

S 1 KA 76/03

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
SG Potsdam (BRB)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

1
1. Instanz
SG Potsdam (BRB)

Aktenzeichen
S 1 KA 76/03
Datum
19.11.2008

2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 24 KA 12/09

Datum
22.12.2010

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 19. November 2008 und der Bescheid der Beklagten vom 11. Oktober 2001 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09. Mai 2003 werden aufgehoben. Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Im Streit steht ein Honorarkürzungsbescheid aufgrund einer Plausibilitätsprüfung für das Quartal II/1997 in Höhe von 20.957,31 Euro.

Der Kläger ist seit dem 01. Januar 1991 als Praktischer Arzt in K zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Die Beklagte setzte mit Honorarbescheid vom 30. Oktober 1997 eine Vergütung von 119.248,40 DM für das genannte Quartal fest.

Nach Einführung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen (EBM) in der ab dem 01. Januar 1996 geltenden Fassung, mit dem hausärztliche Gesprächsleistungen besser vergütet wurden und infolgedessen starke Leistungsausweitungen festzustellen waren, nahm die Beklagte auch verstärkt Plausibilitätsprüfungen der Honorarabrechnungen vor. Beim Kläger wurde zunächst jedoch eine Wirtschaftlichkeitsprüfung durchgeführt. Der Beschwerdeausschuss bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg kürzte mit Regressbescheid vom 25. November 1998, dem Kläger am 08. April 1999 zugestellt, die Sparte Besuche/Visiten um 35 Prozent und die Wegegebühren ebenfalls um 35 Prozent. Das Honorar wurde um 23.834,45 DM gekürzt (GA L 7 KA 43/01, Bl. 33). Die hiergegen gerichtete Klage wies das Sozialgericht Potsdam (SG) mit Urteil vom 17. Oktober 2001 (Aktenzeichen S 1 KA 108/99) ab. Über die dagegen eingelegte Berufung (Aktenzeichen LSG Berlin-Brandenburg, L 7 KA 43/01-25) ist noch nicht entschieden, das Verfahren ruht im Hinblick auf den hiesigen Rechtsstreit.

Die Beklagte prüfte anhand von Zeitschienen die Abrechnungen der Quartale III und IV/1996 sowie I und II/1997 auf Plausibilität und gelangte zu dem Ergebnis, dass die sich ergebenden Behandlungszeiten bereits unter Berücksichtigung nur tagesbezogener Gebührennummern (GNR) unplausibel gewesen seien. Auf die Tabelle mit Beispielfällen im Anhörungsschreiben vom 18. Februar 2000 wird verwiesen.

Sie hob mit Aufhebungsbescheid vom 11. Oktober 2001 u. a. den Honorarbescheid für das Quartal II/1997 auf und setzte das Honorar auf nur noch 78.259,45 DM fest. Gleichzeitig forderte sie für dieses Quartal die Differenz in Höhe von 40.988,94 DM zurück. Weiter heißt es in dem Bescheid, der Rückforderungsbetrag, werde infolge der Beachtung des Ergebnisses des Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahrens für das Quartal II/1997 um 23.834,45 DM reduziert. Rechtsgrundlage der Neufestsetzung seien § 45 Abs. 2 Satz 1 Bundesmantelvertrag - Ärzte (BMV-Ä) und § 34 Abs. 4 Sätze 1 und 2 Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag (EKV). Danach sei die Beklagte berechtigt, Abrechnungen des Vertragsarztes rechnerisch und hinsichtlich der ordnungsgemäßen Anwendung der Gebührenordnung richtig zu stellen. Der Vertragsarzt habe nach den genannten Verträgen zu bestätigen, dass er die abgerechneten Leistungen persönlich erbracht habe und die Abrechnung sachlich richtig sei. Darin liege eine eigenständige Voraussetzung für die Entstehung des Anspruches eines Vertragsarztes auf Vergütung. Mit der Sammelabrechnung garantiere der Vertragsarzt, dass die Angaben auf den von ihm eingereichten Behandlungsausweisen bzw. Datenträgern zuträfen. Diese Garantiewirkung entfalle, wenn sich diese als falsch erweise, weil abgerechnete Leistungen nicht oder nicht ordnungsgemäß erbracht worden seien. Wenn die Garantiefunktion entfallen sei, sei der auf der Bestätigung ordnungsgemäßer Abrechnung beruhende Honorarbescheid rechtswidrig, die Kassenärztliche Vereinigung sei berechtigt, ihn aufzuheben (Bezugnahme auf BSG, Urteil vom 30.08.2000 - [B 6 KA 16/99 R](#) - [BSGE 86, 30](#) ff.; Urteil vom 17.09.1997 - [6 RKa 86/95](#)). Hier belegten die Tagesschienen die Fehlerhaftigkeit der Abrechnung. Es ergäben sich bei den beispielhaft erfassten Tagen Behandlungszeiten von bis zu 17 Stunden und 38 Minuten bzw. 20 Stunden und 14 Minuten mit Notfalldienst. Auch bei Berücksichtigung nur tagesbezogener Gebührennummern hätten sich zahlreiche Tage

mit mehr als 12 Stunden Behandlungszeit gefunden. Die Neufestsetzung des Honorars orientiere sich am Honorardurchschnitt der Fachgruppe.

Der Kläger erhob Widerspruch. Es gäbe keine signifikanten Zeitüberschreitungen, die einen Verstoß gegen das Gebot der vollständigen und ordnungsgemäßen Leistungserbringung begründeten. Die Beklagte habe im Rahmen der Quartalsprofile nur auffällige 18 Tage aufgeführt. Obgleich von einer Inplausibilität anhand der Erstellung von Tagesprofilen erst bei Behandlungszeiten von durchschnittlich 13 Stunden ausgegangen werden könne, enthalte die Tabelle zahlreiche Tage mit Stundenzahlen unter 13 Stunden.

Die Beklagte wies diesen Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 09. Mai 2003 zurück. Nach den quartals- und tagesbezogenen Zeitprofilen habe der Kläger im Quartal II/1997 insgesamt 783 Stunden und 43 Minuten gearbeitet, wobei 17 Tage mit mehr als 12 Stunden täglicher Arbeitszeit ermittelt worden seien. Die Zeitangaben zum Arbeitsaufwand der Erbringung ärztlicher Leistungen seien vom Vorstand beschlossen und festgelegt worden. Die Ordinationsgebühr GNR 1 sei nur bei unmittelbarem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt einmal pro Behandlungsfall berechnungsfähig. Mit ihr seien alle Leistungen abgegolten, die im Anhang zum EBM als nicht gesondert abrechnungsfähige Leistungen aufgeführt seien. Es könne von einer Komplexleistung ausgegangen werden, die sich über das gesamte Quartal erstrecke. Da der Arzt jedoch eine gewisse Zeit zur Behandlung der Patienten investieren müsse, sei analog zur Zeitvorgabe der Konsultationsgebühr GNR 2 von einem Maximalwert von 2 Minuten ausgegangen worden. Soweit der Kläger meine, den Zeitwert der Leistung nach GNR 1 durch alle 60 Quartalsarbeitstage dividieren zu können, sei dies unlogisch, da man davon ausgehen könne, dass viele Patienten den Arzt nur einmal und nur wenige Patienten öfter als viermal pro Quartal aufsuchten.

Hiergegen hat sich die Klage vor dem Sozialgericht Potsdam (SG) gerichtet. Die Tagesprofile seien falsch ermittelt. Die Beklagte dürfe zwar die von ihrem Vorstand festgelegten Zeitschienen zugrunde legen. Es sei ferner auch vor dem Hintergrund der einschlägigen Grundrechte nicht ersichtlich, weshalb im vorliegenden Fall hinsichtlich der Tagesprofile vor dem Hintergrund der Einführung des EBM 2000 Plus und dessen faktisch vereinheitlichten Bemessungsgrößen nicht die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ermittelten Werte zugrunde gelegt werden könnten. Unter Zugrundelegung der Zeitschiene der KBV seien die Abrechnungen unauffällig, weil die tägliche Behandlungszeit durchgehend unter 12 Stunden geblieben sei. Auch habe die Beklagte keine Richtigstellung vorgenommen. Das Ergebnis der Honorarneufestsetzung entspreche vielmehr einer verdeckten Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten gemäß [§ 106 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#). Das (echte) Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren (im ruhenden Rechtsstreit L 7 KA 43/01-25) hätte nicht stattfinden dürfen, bevor das hier streitgegenständliche Richtigstellungsverfahren abgeschlossen gewesen wäre. Die Beklagte habe zudem rechtswidrig eine Verrechnung vorgenommen. Bei der sachlich-rechnerischen Richtigstellung trage grundsätzlich die Kassenärztliche Vereinigung die Beweislast (Bezugnahme auf BSG, Urteil vom 08.03.2000 - [B 6 KA 16/99](#)). Dabei komme der Plausibilitätsprüfung nur der Charakter eines Aufgreifkriteriums zu. Keinesfalls dürften Sanktionen auf lediglich statistische Vermutungen gestützt werden. Der Nachweis der Inplausibilität setze eine korrekte Ermittlung voraus. Eine solche werde bestritten Selbst wenn man das Zahlenmaterial der Beklagten als richtig unterstelle, trügen sie nicht den Nachweis der Inplausibilität. Soweit die Rechtsprechung darauf abgestellt habe, dass der Vertragsarzt die abgerechneten Leistungen unmöglich ordnungsgemäß habe erbringen können, hätten weitaus höhere tagesbezogenen Arbeitszeiten durchgehend vorgelegen. Er verfüge über ein eingespieltes großes Praxisteam. In der Praxis des Klägers bestehe ein gut organisierter und bereits seit langer Zeit eingespielter Praxisablauf. Arbeitsanweisungen könnten sich auf die wesentlichen Inhalte beschränken. Bescheinigungen, Telefonate etc. würden im Wesentlichen ebenfalls vom Praxispersonal übernommen. Die Erstellung von Befundberichte könne an entsprechenden Tagen mit Spitzenbelastungen verschoben werden. Die Praxis verfüge über drei separate Behandlungskabinen sowie ein weiteres separates Behandlungszimmer. In vielen Fällen - gerade auch bei langjährigen Patienten - auch mit chronischen Beschwerden, beschränkten sich viele Behandlungsgespräche auf das Ausstellen von Wiederholungsrezepten sowie eine kurze Kontrolltätigkeit. Darüber hinaus erfolgten Überweisungen und/oder Einweisungen, welche ebenfalls zeitlich kaum ins Gewicht fielen und zudem vom Praxispersonal vorbereitet werden könnten. Auch bei nicht delegationsfähigen Leistungen könne das Praxispersonal helfend und zeitsparend tätig werden. An Tagen einer spitzenmäßigen Arbeitsbelastung seien keine Praxisorganisationsgespräche, Personalmaßnahmen und ähnliche Tätigkeiten durchgeführt worden. Terminabsprachen würden vom Sekretariat vorgenommen. Die Dokumentation könne in Spitzenzeiten möglicherweise nicht stets sofort am Behandlungstag erfolgen. Der Zeitaufwand für die insgesamt lediglich sechs Privatpatienten sei marginal. Diese würden nicht zeitintensiver behandelt als Kassenpatienten. Leistungen aus Berufsgenossenschaftsbehandlungen oder Unfallversicherungsträgern seien ganz überwiegend vernachlässigbar. Die Beklagte übersehe weiter, dass die Praxis keine Bestellpraxis sei. Einerseits gebe es deshalb zwar ein deutliches Ausmaß von Spitzenbelastungszeiten. Dem stünden andererseits aber auch Leistungstäler gegenüber. Die Unrichtigkeit der Abrechnungs-Sammelerklärung müsse jedenfalls auf zumindest grobe Fahrlässigkeit beruhen, wovon die Beklagte rechtsfehlerhaft ausgehe. Die hierfür nämlich erforderliche "jedem einleuchtende Offensichtlichkeit" läge jedenfalls nicht vor.

Der Kläger hat im Schriftsatz vom 03. November 2006 seinen Arbeitstag am 02. April 1997 geschildert. Auf den Schriftsatz wird ergänzend Bezug genommen. Weiter wird auf die klägerischen Tabellen im Schriftsatz vom 13. Dezember 2006 und auf Anlagen mit der Aufstellung, welche Patienten am 02. April 1997 und am 09. Juni 1997 behandelt wurden und welche EBM-Ziffern abgerechnet wurden, verwiesen.

Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 25. August 2003 die Klage hinsichtlich der Honorarabrechnungen III/1996 bis I/1997 anerkannt und die Berichtigungen in Höhe von 153.240,05 DM (78.350,39 Euro) aufgehoben.

Sie hat ausgeführt, der Kläger könne sich bei der Verwendung von Zeitschienen nicht die für ihn günstigsten Mindestdurchschnittszeiten der unterschiedlichen Kassenärztlichen Vereinigungen zu Eigen machen. Dies widerspreche der Beurteilungskompetenz der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigung. Im Übrigen ergäben die Gesamtarbeitszeiten zwar ein Auffälligkeitskriterium, seien jedoch nicht alleine die Nachweisgrundlage für eine falsche Abrechnung. Die Fehlerhaftigkeit der Abrechnung werde jedoch an dem kontinuierlichen Umfang der von ihm abgerechneten nach dem EBM zeitgebundenen Leistungen deutlich. Allein für diese ergäbe sich an den genannten Stichtagen Behandlungszeiten zwischen 6 Stunden 30 Minuten und 8 Stunden 49 Minuten (auf die Tabelle Seite 3 des Schriftsatzes wird ergänzend verwiesen). Beispielsweise habe er am 02. April 1997 59 Patienten behandelt. Nach den abgerechneten mit Zeitvorgaben verbundenen Gebührennummern des EBM habe er für 19 Patienten mindestens einen Zeitaufwand von 8 Stunden und 49 Minuten gehabt, ohne dass er einen weiteren Patienten gesehen oder untersucht habe. Es sei ferner zu berücksichtigen, dass der Kläger an diesem Tag auch noch vier Hausbesuche und vier Mitbesuche durchgeführt habe, die jeweils mindestens je 10 Minuten gedauert hätten. Unter Einbeziehung dieser Hausbesuche ergebe sich bereits ein Zeitaufwand von 10 Stunden und 9 Minuten, ohne dass er zu den weiteren 27 Patienten überhaupt Kontakt gehabt habe. Berücksichtige man ferner, dass in den dargelegten Behandlungszeiten alle weiteren notwendigen Arbeiten des

Klägers (also sonstige Betreuungsleistungen, die nicht zeitbewertet sind, die Behandlung von Privatpatienten, die Praxisorganisation und Terminabsprachen, die berufsrechtlich und vertragsarztrechtlich vorgeschriebene Dokumentation der erbrachten Leistungen und Befunde, die Anweisungen an das Hilfspersonal, das Ausfüllen von Bescheinigungen, die Erstellung von Befundberichten, Telefonaten und Konsultation, Leistungen aus Berufsgenossenschaftsbehandlungen und Unfallversicherungsträgern) und beachte, dass es sich bei den Zeiten um Mindestzeiten gehandelt habe, könne man nur zu der Schlussfolgerung gelangen, dass die Leistungslegenden des EBM nicht erfüllt worden sein könnten. Beim 02. April 1997 habe es sich auch nicht um einen Tag mit Ausnahmecharakter gehandelt. Die Tabelle verdeutliche, dass der Kläger regelmäßig zeitbewertete EBM-Leistungen in dem dargestellten Umfang abgerechnet habe. Es sei der Schluss gerechtfertigt, dass dieser in grob fahrlässiger Weise Leistungen in die Abrechnungen eingetragen habe, deren Leistungsinhalte zumindest nicht vollständig erbracht worden sein könnten.

Dass der Kläger am 02. April 1997 59 Patienten abgerechnet habe, sei der Summe der zu den EBM-Gebührennummern 1 M, 1 R und 2 angegebenen Zahlen zu entnehmen. Der Kläger habe für den 02. April 1997 eine Sprechstundenzeit von neun Stunden angegeben. Nach seiner eigenen Darstellung seien davon 7 Stunden und 10 Minuten für 15 Patientengespräche aufgewandt worden. Er hätte demnach noch eine Stunde und 50 Minuten für die verbleibenden Patienten (64 Patienten minus 15 Gesprächspatienten minus 8 Hausbesuchspatienten), demnach pro Patient nur 2 Minuten und 41 Sekunden zur Verfügung gehabt. Für den 09. Juni 1997 wären für 61 Patienten noch 2 Stunden und 15 Minuten verblieben, pro Patient also 2 Minuten und 13 Sekunden. Es müsse allerdings noch berücksichtigt werden, dass die Gesprächspatienten nicht nur die veranschlagten Mindestzeiten in Anspruch genommen haben dürften. Die Zeit für Diagnostik und Therapie sei nämlich in den Gesprächsnummern nicht enthalten. Es dürfe auch nicht davon ausgegangen werden, dass der Arzt nach Erreichen der vorgesehenen Mindestdauer das Gespräch sofort abbrechen könne. Zu berücksichtigen sei schließlich, dass auch andere Patienten zeitintensive Behandlungsleistungen in Anspruch genommen hätten. So sei beispielsweise am 09. Juni 1997 eine Leistung nach der Gebührennummer 149 EBM abgerechnet worden (Früherkennung von Krankheiten bei Kindern). Für eine solche Untersuchung sei ein Zeitlimit von 15 Minuten kalkuliert. Auch müssten die Privatpatienten berücksichtigt werden, die jedenfalls einen Teil der Sprechstundenzeit des Vertragsarztes blockierten. Alle Gesichtspunkte insgesamt ließen nur den Schluss zu, dass die vom Kläger abgerechneten Gesprächsleistungen nicht leistungslegendengerecht erbracht worden sein könnten. Folge man der Argumentation des Klägers, müssten alle Nichtgesprächspatienten nur oberflächlich behandelt worden sein. Dies sei alleine schon wegen des Rentneranteils schlichtweg unglaublich.

Im Erörterungstermin am 19. September 2007 hat der Kläger das Anerkenntnis der Beklagten angenommen. In dem Termin sind die Tageslisten (mit den einzelnen abgerechneten Leistungen) für die Tage 02. April 1997 und 09. Juni 1997 eingereicht worden, auf die ergänzend verwiesen wird.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 19. November 2008 abgewiesen. Die Beklagte habe die vom Kläger abgegebene Abrechnungen für das Quartal II/1997 zu Recht als unrichtig angesehen und das Honorar auf den Fachgruppendurchschnitt schätzend gekürzt. Es sei keine unzulässige Doppelprüfung des Klägers erfolgt. Richtig sei lediglich, dass die sachlich-rechnerische Richtigstellung Vorrang vor der Wirtschaftlichkeitsprüfung habe. Nach Auswertung der Tagesprofile des Klägers für den 02. April 1997 und den 09. Juni 1997, die hier geeignet seien zur Feststellung, ob abgerechnete Leistungen vollständig erbracht worden seien, sei eine vollständige persönliche Erbringung durch den Kläger nicht mehr plausibel. Zur Überzeugung der Kammer habe der Kläger die Inplausibilität nicht widerlegen können. Am 02. April habe der Kläger bereits für die Gesprächspatienten und die Hausbesuche mindestens einen zeitlichen Aufwand von 7 Stunden und 30 Minuten gehabt. Am 09. Juni 1997 ergäben die 15 Patienten und die Zeit für die Hausbesuche knapp 11 Stunden. Für die weiteren fast ca. 60 Patienten sei damit kaum noch Zeit verblieben, wobei der Kläger an diesem Tag u. a. auch noch fünfmal die Nr. 8911 (Vorsorgeuntersuchung) abgerechnet habe. Nur unter Einbeziehung der Gesprächsleistungen und Hausbesuche ergebe sich somit auch ohne Berücksichtigung der weiteren vom Kläger mit und ohne Zeitvorgabe abgerechneten Leistungen eine tägliche Arbeitszeit, die nicht plausibel erscheine. Auch bei der Unterstellung eines routiniert zügig arbeitenden Arztes sei es ausgeschlossen, dass die Leistungen nach den genannten Gebührennummern in vollem Umfang ordnungsgemäß erbracht worden seien. Zum einen erforderten bereits die Gespräche eine hohe Konzentration des Arztes. Zum anderen sei bei Berücksichtigung von notwendigen Wegezeiten nicht schlüssig nachvollziehbar, wie und wann nach über acht bzw. neun Stunden Tätigkeit in der Praxis noch die vom Kläger abgerechneten Hausbesuche durchgeführt worden sein könnten. Damit entfalle die Garantiefunktion der Abrechnungssammelerklärung. Das BSG halte in einem solchen Fall bei mindestens grober Fahrlässigkeit eine hohe Honorarkürzung für zulässig (Bezugnahme auf BSG, [SozR 3-5550 § 35 Nr. 1](#)). Grobe Fahrlässigkeit sei beim Kläger zu bejahen, da sich die festgestellten Abrechnungsfehler nicht nur auf einen Tag oder auf eine Rechnungsnummer beschränkten. Dem seit Jahren als Vertragsarzt tätigen Kläger habe bei der Abrechnung klar sein müssen, dass für die Gesprächsleistungen eine Mindestzeit vorgegeben sei und eine Abrechnung nur erfolgen könne, wenn diese eingehalten sei. Beides gelte für die Abrechnung der Gebührennummer 40 mit 30 Minuten. Ein schlichtes Versehen scheidet aus.

Hiergegen richtet sich die Berufung des Klägers. Das SG habe sich weder mit dem von ihm vorgelegten Patientenlisten noch mit seinen Berechnungen auseinandergesetzt. Er hat im Übrigen sein bisheriges Vorbringen wiederholt und vertieft. Er hat nochmals darauf hingewiesen, dass die beanstandeten Spitzen auf Tage gefallen seien, die im Quartalsanfang lägen. Es komme dort vermehrt zu Erstkontakten, die sich in einer Vielzahl von Fällen auf Wiederholungsrezepte, Ausstellen von Überweisungen und ähnliche Kontroll- und Routineinhalte beschränke.

Er beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 19. November 2008 sowie den Bescheid der Beklagten vom 11. Oktober 2001 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09. Mai 2003 aufzuheben, soweit er nicht bereits vom Anerkenntnis der Beklagten vom 25. August 2003 erfasst worden ist.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt das angegriffene Urteil. Es fänden sich im gesamten Quartal auffällige Behandlungszeiten, nicht nur am Anfang.

Auf die von den Beteiligten eingereichten Schriftsätze und Unterlagen wird ergänzend Bezug genommen. Der Verwaltungsvorgang der Beklagten hat vorgelegen und war Gegenstand der Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung hat Erfolg. Der Bescheid vom 11. Oktober 2001 ist, soweit er noch nicht von der Beklagten aufgehoben worden ist, rechtswidrig und verletzt den Kläger in seinen Rechten.

1.) Die Beklagte war zwar grundsätzlich zu der durchgeführten Plausibilitätsprüfung auch ohne eine zu diesem Zeitpunkt bestehende gesamtvertragliche Vereinbarung berechtigt. Es kann jedoch nicht mit der gebotenen Sicherheit davon ausgegangen werden, dass die tatsächlich vom Kläger vorgenommene Abrechnung unplausibel ist.

Die Berechtigung der Beklagten, die Honorarabrechnungen der Vertragsärzte auf sachliche und rechnerische Richtigkeit zu überprüfen und gegebenenfalls die Honorarabrechnung zu berichtigen, ergab sich aus § 45 Abs. 2 Satz 1 BMV-Ä in der seit 1. Januar 1995 geltenden und § 34 Abs. 4 Satz 2 EKV-Ä in der seit 1. Juli 1994 geltenden Fassung, die auf der Grundlage des [§ 83 Abs. 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - SGB V - (in der Fassung des Gesundheits-Reformgesetzes vom 20. Dezember 1988, [BGBl. I 2477](#)) vereinbart, dann auf der Grundlage des [§ 83 Abs. 1 SGB V](#) (in der Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992, [BGBl. I 2266](#)) geändert worden sind. Nach den im Primär- und Ersatzkassenbereich im Wesentlichen gleich lautenden Regelungen obliegt den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) die Prüfung der von den Vertragsärzten eingereichten Abrechnungen ihrer vertragsärztlichen Leistungen hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Richtigkeit. Die Vorschriften gestatten es der Beklagten, dem Kläger aufgrund nicht ordnungsgemäßer Honorarabrechnung zu Unrecht erteilte Honorarbescheide ohne Beachtung weiterer Voraussetzungen aufzuheben und den materiell-rechtlich richtigen Zustand herzustellen. Die Plausibilitätskontrolle ist dabei kein eigenständiges Prüfverfahren neben der Wirtschaftlichkeitsprüfung und der sachlich-rechnerischen Richtigstellung nach [§ 106 SGB V](#), sondern dient der Aufdeckung von Abrechnungsfehlern und unwirtschaftlicher Leistungserbringung (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 83 Nr. 1](#)).

Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Abrechnung erstreckt sich auf die Frage, ob die abgerechneten Leistungen ordnungsgemäß - somit ohne Verstoß gegen gesetzliche oder vertragliche Bestimmungen mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebotes - erbracht worden sind. Solche Verstöße können z. B. darin liegen, dass die Leistungen überhaupt nicht, nicht in vollem Umfang, ohne die zur Leistungserbringung erforderliche spezielle Genehmigung oder unter Überschreitung des Fachgebietes erbracht worden sind (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 75 Nr. 10](#) m.w.N.). Zur Feststellung, ob abgerechnete Leistungen vollständig erbracht worden sind, ist es zulässig, Tagesprofile zu verwenden (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 95 Nr. 4](#); [SozR 3-2500 § 83 Nr. 1](#)). Tagesprofile sind ein geeignetes Beweismittel, um einem Arzt unkorrekte Abrechnungen nachweisen zu können. Die Beweisführung mit Tagesprofilen ist dem Indizienbeweis zuzuordnen. Für ihre Erstellung sind bestimmte Anforderungen erforderlich. Für die Ermittlung der Gesamtbehandlungszeit des Arztes an einem Tag dürfen nur solche Leistungen in die Untersuchung einbezogen werden, die ein Tätigwerden des Arztes selbst voraussetzen. Delegationsfähige Leistungen haben außer Betracht zu bleiben. Zu berücksichtigen ist weiter, dass die für die einzelnen ärztlichen Leistungen zugrunde zu legenden Durchschnittszeiten so bemessen sein müssen, dass ein erfahrener, geübter und zügig arbeitender Arzt die Leistungen im Durchschnitt in kürzerer Zeit schlechterdings nicht ordnungsgemäß und vollständig erbringen kann. Der Qualifizierung als Durchschnittszeit entspricht es, dass es sich hierbei nicht um die Festlegung absoluter Mindestzeiten handelt, sondern um eine Zeitvorgabe, die im Einzelfall durchaus unterschritten werden kann. Die Durchschnittszeit stellt sich aber bei einer ordnungsgemäßen und vollständigen Leistungserbringung als der statistische Mittelwert dar.

Bei der Erstellung von Tagesprofilen ist zudem zu beachten, dass bestimmte Leistungen nebeneinander berechnungsfähig sind, der zu berücksichtigende Zeitaufwand in diesen Fällen also nicht für jede Leistung angesetzt werden darf. Tagesprofile sollen für einen durchgehenden längeren Zeitraum - bspw. für ein Abrechnungsquartal - erstellt werden (BSG [SozR 3-2500 § 95 Nr. 4](#)), jedoch genügt als Nachweis für eine Falschabrechnung des Quartals bereits ein beliebiger falsch abgerechneter Tag (BSG [SozR 3-2500 § 83 Nr. 1](#)).

Sind Tagesprofile unter Beachtung dieser Kriterien erstellt worden, ist es rechtlich unbedenklich, aus ihnen bei entsprechenden Ergebnissen im Wege des Indizienbeweises auf die Abrechnung nicht oder nicht ordnungsgemäß erbrachter Leistungen durch einen Arzt zu schließen. Ergibt sich in einem Tagesprofil eine tägliche Gesamtarbeitszeit, die der Arzt unmöglich geleistet haben kann, so ist die Schlussfolgerung gerechtfertigt, er könne nicht alle abgerechneten Leistungen vollständig erbracht haben. Da nicht bzw. nicht in vollem Umfang erbrachte Leistungen nicht berechnungsfähig sind (Allgemeine Bestimmungen A I S. 1 EBM), können sie im Wege der sachlich-rechnerischen Berichtigung gestrichen werden (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 13. November 2002, [L 5 KA 4454/00](#)). Nur die in Plausibilitätskontrollen tatsächlich aufgedeckten und somit vorliegenden Abrechnungsfehler berechtigen die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der sachlich-rechnerischen Richtigstellung zu deren Berichtigung, letztlich zu Honorarkürzungen (ebenso - weitgehend wörtlich übernommen- bereits LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 10.10.2007 - [L 7 KA 56/03](#) - juris Rdnr. 20 bis 22).

2.) Ob die vom SG herangezogenen Tagesprofile für die beiden Spitzentage unter Beachtung dieser Kriterien erstellt wurden, kann bereits dahingestellt bleiben. Sie rechtfertigen nämlich aus Sicht des Senats keine Annahme der Inplausibilität der Abrechnung.

Der Schluss der Beklagten wie der Kammer des Sozialgerichts, die Behandlung aller Sprechstundenpatienten außer den so genannten Gesprächspatienten sei unter Berücksichtigung der Zeiten für diese und die Hausbesuche mit einem Durchschnitt von wenigen Minuten (unter 3 Minuten) habe nicht stattgefunden, erscheint nicht zwingend. Es ist nicht sicher genug davon auszugehen, dass der Kläger die Zeiten für die Gesprächspatienten unrichtig lang angesetzt habe, während er in Wahrheit mehr Zeit für die übrigen Sprechstundenpatienten verbracht hat:

Bedenken gegen die Annahme einer sicheren Unplausibilität bestehen bereits, weil die Beklagte nicht für jeden Quartalstag Tagesprofile erstellt hat. Sie hat sich vielmehr auf eine Auswahl von Tagen mit besonders hohen Zeiten beschränkt. Dem Einwand des Klägers, den Spitzentagen ständen auch unterdurchschnittliche Tage gegenüber, ist sie im Bescheid nicht nachgekommen. In ihrer Aufstellung "Übersicht: Behandlungszeit - täglich" finden sich als Zeitsummen nur tagesbezogener Gebühren an normalen Werktagen auch summen von 3 Stunden und 56 Minuten (Donnerstag, 08. Mai 1997), 3 Stunden 59 Minuten (Montag, 19. Mai 1997) und 3 Stunden 41 Minuten (Freitag, 27. Juni 1997).

Der Kläger hat - unwiderlegt - auf die Größe seiner Praxis und das eingespielte Praxisteam hingewiesen, das ihn befähigt haben kann, die Sprechstundenpatienten "im Minutentakt" zu behandeln. Er hat -auf Drängen der Beklagten- die Abrechnungsdaten aller Patienten und eine Aufstellung eingereicht, welche Patienten am 02. April 1997 und am 09. Juni 1997 behandelt wurden und welche EBM-Ziffern abgerechnet wurden, ohne dass durchgreifende Unstimmigkeiten aufgedeckt worden sind. Die Qualität eines solchen hausärztlichen "Massenbetriebes" ist für die Frage der Inplausibilität nicht Überprüfungsmaßstab, lediglich die vollständige Leistungserbringung.

Die Beklagte verhält sich weiter auch widersprüchlich, wenn sie einerseits meint, der Kläger habe die abgerechneten Gesprächsleistungen bzw. zeitabhängigen Leistungen nicht im abgerechneten zeitlichen Umfang erbracht, andererseits jedoch die Auffassung vertritt, nur von fahrlässiger Falschabrechnung ausgehen zu können. Letztlich steht nämlich der Vorwurf vorsätzlichen Handelns im Raum: Es erscheint ausgeschlossen, dass der Kläger die ihm unterstellten dauerhaften Falscheinträge über die Behandlungszeiten der zeitabhängigen Gebühren nicht zumindest mit Eventualvorsatz vorgenommen hätte.

Auch der Prüfungs- und Beschwerdeausschuss der Beklagten, der dem Kläger -auch für das hier streitgegenständliche Quartal- vorwirft, unwirtschaftlich gehandelt zu haben, in dem unnötig viel Zeit mit den Patienten verbracht worden sei bzw. zu viele Hausbesuche durchgeführt worden seien, muss von gewolltem Handeln ausgehen. Der Vorwurf, die Patienten überflüssig oft zu Hause behandelt zu haben und insbesondere der, unnötig lang beim einzelnen Patienten verweilt zu sein, um die entsprechenden Gebühren abrechnen zu können, setzt bewusstes ärztliches Handeln voraus.

Entscheidend ist jedoch, dass sich die ergebenden Zeiten, nicht so weit vom Leistbaren entfernen, dass zwingend von Unrichtigkeit ausgegangen werden muss. Dies gilt auch unter Berücksichtigung des Umstandes, dass in den Zeitaufstellungen teilweise die unrealistischen Mindestzeiten nach dem EBM enthalten sind, die tatsächliche Behandlungszeit im Einzelfall länger gewesen sein muss:

Der Kläger hat zutreffend darauf hingewiesen, dass in anderen veröffentlichten Entscheidungen der Schluss auf Inplausibilität bei weitaus höheren zu Grunde gelegten Tagesbehandlungszeiten getroffen wurde (vgl. Urteil des BSG vom 24.11.1993 - [6 RKa 70/91](#): in einem Monat an fünf Tagen reine Behandlungszeiten von mehr als 24 Stunden und an weiteren sieben Tagen Behandlungszeiten zwischen 19 und 24 Stunden.; LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 25.01.2001 - [L 5 KA 2/99](#)- juris Rdnr.25ff: acht Tage mit Zeiten von mehr als 24 Stunden, Maximalwert 44 Stunden und 45 Minuten).

Im Gegensatz zu dem vom 7. Senat des hiesigen Landessozialgerichts entschiedenen Fall treten beim Kläger zu den Mindestzeiten der Gespräche nicht so viele Hausbesuche hinzu, dass dies unmöglich der Fall sein kann (vgl. LSG Berlin, 7. Senat a.a.O. juris Rdnr. 31: dort neben ähnlich umfangreichen Gesprächsmindestzeiten noch 47, 80 bzw. 73 Hausbesuche pro Tag).

Das LSG Baden-Württemberg (Urteil vom 13. November 2002 -[L 5 KA 4454/00](#)) ist davon ausgegangen, dass die hohen Arbeitszeiten von 13 Stunden und 11 Minuten bis 15 Stunden und 31 Minuten an einzelnen Tagen noch nicht den Schluss rechtfertigten, dass der Arzt unmöglich alles geleistet haben könne. Bei der dortigen Klägerin ist vielmehr auffällig gewesen, dass über die Hälfte der Leistungen nach den Gebührennummern 18 und 851 das EBM -Stand Quartal 1/1996-, also intensive ärztliche Beratung und Erörterung bei nachhaltiger lebensverändernden oder lebensbedrohender Erkrankung (GNR 17 und 18) sowie verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen unter systematischer Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion (GNR 851). Der dortige Senat war der Auffassung, dass derart schwierige Gespräche, die hohe Konzentration erforderten, an einem Tag nicht allein 11 Stunden und 15 Minuten gedauert haben könnten (juris Rdnr. 52.; ähnlich bereits U. v. 19.01.2000 -[L 5 KA 745/99](#)).

Das SG im hier angegriffenen Urteil legt bei Betrachtung demgegenüber nicht so schwierige Gespräche zugrunde, teilweise das bloße Verweilen (Nr. 40 EBM). Die Nr. 851 EBM ist am 02. April 1997 ausweislich der Liste der Beklagten nur einmal angefallen, ebenso am 09. Juni 1997.

Das LSG Nordrhein-Westfalen (Urteil vom 11.02.2004 - L 4 KA 72/03, Juris-Rdnr. 45) hat es zuletzt aufgrund der Sachkunde seiner ehrenamtlichen Richter für ausgeschlossen gehalten, dass ein Vertragsarzt über einen längeren Zeitraum zeitgebundene Leistungen von im Schnitt mehr als 15 Stunden täglich erbringen könne.

Auch ein solcher Sachverhalt kann für das streitgegenständliche Quartal nicht angenommen werden. Hier stehen den Spitzentagen auch andere gegenüber.

3.) Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197 a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#).

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2011-03-04