere Überprüfungen nach § 12 AbrPr-RL vornehmen. In diesem Zusammenhang hat sie einzelne Tage einer näheren Betrachtung unterzogen und hierbei in zehn Fällen Leistungszeiten von mehr als zwölf Stunden errechnet. Der Berechnungsvorgang hat sich beanstandungsfrei voll-zogen. Er berücksichtigt fehlerfrei zweierlei, nämlich zum einen die vom EBM unmittelbar vorgegebenen Leistungszeiten von 15 Minuten pro Patientenkontakt bei Er-bringung der Leistungen nach den EBM-Nrn. 35100 und 35110 und zum anderen die in der Anlage 3 zum EBM enthaltenen Prüfzeiten, soweit sie geeignet sind, Tagesprofile zu prüfen (vgl. zur Statthaftigkeit dieses Vorgehens Bundessozialgericht, Beschluss vom 11. Dezember 2013, [B 6 KA 37/13 B](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 5).

Ein hinreichend tauglicher Indizienbeweis für eine nicht ordnungsgemäße Abrechnung ist damit zur Überzeugung des Senats erbracht. Der Senat gründet seine Über-zeugung auf eine detaillierte Analyse des Tagesprofils für den 15. April 2008 unter Zuhilfenahme der Expertise der beiden ärztlichen ehrenamtlichen Richter. Schon das Sozialgericht hat mit dem erstinstanzlichen Urteil durchaus Zweifel an der tatsächlichen Erbringung bzw. Erbringbarkeit der abgerechneten Gesprächsleitungen formuliert. Für den Senat verdichten sich diese Zweifel zu der Gewissheit, dass die abgerechneten Gesprächsleistungen so nicht erbracht worden sein können. Im Zentrum der Betrachtung stehen dabei die EBM-Nummern 35100 und 35110, versehen mit einer Mindestleistungszeit von jeweils 15 Minuten.

aa) Am 15. April 2008 brachte die Klägerin die EBM-Nr. 35100 29 mal in Ansatz, was zu einer zwingenden Leistungszeit von 7 Stunden und 44 Minuten führt; EBM-Nr. 35110 wurde dreimal abgerechnet mit der Folge einer zwingenden Leistungszeit von 48 Minuten. Die Addition beider Posten ergibt eine zwingende Leistungszeit von 8 Stunden und 32 Minuten. Schon dieser Wert erscheint zur Überzeugung des Senats unter Einschluss der sachkundigen ehrenamtlichen Richter in einer gynäkologi-schen Facharztpraxis schlechthin unvorstellbar. Zu bewerten ist er vor dem Hinter-grund, dass die Klägerin die EBM-Nr. 35100 in 83,5 % aller Fälle und damit etwa sechsmal so häufig zu Abrechnung brachte wie die Vergleichsgruppe. Die Position 35110 rechnete sie in jedem dritten Fall ab und damit viermal so oft wie die Vergleichsgruppe. Eine Praxisbesonderheit, die diese eklatante Abweichung erklären könnte, ist nicht ersichtlich, selbst wenn die Klägerin als onkologische Schwerpunkt-behandlerin fungieren mag. Denn EBM-Nr. 35100 setzte sie insgesamt 987mal an, EBM-Nr. 35110 390mal;

zugleich rechnete sie Sonderabrechnungsnummern nach der Onkologie-Vereinbarung im Quartal II/08 nur in weitaus geringerem Maße ab, nämlich Nr. 86503 (onkologische Behandlung solider Tumoren) 36mal und Nr. 86505 (intravasale zytoistatische Chemotherapie) 59mal. Diese Zahlen belegen zwar eine onkologische Tätigkeit in nennenswertem Umfang; zugleich wird aber deutlich, dass die Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung bei weitem nicht nur für onkologische Patientinnen abgerechnet wurden, sondern nahezu regelhaft bei der Mehrheit aller auch nicht krebserkrankten Patientinnen.

bb) Die Implausibilität dieses Zeitwerts bestätigt sich bei Betrachtung der sonst noch abgerechneten Leistungen; denn die Gesprächsleistungen können im abgerechneten Umfang schlechthin nicht erbracht worden sein, weil auch die daneben abgerechneten Leistungen einen gravierenden Zeitaufwand erforderten.

So treten zunächst Leistungen hinzu, die in der Anlage 3 zum EBM mit einer für das Tagesprofil geeigneten Prüfzeit im Sinne von [§ 106a Abs. 2 Satz 4](#) und [§ 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) versehen sind. Diese Leistungen

01730, 14mal, 154 Minuten, Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau; 01740, 13mal, 91 Minuten, Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms; 01825 1mal, 1 Minute, Entnahme von Zellmaterial; 01827 1mal, 1 Minute, Mikroskopische Untersuchung; 08330 1mal, 5 Minuten, Einlegen, Wechseln oder Entfernen eines Ringes oder Pes-sars, intrauterin oder vaginal; 08332 2mal, 6 Minuten, Vaginoskopie; 33044 6mal, 42 Minuten, sonographische Untersuchung

summieren sich auf eine verbindliche Prüfzeit von genau fünf Stunden, so dass sich zusammen mit den Gesprächsleistungen zunächst eine bezifferbare Gesamtzeit von 13 Stunden und 32 Minuten für Leistungen mit Zeitvorgabe ergibt. Dieser Wert, der Pausenzeiten, jegliche sonstige Verrichtungen des Arztes wie Praxisorganisation, Anleitung von Praxispersonal und Telefonate und auch die Behandlung von Privatpatienten unberücksichtigt lässt, bewegt sich im implausiblen Bereich. Die Zeit von 13 Stunden und 32 Minuten lässt noch die zusätzlich erfolgte Abrechnung von 29 weiteren EBM-Nummern außer Betracht, für die weder der EBM noch Anlage 3 zum EBM eine im Tagesprofil verwertbare konkrete Zeitvorgabe aufweisen. Enthalten ist hier etwa EBM-Nr. 01822, einmal abgerechnet, Beratung ggf. einschließlich Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung; abgerechnet wurde außerdem eine Fülle von Laborleistungen oder mikroskopischer Untersuchungen (z.B. 01734, 13 mal, Untersuchung auf Blut im Stuhl; 32031, 8mal, mikroskopische Untersuchung des Harns; 32032, 14mal, Bestimmung des pH-Werts; 32045, 33mal, mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials; 32151, 2mal, kulturelle bakteriologische und/oder mykologische Untersuchung), die gegebenenfalls vom Praxispersonal durchgeführt worden sein mögen, aber doch ärztlich veranlasst gewesen sein müssen und daher in messbarem Umfang auch ärztliche Arbeitszeit beanspruchen.

Insgesamt ist für den Senat nicht vorstellbar, dass die Klägerin die Summe der abgerechneten Leistungen an einem Arbeitstag erbracht haben kann.

d) Den danach aufgrund der Tagesprofile gegebenen Indizienbeweis hat die Klägerin nicht entkräftet. Es hätte an ihr gelegen, die ordnungsgemäße Leistungserbringung im Einzelnen nachzuweisen, um die Rechtswidrigkeit des angefochtenen Bescheides substantiiert darzutun (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 26. Januar 1994, [6 RKa 29/91](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 26). Das ist jedoch nicht geschehen.

aa) Für von vornherein untauglich hält der Senat insoweit die von der Klägerin für den 15. April 2008 vorgenommene "Tagesauswertung", die die Tagesprofilzeit von 13 Stunden und 32 Minuten auf "tatsächliche" 11 Stunden und 39 Minuten herunterrechnet. Denn diese Aufstellung kann weder den Betrieb einer gynäkologischen Praxis noch die Einhaltung zwingender Leistungs- bzw. Prüfzeiten widerspiegeln. So hat die Klägerin etwa für die ersten beiden Stunden nach Arbeitsbeginn um 8.00 Uhr folgende Angaben gemacht:

GOP 35100, Beginn 8.00 Uhr, 16 Minuten, Ende 8.16 Uhr, GOP 35100, Beginn 8.16 Uhr, 16 Minuten, Ende 8.32 Uhr, GOP 35100, Beginn 8.32 Uhr, 16 Minuten, Ende 8.48 Uhr, GOP 01730, Beginn 8.48 Uhr, 7 Minuten, Ende 8.55 Uhr, GOP 01740, Beginn 8.55 Uhr, 4 Minuten, Ende 8.59 Uhr, GOP 35100, Beginn 8.59 Uhr, 16 Minuten, Ende 9.15 Uhr, GOP 01730, Beginn 9.15 Uhr, 16 Minuten, Ende 8.16 Uhr, GOP 35100, Beginn 8.00 Uhr, 7 Minuten, Ende 9.22 Uhr, GOP 01740, Beginn 9.22 Uhr, 4 Minuten, Ende 9.26 Uhr, GOP 35100, Beginn 9.26 Uhr, 16 Minuten, Ende 9.42 Uhr, GOP 35100, Beginn 9.42 Uhr, 16 Minuten, Ende 9.58 Uhr.

Auf diese Weise setzt sich die Aufstellung bis 19.39 Uhr fort. Nahtlos werden einzelne Leistungen aneinander gereiht. Weder sind Pausenzeiten notiert, noch etwa Zeiten für Toilettengänge, Telefonate oder Rücksprachen mit dem Praxispersonal. Eine solche Aufstellung ist zur Überzeugung der Berufsrichter wie auch der ehrenamtlichen Richter des Senats untauglich, weil sie der Realität einer Arztpraxis bzw. eines ärztlichen Arbeitstages nicht entsprechen kann, der sich nicht in maschinenhaften, naht- und pausenlosen Abspielen bestimmter Leistungen über elfenhalb Stunden hinweg erschöpft.

bb) Der Senat folgt der Klägerin auch nicht in ihrer abweichenden Berechnung von Prüfzeiten. Ihre tatsächlich benötigte Zeit hat sie etwa für die Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau (EBM-Nr. 01730) mit sieben Minuten beziffert (Prüfzeit nach EBM: 11 Minuten); die Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms (EBM-Nr. 01740) will sie in vier statt sieben Minuten erbringen, ebenso eine sonographische Untersuchung (EBM-Nr. 33044). Mit dieser Herangehensweise verkennt die Klägerin Bindungswirkung, Eigenart und Zustandekommen der Prüfzeiten nach Anlage 3 zum EBM. Stünde es jedem Vertragsarzt frei, hier aufgrund eigener Routine ein eigenes Regelwerk zu entwickeln, liefe das Regelwerk leer. Plausibel hat die Beigeladene zu 2. insoweit erklärt, dass bei Ermittlung der Kalkulations- und Prüfzeiten umfangreiches Expertenwissen einbezogen werde. Bei Festlegung der jeweiligen Prüfzeit sei die schnellere Arbeitsweise erfahrener Ärzte schon berücksichtigt. Auch ein erfahrener und zügig arbeitender Arzt könne die Leistungen nicht ordnungsgemäß und vollständig erbringen, wenn er die Prüfzeit unterschreite. Nur in Einzelfällen sei eine Leistungserbringung auch in kürzerer Zeit möglich, insbesondere wenn fakultative Leistungsinhalte nicht in jedem Behandlungsfall zu erbringen seien. Die Klägerin reklamiert demgegenüber für sich, bestimmte Leistungen regelhaft schneller zu erbringen als in Anlage 3 zum EBM bezeichnet. Damit kann sie nicht durchdringen.

e) Schließlich hat der Senat auch keine Zweifel daran, dass die Klägerin die Falschabrechnungen grob fahrlässig zu verantworten hat; ein bloßes Versehen scheidet hier aus.

f) Ihr weites Kürzungsermessen (vgl. hierzu Urteil des Senats vom 10. Oktober 2007, [L 7 KA 56/03](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 34) hat die

Beklagte nach alledem in rechtlich beanstandungsfreier Weise ausgeübt. Es liegt in der Natur der Sache, dass im Rahmen der Plausibilitätsprüfung nicht eindeutig feststellbar ist, welche der abgerechneten Leistungen mangelbehaftet sind, während gleichzeitig feststeht, dass die Gesamtheit der abgerechneten Leistungen so nicht erbracht worden sein kann (vgl. Clemens in jurisPK-SGB V, Rdnr. 156 f. zu § 106a). Eine Herabsetzung des Honorars in Relation zur Übersteigung des Auffälligkeitswerts von 48.600 Minuten erscheint nicht sachwidrig. Die etwa 9,4prozentige Honorarkürzung ist nicht ansatzweise unverhältnismäßig. Im Gegenteil erscheint sie geradezu zurückhaltend, denn die im Parallelverfahren L 7 KA 15/13 für die Quartale III/07 bis I/08 vorgenommene Kürzung der EBM-Nrn. 35100 und 35110 auf den Fachgruppendurchschnitt hätte für die Klägerin voraussichtlich zu einer deutlich höheren Rückforderung geführt.

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung. Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2017-04-10