

S 71 KA 552/10

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

71
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 71 KA 552/10

Datum
07.03.2012
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen

-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Der Änderungsbescheid zur Honorarfestsetzung der Quartale III/2005 bis I/2006 vom 2. Januar 2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. August 2010, ausgefertigt am 3. November 2010, wird aufgehoben. Die Beklagte wird verpflichtet, den Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen. Die Zuziehung des Bevollmächtigten im Vorverfahren wird für notwendig erklärt. Der Kläger trägt 2/3, die Beklagte trägt 1/3 der Kosten des Verfahrens. Die Beklagte erstattet dem Kläger weiterhin 1/3 seiner notwendigen außergerichtlichen Kosten. Im Übrigen erfolgt zwischen den Beteiligten keine Kostenerstattung.

Tatbestand:

Streitig zwischen den Beteiligten ist die Rechtmäßigkeit eines Änderungsbescheides zur Honorarfestsetzung vor dem Hintergrund einer sachlich-rechnerischen Berichtigung.

Der Kläger nimmt seit dem 1. August 1995 als Facharzt für Allgemeinmedizin im Verwaltungsbezirk P an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Innerhalb der durchgeführten Prüfungsverfahren stellte der Beschwerdeausschuss für die Wirtschaftlichkeitsprüfung in seinen Sitzungen am 30. August 2007 (Quartal III/2005) und am 19. Mai 2008 (Quartal IV/2005) fest, dass die Leistung nach der EBM-Nummer 01410 sowie die dazugehörige Wegepauschale möglicherweise regelwidrig abgerechnet worden seien. In den Quartalen III/2005 bis I/2006 stellte sich das Abrechnungsverhalten des Klägers wie folgt dar:

Quartal 01410 EBM 01411 EBM 01412 EBM 01413 EBM 40220 EBM 40222 EBM III/2005 811 x 105 x 3 x 100 x 378 x 425 x IV/2005 545 x 123 x 13 x 384 x 214 x 337 x I/2006 579 x 152 x 10 x 463 x 248 x 339 x

EBM-Nr. 01410: Besuch eines Kranken, wegen der Erkrankung ausgeführt

EBM-Nr. 01411: dringender Besuch wegen der Erkrankung, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt zwischen 19:00 Uhr und 22:00 Uhr, samstags, sonntags, gesetzliche Feiertage

EBM-Nr. 01412: dringender Besuch wegen der Erkrankung, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt zwischen 22:00 Uhr und 7:00 Uhr

EBM-Nr. 01413: Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft

EBM-Nr. 40220: Pauschale für Besuche im Kernbereich, bis zu 2 km

EBM-Nr. 40222: Pauschale für Besuche im Randbereich, 2 km bis 5 km

Die Beklagte prüfte daraufhin, ob eine sachlich-rechnerische Berichtigung für die Quartale III/2005, IV/2005 und I/2006 in Betracht komme. Im Ergebnis ihrer Prüfung beanstandete sie, dass in einigen Fällen bei Besuchen im Heim am gleichen Behandlungstag bei unterschiedlichen Patienten Erstbesuche nach der EBM-Nummer 01410 mit der entsprechenden Wegepauschale abgerechnet worden seien, obwohl hier ein Mitbesuch nach der EBM-Nummer 01413 als Ansatz richtig gewesen wäre.

Mit Änderungsbescheid zur Honorarfestsetzung der Quartale III/2005 bis I/2006 vom 2. Januar 2009 nahm die Beklagte eine sachlich-

rechnerische Berichtigung dergestalt vor, dass die Abrechnung der EBM-Nummer 01410 bei unterschiedlichen Patienten unter der gleichen Adresse am gleichen Behandlungstag dann in die EBM-Nummer 01413 umzuwandeln sei, wenn ein Besuch eines weiteren Kranken stattfindet. Folge dieser Umwandlung sei außerdem, dass die Wegepauschalen abzusetzen seien, da gemäß des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes Abschnitt 1.4 Punkt 2 eine Wegepauschale nur für die Besuche nach den EBM-Nummern 01410, 01411 oder 01412 sowie für die erste Visite nach der EBM-Nummer 01414 berechnungsfähig sei. Demzufolge ergäben sich Rückforderungssummen in Höhe von 1.782,92 Euro (brutto) für das Quartal III/2005, 542,44 Euro (brutto) für das Quartal IV/2005 und 513,80 Euro (brutto) für das Quartal I/2006. Dem Bescheid war eine patientenbezogene Auflistung beigelegt.

Konkret setzte die Beklagte Leistungen in folgendem Umfang um:

Quartal EBM-Nrn. 01410 und 40220 in 01413 EBM-Nrn. 01410 und 40222 in 01413 EBM-Nrn. 01410 und 40224 in 01413 III/2005 176x 158x 2x IV/2005 28x 63x 0 I/2006 36x 56x 0

Hiergegen legte der Kläger über seine Verfahrensbevollmächtigten mit am 2. Februar 2009 bei der Beklagten eingegangenen Schreiben Widerspruch ein. Die EBM-Nummern 01410, 40220 und 40222 seien entsprechend der Leistungslegende erbracht worden. Es sei nicht automatisch vom Vorliegen einer sozialen Gemeinschaft allein aufgrund der Tatsache auszugehen, dass die Patienten im gleichen Heim untergebracht seien. Die EBM-Nummer 01410 sei dann anzusetzen, wenn es sich um den Erstbesuch eines Kranken handle, der wegen seiner Erkrankung ausgeführt werde. In Abgrenzung zur EBM-Nummer 01413 dürfe es sich nicht um den Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft in einem unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang handeln. Dieser Grundsatz sei durch ihn - den Kläger - bei den betreuten Heimen ("Haus" - S Straße, "A" - W Straße, "P" - G Straße ...) berücksichtigt worden. Eine soziale Gemeinschaft würde allenfalls für einen Stationsbereich vorliegen und sich nicht auf sämtliche Bewohner eines Heims beziehen können. Die betreuten Heime hätten verschiedene Stationen, jede Station einen eigenen Eingang auf einer gesonderten Etage, und innerhalb des Stationsbereiches seien die Zimmer jeweils voneinander getrennt. Damit könnten nicht sämtliche Bewohner eines Altenheimes, sondern allenfalls diejenigen einer Station als soziale Gemeinschaft angesehen werden, mit der Konsequenz, dass bei mehreren Besuchen im gleichen Heim, jedoch auf verschiedenen Stationen, je Station einmal die EBM-Nummer 01410 abzurechnen sei. Darüber hinaus sei, auch wenn die EBM-Nummer 01410 auf ein und derselben Station am gleichen Tage mehrfach abgerechnet worden sei, kein unmittelbarer zeitlicher Zusammenhang zwischen diesen mehrfachen Besuchen gegeben. Es käme oftmals vor, dass Besuche wiederholt angefordert worden seien. Eine pauschale Kürzung könne demnach nicht erfolgen.

Den Widerspruch des Klägers wies die Beklagte aufgrund ihrer Sitzung vom 24. August 2010 mit am 3. November 2010 ausgefertigten Widerspruchsbescheid zurück. Die vorgenommenen Umwandlungen und Umsetzungen seien zu Recht erfolgt. Der Vertragsarzt erhalte für jeden Besuch nach den Nummern 01410, 01411 oder 01412 sowie für die erste Visite nach der Nr. 01414 einmal je Visitentag eine Wegepauschale entsprechend der vertraglichen Regelungen zu den Pauschalerstattungen (Nummern 40220, 40222, 40224). Bei Berechnung von mehr als einem Besuch und/oder mehr als einer Visite pro Tag bei demselben Patienten seien eine Begründung bzw. eine Uhrzeitangabe erforderlich. Neben jeder Besuchsgebühr nach den Nummern 01410, 01411 und 01412 könne eine Wegepauschale berechnet werden, nicht jedoch neben der EBM-Nr. 01413. Ein Besuch könne nur dann berechnet werden, wenn der Kranke aus medizinischen Gründen den Arzt nicht in seiner Praxis aufsuchen könne, der Besuch also wegen einer Erkrankung erforderlich sei. Gelegenheits- und Gefälligkeitsbesuche könnten nicht als Besuche im Sinne des EBM abgerechnet werden. Würden mehrere Kranke derselben sozialen Gemeinschaft, die die Arztpraxis nicht aufsuchen könnten, in einem unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit einem Besuch ebenfalls behandelt bzw. untersucht, und sei dies auch medizinisch erforderlich, sei für den zweiten und jeden weiteren Kranken die verminderte Besuchsgebühr nach Nr. 01413 abrechnungsfähig. Hierbei spiele es keine Rolle, an welchem Tag und zu welcher Zeit dieser Mitbesuch erfolge. Der Begriff der "sozialen Gemeinschaft" sei weit zu verstehen. Er erfasse nicht nur die zusammen wohnenden Angehörigen einer Familie, sondern auch sämtliche Bewohner eines Heimes, sofern ein Gemeinschaftsleben gepflegt werde. Hierbei sei es gleichgültig, ob die Mitglieder dieser sozialen Gemeinschaft in demselben Gebäudeteil untergebracht seien oder ob sie auf einem Anstaltsgelände in verschiedenen Gebäuden wohnten. Nur wenn mehrere Personen in einem Altenwohnheim mit kompletter Wohnung zu besuchen seien, liege keine soziale Gemeinschaft vor. Die von dem Kläger betreuten Altenheime "Haus", "A" und "P B" wiesen diese Merkmale jedoch nicht auf. So verfüge das Senioren- und Therapiezentrum "Haus" über Ein- und Zweibettzimmer und gemeinschaftliche Flure, Sitzecken und Speiseräume. Täglich gebe es gemeinschaftliche Beschäftigungs- und Betreuungsangebote. Gleiches treffe im Wesentlichen auch auf die Heime "A" und "P B" zu. Vor diesem Hintergrund sei die Umsetzung in Mitbesuche, nachdem ein Erstbesuch nebst Wegepauschale pro Heim anerkannt worden sei, korrekt erfolgt. Eine Stichprobenprüfung anhand des Behandlungstages am 31. Januar 2006 habe ergeben, dass von 25 "Mitbesuchs"-Patienten in 17 Fällen keine Krankenversichertenkarte eingesehen worden sei. Soweit der Kläger meine, dass nicht alle Besuche in einem unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang stehen würden, wenn er zwischen den Besuchen das entsprechende Heim verlassen habe, könne dem nicht gefolgt werden. Sofern eine erneute Anfahrt zum jeweiligen Heim notwendig gewesen wäre, hätte dies der Kläger mit Uhrzeitangaben kenntlich machen müssen. Für den stichprobenweise geprüften Behandlungstag 31. Januar 2006 seien keine Uhrzeitangaben vorhanden.

Am 29. November 2010 erhob der Kläger über seine Prozessbevollmächtigten Klage vor dem Sozialgericht Berlin. Die EBM-Nr. 01410 sei auch in den beanstandeten Fällen entsprechend der Leistungslegende erbracht worden, so dass auch die entsprechenden Wegepauschalen nicht hätten gekürzt werden dürfen. Die Entscheidung, für welchen Patienten der Vertragsarzt den "vollen" Besuch berechne und für welche mitbesuchten Patienten allein die Abrechnung der Leistung nach der EBM-Nr. 01413 erfolgen solle, sei nach billigem Ermessen vom Arzt zu treffen. Zudem handle es sich bei den von ihm betreuten Heimen "H.", "A" und "P B" bereits semantisch nicht um "soziale Gemeinschaften" im Sinne der EBM-Nr. 01413. Dies ergebe sich aus der räumlichen, organisatorischen und personellen Struktur der betreuten Heime. Sie seien in verschiedene Stationen unterteilt, wobei sich jede Station auf einer gesonderten Etage mit einem gesonderten Zugang befände. Zwischen den verschiedenen Stationsbereichen sei ein Gemeinschaftsleben nicht gegeben. Aus der räumlichen Gestaltung der Heime ergebe sich keine Zeitersparnis für die weitere Behandlung von Mitbewohnern. Soweit die EBM-Nr. 01410 auf ein und derselben Station mehrfach am Tage abgerechnet worden sei, seien die Besuche nicht in einem unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang erfolgt. Er habe bereits während des Widerspruchsverfahrens differenziert den Tagesablauf im Hinblick auf die vorgenommenen Hausbesuche erläutert und lege erneut eine Analyse seiner Hausbesuchstätigkeit vom Dienstag, den 16. August 2005 vor. Soweit die Beklagte gerügt habe, eine erneute Anfahrt zum jeweiligen Heim sei nicht mit der Uhrzeit dokumentiert worden, habe er angeboten, weitere Nachweise vorzulegen, ohne dass die Beklagte darauf eingegangen wäre. Zudem sei die Rechtsansicht der Beklagten, er sei rechtlich verpflichtet, alle Fälle einer erneuten Anfahrt zum jeweiligen Heim am selben Tag jeweils mit Uhrzeitangabe kenntlich zu machen, unzutreffend. Eine solche

Verpflichtung ergebe sich nur bei mehr als einem Besuch pro Tag bei demselben Patienten. Schließlich lägen auch Verstöße gegen das Begründungserfordernis ([§ 35 SGB X](#)) sowie den Untersuchungs- bzw. Amtsermittlungsgrundsatz ([§ 20 SGB X](#)) vor.

Der Kläger beantragt,

den Änderungsbescheid zur Honorarfestsetzung der Quartale III/2005 bis I/2006 vom 2. Januar 2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. August 2010, ausgefertigt am 3. November 2010, aufzuheben,

hilfsweise, die Beklagte zu verpflichten, ihn nach einer Aufhebung der vorgenannten Bescheide unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden,

sowie die Zuziehung des Bevollmächtigten im Vorverfahren für notwendig zu erklären.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung verweist sie im Wesentlichen auf ihre Ausführungen in den angefochtenen Bescheiden. Hinsichtlich der ergänzenden Ausführungen wird auf den Schriftsatz vom 15. Juli 2011 Bezug genommen.

Die Gerichts- und Verwaltungsakten waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung und haben bei der Entscheidung vorgelegen. Wegen weiterer Einzelheiten des Vorbringens der Beteiligten sowie des übrigen Inhalts wird auf sie Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht erhobene Klage ist zulässig.

Sie ist jedoch nur mit dem Hilfsantrag in dem sich aus dem Tenor - bzw. den diesen nachfolgend erläuternden Ausführungen - ergebenden Umfang begründet. Im Übrigen ist sie unbegründet.

Der Änderungsbescheid zur Honorarfestsetzung der Quartale III/2005 bis I/2006 vom 2. Januar 2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. August 2010, ausgefertigt am 3. November 2010, ist insoweit rechtswidrig und verletzt den Kläger in seinen Rechten; im Übrigen ist er rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten.

Rechtsgrundlage des angefochtenen Bescheides sind die Bestimmungen der Bundesmantelverträge über die Berechtigung der Kassenärztlichen Vereinigungen zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung (§ 45 Absatz 2 Satz 1 BMV-Ä, § 34 Absatz 4 Sätze 1 und 2 EKV-Ä), die in ihrem Anwendungsbereich die Regeln des [§ 45 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch \(SGB X\)](#) verdrängen (BSG, ständige Rechtsprechung, zum Beispiel Urteil vom 28. September 2005, Az.: B 6 KA14/04R, [SozR 4-5520 § 32 Nr.2](#)). Nach diesen im Regional- und Ersatzkassenbereich im Wesentlichen gleichlautenden Vorschriften hat die Kassenärztliche Vereinigung die Aufgabe, die von den Vertragsärzten eingereichten Abrechnungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und gegebenenfalls richtig zu stellen. Dies kann auch im Wege nachgehender Richtigstellung erfolgen, d.h. die Kassenärztliche Vereinigung kann, soweit Honorarbescheide erlassen wurden, diese ganz oder teilweise ändern oder zurücknehmen und gegebenenfalls neu erlassen (BSG a.a.O.). Die Richtigstellung kann von Amts wegen oder auf Antrag einer Krankenkasse erfolgen (vgl. [BSGE 89, 90, 93 f.](#), [SozR 3-2500 § 82 Nr.3](#) S.6). Die Befugnis zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung der Honoraranforderungen auf bundesmantelvertraglicher Rechtsgrundlage besteht nicht nur im Fall rechnerischer und gebührenordnungsmäßiger Fehler, sondern erfasst auch die Fallgestaltungen, in denen der Vertragsarzt Leistungen unter Verstoß gegen Vorschriften über formale und inhaltliche Voraussetzungen der Leistungserbringung erbracht und abgerechnet hat. Das BSG hat das Rechtsinstitut der sachlich-rechnerischen Richtigstellung z.B. bei Abrechnung fachfremder Leistungen oder qualitativ mangelhafter Leistungen ebenso für anwendbar erachtet, wie auch bei durch nicht genehmigte Assistenten erbrachten Leistungen und bei Aufrechterhaltung einer übergroßen Praxis mit Hilfe eines Assistenten sowie auch im Fall der Leistungserbringung in Form einer Praxisgemeinschaft, obwohl die ärztliche Tätigkeit tatsächlich wie in einer Gemeinschaftspraxis erfolgt ist (Urteil vom 22. März 2006, Az.: [B 6 KA 76/04 R](#), [SozR 4-5520 § 32 Nr.6](#)). Auf dieser Grundlage hat die Beklagte die Umwandlung der EBM-Ziffer 01410 in die EBM-Ziffer 01413 und die Absetzungen der Wegepauschalen nach den EBM-Ziffern 40220 und 40222 im Grundsatz in nicht zu beanstandender Weise vorgenommen, soweit sich aus den nachfolgenden Ausführungen nichts Gegenteiliges ergibt.

Entgegen der Auffassung des Klägers unterfallen die betreuten Heime prinzipiell der Legende der EBM-Ziffer 01413: Dem eindeutigen Wortlaut der EBM-Nr. 01413 "Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (z.B. Familie) und/oder in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal" ist zu entnehmen, dass typische Pflege- oder Altenheime seinem Wortlaut unterfallen und eine Ausnahme hiervon nur dann möglich ist, wenn die Bewohner eines Altenheimes unter Umständen leben, die nicht dem typischen Altenheim entsprechen, sondern eher denen eines Altenwohnheimes vergleichbar sind. Dies ist aber nach den Ermittlungen der Beklagten, an deren Richtigkeit für die Kammer keine Zweifel bestehen, nicht der Fall. Die Beklagte hat die räumliche Gestaltung der Seniorenheime "H", "A" und "P B" sowie die Nahrungsaufnahme und Freizeitgestaltung durch ihre Bewohner in den angefochtenen Bescheiden eingehend beschrieben. Den Altenheimbewohnern stehen dort zwar überwiegend Einzelzimmer zur Verfügung, die auch mit einem Sanitärbereich ausgestattet sind und auf Wunsch der Bewohner Medienanschlüsse erhalten können. Die Möglichkeit der Selbstversorgung ist aber nicht gegeben, für die Bewohner des Altenheimes erfolgt die Essenseinnahme überwiegend gemeinsam. Die Essenszeiten sind dabei feste Zeiten. Fernseh- und Aufenthaltsräume sind Gemeinschaftsanlagen. Die Gestaltung des Tages liegt grundsätzlich im freien Ermessen des Bewohners; es wird jedoch ein organisiertes Freizeitprogramm angeboten, das an den Bedürfnissen der betagten und hilfebedürftigen Bewohner ausgerichtet ist. Dies zeigt, dass es sich bei den genannten Altenheimen um typische Altenheime handelt, und dass sich die Gegebenheiten dort eben von einem typischen Altenwohnheim, bei dem die Bewohner eine individuellere Aufenthaltsgestaltung haben und in größerer Eigenverantwortung leben, unterscheiden. Der Umstand, dass die Heime jeweils in verschiedene Stationen unterteilt sind, wovon sich jede Station auf einer gesonderten Etage mit einem gesonderten Zugang befindet, führt nicht zu einer abweichenden Würdigung des Sachverhaltes. Diese räumlichen Trennungen orientieren sich - wie der Kläger selbst

vorträgt – an der unterschiedlichen Mobilität der Patienten, etwa an der Frage, ob Bettlägerigkeit vorliegt oder nicht. Soweit einzelne Stationsbereiche untereinander auch insoweit räumlich getrennt sein sollten, wie gemeinsame Speise- und Aufenthaltsräume betroffen sind – so der Vortrag des Klägers –, würde auch dies einer Subsumtion unter den Tatbestand der EBM-Nr. 01413 nicht entgegenstehen. Durch den Kläger selbst wird nicht bestritten, dass die jeweiligen Altenheime – mögen einzelne Stationsbereiche auch räumlich getrennt voneinander sein – unter einem Dach angesiedelt sind. Aus der räumlichen Gestaltung der Altenheime ergeben sich damit für den einzelnen Vertragsarzt bei einer Behandlung von Mitbewohnern erhebliche Zeitersparnisse auch dann, wenn er sich innerhalb des gleichen Heimes von einer Station auf eine andere begeben muss. Dass dabei eine zusätzliche Tür durchschritten und/oder das Stockwerk gewechselt werden muss, stellt für den Vertragsarzt eine Marginalie dar, die nichts Wesentliches an einer deutlichen Zeitersparnis im Vergleich zur typischen Hausbesuchstätigkeit ändert. Nicht zuletzt gebieten es Erfordernisse der Praktikabilität, bei einer Belegenheit eines Altenheimes unter der gleichen postalischen Anschrift bzw. Hausnummer den Tatbestand der EBM-Nr. 01413 in aller Regel für gegeben anzusehen. Anderenfalls wären in jedem Einzelfall umfassende – und praktisch kaum durchführbare – Ermittlungen zu der Frage erforderlich, ob der Besuch mehrerer Patienten eines Altenheimes auf einer Station erfolgte oder nicht. Nur wenn die gleiche postalische Anschrift im Einzelfall nicht gleichbedeutend ist mit einer Belegenheit des Alten- bzw. Pflegeheimes unter dem gleichen Dach, kann die Leistungslegende der EBM-Nr. 01413 ausnahmsweise nicht erfüllt sein. Dafür bestehen hier jedoch keine Anhaltspunkte und entsprechendes wird auch durch den Kläger selbst nicht vorgetragen. Überdies wird auch durch den Kläger nicht in Abrede gestellt, dass das Innenleben der betroffenen Altenheime durch einen umfassenden Versorgungsgedanken seiner Bewohner gekennzeichnet ist, sowohl was die Nahrungsaufnahme, als auch was die Freizeitgestaltung anbelangt. Dieser Aspekt ist entscheidend, um den Begriff des Alten- oder Pflegeheims abzugrenzen von demjenigen eines (bloßen) Seniorenwohnheims, in dem den Bewohnern weitgehend fakultative Angebote für ihre Nahrungsaufnahme und Freizeitgestaltung gemacht werden, der Alltag aber von den Senioren weitgehend selbständig und eigenverantwortlich gestaltet wird. Wenn nicht alle Bewohner des gleichen Altenheimes ihre Nahrung in demselben Speisesaal zu sich nehmen und nicht die gleichen Aufenthaltsräume frequentieren, so steht dies dem Begriff eines "Pflege- oder Altenheims" im Sinne der EBM-Ziffer 01413 nicht entgegen. Der EBM-Ziffer 01413 kann gerade nicht entnommen werden, dass ihr Inhalt nur dann erfüllt wäre, wenn in einem Alten- oder Pflegeheim auch eine "soziale Gemeinschaft" besteht. In der EBM-Ziffer 01413 wird als Beispiel einer "sozialen Gemeinschaft" die Familie genannt. Der Begriff des "Pflege- oder Altenheimes mit Pflegepersonal" nimmt jedoch gerade nicht Bezug auf den Begriff der "sozialen Gemeinschaft", sondern steht alternativ neben diesem. Den Vortrag des Klägers, wonach ihm ein Ermessensspielraum bezüglich der Frage eingeräumt sein solle, ob ein "voller" Besuch oder ein Mitbesuch vorliege, hält die Kammer für nicht zutreffend. Besucht ein Arzt mehrere Patienten einer sozialen Gemeinschaft, darf er zwar denjenigen Patienten frei auswählen, für welchen der "volle" Besuch und die Wegepauschale abgerechnet werden (vgl. Köhler/Hess, Kölner Kommentar zum EBM, Band 1, Kapitel 1, S. 21 zu EBM-Nr. 01413). Billiges Ermessen ist dem Kläger jedoch nur insoweit zugestanden, für welchen von mehreren Patienten er den "vollen" Besuch abrechnet, nicht aber insoweit, ob ein "voller Besuch" auch für mehrere dieser Patienten abgerechnet werden kann. Damit können Folgebesuche bei Kranken in diesen Altenheimen nur nach der EBM-Nr. 01413 abgerechnet werden. Soweit die Beklagte mit der Umwandlung der EBM-Nr. 01410 in die EBM-Nr. 01413 die Absetzung der Wegepauschalen beschlossen hat, ist auch dies rechtmäßig. Gemäß der Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 Nr. 2 EBM erhält jeder Vertragsarzt für jeden Besuch nach den EBM-Nummern 01410, 01411 oder 01412 eine Wegepauschale entsprechend der vertraglichen Regelungen zu den Pauschalerstattungen. Mit der – wie oben dargestellt, rechtmäßigen – Umwandlung dieser Leistungsziffern in die EBM-Nummer 01413 entfällt auch die Wegepauschale. Die Kammer hat im Grundsatz auch keine Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Höhe der abgesetzten Leistungen. Dies gilt jedenfalls insoweit, wie Folgebesuche des gleichen Heims am gleichen Tag nicht seitens des Klägers durch eine genaue Angabe der Uhrzeit nachgewiesen wurden: Der Kläger beruft sich darauf, dass nicht in jedem Fall aufgrund der Tatsache, dass die Besuche unter der gleichen Adresse am gleichen Behandlungstag erfolgten, eine sachlich-rechnerische Berichtigung vorzunehmen sei. Habe er zwischen den Besuchen das entsprechende Heim verlassen, so liege bei dem zweiten Besuch kein Mit-, sondern ein Erstbesuch vor. Dies erläuterte er während des Klageverfahrens insbesondere anhand des Behandlungstages 16. August 2005, während des Widerspruchverfahrens zudem für den Behandlungstag 13. September 2005. Sofern eine erneute Anfahrt zum gleichen Heim am gleichen Tag notwendig wurde, hätte der Kläger dies jedoch für alle Fälle mit Uhrzeitangaben kenntlich machen müssen. Entgegen der Auffassung des Klägers besteht eine solche Verpflichtung nicht nur dann, wenn der gleiche Patient am gleichen Behandlungstag mehrfach aufgesucht wird, sondern auch dann, wenn der Kläger sich mehrmals am gleichen Tag in dasselbe Heim begibt. Zwar heißt es in der Präambel zu Teil II, Kapitel 1.4 EBM 2000 plus: Bei Berechnung von mehr als einem Besuch und/oder mehr als einer Visite pro Tag bei demselben Patienten ist eine Begründung (Uhrzeitangabe) erforderlich. Dies ist jedoch nach Auffassung der Kammer nicht dahingehend zu verstehen, dass in allen anderen Fällen der Abrechnung einer Leistungsziffer nach Teil II, Kapitel 1.4 EBM 2000 plus eine Uhrzeitangabe entbehrlich wäre, dass deren Erforderlichkeit also insbesondere dann entfielen, wenn ein Vertragsarzt mehrere Patienten im gleichen Heim am selben Tage zu unterschiedlichen Uhrzeiten aufsucht. Vielmehr muss eine Angabe der Uhrzeit nach Auffassung der Kammer immer dann erfolgen, wenn dies zum Nachweis des Tatbestandes einer Gebührenordnungsposition sachlich zwingend ist. Eine solche sachliche Notwendigkeit ergibt sich etwa dann, wenn im gleichen Wohnheim ein anderer Kranker zu einem anderen Zeitpunkt gesondert aufgesucht wird. Anderenfalls ließe sich der Leistungsinhalt der Gebührenordnungsposition 01413 von dem Leistungsinhalt der Gebührenordnungsposition 01410 nicht in einer für die Beklagte nachvollziehbaren Weise abgrenzen. Denn nur der gesonderte Besuch eines weiteren Kranken im selben Heim zu einer anderen Uhrzeit rechtfertigt es, statt der Gebührenordnungsposition 01413 eine solche nach der Ziffer 01410 in Ansatz zu bringen. Die Angabe einer Uhrzeit in den Fällen, in denen der Kläger am gleichen Tag dasselbe Heim mehrmals aufgesucht hat, ist jedoch – abgesehen von den beiden Behandlungstagen 16. August und 13. September 2005 – nicht erfolgt, so dass die Beklagte auch insoweit zu Recht die Abrechnung der EBM-Nr. 01410 in eine solche nach der EBM-Nr. 01413 umgewandelt hat. Die Umwandlung der EBM-Nr. 01410 in die EBM-Nr. 01413 unter gleichzeitiger Streichung der Wegepauschalen ist indes zu Unrecht erfolgt, soweit der Kläger für die beiden vorgenannten Tage zeitgenaue Aufstellungen seiner Hausbesuchstätigkeit eingereicht hat. Diese Aufstellungen sind geeignet, zu einer abweichenden Bewertung im Hinblick auf die Rechtmäßigkeit der angefochtenen Bescheide zu gelangen, denn für die Besuche in den jeweiligen Heimen können ihnen konkrete Uhrzeitangaben entnommen werden. Dem steht insbesondere die Garantiefunktion der Abrechnungs-Sammelerklärung nicht entgegen, nach der die Abrechnungs-Sammelerklärung für ein Quartal als Ganzes bereits dann unrichtig ist, wenn nur eine mit ihr abgegebene Abrechnungsposition eine unrichtige Angabe über erbrachte Leistungen enthält: 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. Die an sich für jede einzelne Leistungsabrechnung gebotene Erklärung des Arztes über die ordnungsgemäße Erbringung und Abrechnung dieser Leistung wird aufgrund der den Vertragsarzt bindenden Bestimmungen untergesetzlichen Rechts durch eine sog. Abrechnungs-Sammelerklärung ersetzt. Nach §§ 35 Abs. 2, 42 Abs. 3 BMV-Ä, §§ 34 Abs. 1, 35 EKV-Ä ist die Abgabe einer – ordnungsgemäßen – Abrechnungs-Sammelerklärung eine eigenständige Voraussetzung für die Entstehung des Anspruchs des Vertragsarztes auf Vergütung der von ihm erbrachten Leistungen. Mit ihr garantiert der Vertragsarzt, dass die Angaben auf den von ihm eingereichten Abrechnungen zutreffen. Diese Garantiefunktion ist gerade

wegen der aufgrund des Sachleistungsprinzips im Vertragsarztrecht auseinander fallenden Beziehungen bei der Leistungserbringung und der Vergütung und den damit verbundenen Kontrolldefiziten unverzichtbar. Die Richtigkeit der Angaben in den Abrechnungen 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 erbrachten Leistungen zutreffend abrechnet. Insoweit kommt der Abrechnungs-Sammelerklärung 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. Aus dieser Funktion der Abrechnungs-Sammelerklärung als Voraussetzung der Vergütung der von dem 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 Garantiewirkung nicht mehr erfüllt, es sei denn, es läge 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 zumindest berechtigt, wenn nicht verpflichtet, den entsprechenden Honorarbescheid aufzuheben und das Honorar neu festzusetzen (BSG Urteil vom 17. September 1997, [6 RKA 86/95](#)). Die Abrechnungs-Sammelerklärung als Ganzes ist bereits dann unrichtig, wenn nur eine mit ihr abgegebene Abrechnungsposition eine unrichtige Angabe über erbrachte Leistungen enthält. Damit entfällt für die KV 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 (BSG Urteil vom 17. September 1997, [6 RKA 86/95](#)). Wegen dieser weitgehenden Wirkung der Rechtsfolgen aus der Abgabe einer unrichtigen Abrechnungs-Sammelerklärung sind diese jedoch auf den Fall zu beschränken, dass unrichtige Angaben in den Behandlungsausweisen zumindest grob fahrlässig, also unter Verletzung der erforderlichen Sorgfalt in besonders schwerem Maße ([§ 45 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 Halbsatz 2 SGB X](#)), erfolgt sind. Eine vorsätzlich falsche Abrechnung ist nicht erforderlich. Andererseits reicht für die genannte Berechtigung der KV leichte Fahrlässigkeit auf Seiten des Arztes oder des von ihm beauftragten Personals nicht aus. Beruhen unrichtige Angaben 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 (LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 25.03.2011, Az. [L 7 KA 13/11 B ER](#), Juris). Nach Auffassung der Kammer kann dem Kläger hinsichtlich der Abrechnung der EBM-Nr. 01410 (samt Ansatz der jeweiligen Wegepauschale) anstelle der EBM-Nr. 01413 keine grobe Fahrlässigkeit vorgeworfen werden. Unbestritten hat der Kläger hinsichtlich der abgerechneten Gebührenordnungspositionen 01410 eine Besuchstätigkeit erbracht. Im Rahmen der Berichtigung geht es lediglich um die Frage, ob diese den Gebührentatbestand der EBM-Nr. 01410 erfüllt oder lediglich denjenigen der EBM-Nr. 01413. Die Beantwortung dieser Frage ist zuvörderst rechtlicher Natur; kontroverse Standpunkte zu dieser – soweit ersichtlich weder obergerichtlich, noch höchststrichterlich geklärt – Frage sind nicht schlechterdings ausgeschlossen. Der Nachweis einer oder mehrerer (irrtümlicher bzw. einen anderen rechtlichen Standpunkt zugrunde legenden) Falschabrechnungen für ein Quartal lässt damit nicht die Garantiefunktion für dieses Quartal entfallen. Soweit der Kläger im Sinne der obigen Ausführungen nachgewiesen hat, dass er in den Fällen, in denen er mehrere Patienten im gleichen Heim am gleichen Tag, aber zu unterschiedlichen Uhrzeiten nach erneuter Anfahrt behandelt hat, war er nicht gehalten, lediglich die EBM-Nr. 01413 abzurechnen, sondern konnte die EBM-Nr. 01410 in Ansatz bringen. Dies gilt jedoch – gemäß den obigen Ausführungen – für jeden weiteren Besuch desselben Heimes am gleichen Tage immer nur für einen Patienten. Die Benennung dieses einen Patienten, für den der Kläger statt der EBM-Nr. 01413 die EBM-Nr. 01410 abrechnen will, liegt – wie oben ausgeführt – in seinem Ermessen. Der Kläger kann demnach für den 16. August 2005 für die weiteren Besuche in dem Heim S Straße um 12 Uhr 10 und um 18 Uhr 45 sowie für die weiteren Besuche in dem Heim W Straße um 13 Uhr und um 20 Uhr jeweils für einen Patienten statt der EBM-Nr. 01413 die EBM-Nr. 01410 berechnen. Für den Behandlungstag 13. September 2005 gilt entsprechendes für die dem Erstbesuch in diesem Heim um 7 Uhr 10 folgenden weiteren gesonderten Besuchszeiten um 12 Uhr 10, 13 Uhr und 19 Uhr 10, für den Besuch um 13 Uhr jedoch nur dann, wenn dieser nicht im unmittelbaren zeitlichen Anschluss an den Besuch um 12 Uhr 10 erfolgte, sondern nach erneuter Anfahrt. Hinsichtlich aller anderen Abrechnungen von etwaigen Mehrfachbesuchen im selben Heim am gleichen Tag gilt jedoch, dass diese nicht durch die Angabe der entsprechenden Uhrzeit nachgewiesen sind, so dass die Beklagte die Umsetzungen von der EBM-Nr. 01410 in die EBM-Nr. 01413 samt Streichung der jeweiligen Wegepauschalen zu Recht vorgenommen hat. Es bleibt dem Kläger jedoch unbenommen, gegenüber der Beklagten weitere Behandlungen in demselben Heim am selben Tag, aber zu unterschiedlichen Uhrzeiten und nach erneuter Anfahrt, nachzuweisen. Dies muss jedenfalls vor dem Hintergrund gelten, dass der Kläger der Beklagten entsprechende Nachweise bereits im Widerspruchsverfahren angeboten hatte, die Klägerin diesem Angebot jedoch nicht weiter nachging. Die Beklagte ist demnach verpflichtet, über die sachlich-rechnerische Richtigstellung der streitgegenständlichen Honorarbescheide insoweit neu zu entscheiden, wie Uhrzeiten bei Mehrfachbesuchen im gleichen Heim am selben Tag nachgewiesen sind (dies trifft auf die beiden Behandlungstage 16. August und 13. September 2005 zu) oder durch den Kläger noch nachgewiesen werden. Der Kläger ist insoweit auch gehalten, der Beklagten mitzuteilen, für welchen Patienten er – im Falle von mehreren Behandlungsfällen bei Mehrfachbesuchen am gleichen Tage im gleichen Heim – die EBM-Nr. 01410 in Ansatz bringen möchte. Begründungsdefizite im Sinne des [§ 35 Absatz 1 SGB X](#) oder einen Verstoß gegen den Untersuchungsgrundsatz nach [§ 20 SGB X](#) vermag die Kammer nicht zu erkennen. Bereits oben wurde dargelegt, aus welchen Gründen der Bescheid keine Ausführungen dazu enthalten musste, weshalb der Kläger sein Ermessen falsch ausgeübt haben soll. Denn für den Kläger bestand kein Ermessensspielraum bezüglich der Beantwortung der Frage, ob ein "voller" Besuch oder ob ein Mitbesuch vorliegt, sondern lediglich ein dahingehendes Ermessen, für welchen Patienten er bei einem Mehrfachbesuch im gleichen Heim die EBM-Nr. 01410 in Ansatz bringen möchte (was zwangsläufig einen Ansatz lediglich der EBM-Nr. 01413 für die mitbesuchten weiteren Patienten bedeutet). Der Umstand, dass die Beklagte während des Widerspruchsverfahrens nicht auf das Angebot des Klägers einging, darzulegen, zu welchen Uhrzeiten er welche Patienten bei mehreren Anfahrten an einem Tag besucht hat, bedeutet noch keinen Verstoß gegen den Untersuchungsgrundsatz gemäß [§ 20 SGB X](#). Denn es ist zuvörderst Aufgabe des Klägers, die tatbestandlichen Voraussetzungen der von ihm abgerechneten Gebührenordnungspositionen nachvollziehbar aufzubereiten. Der Kläger hat jedoch – wie oben dargelegt – nunmehr die Möglichkeit, entsprechende Nachweise gegenüber der Beklagten zu erbringen. Die Zuziehung eines Bevollmächtigten im Vorverfahren war notwendig im Sinne des [§ 63 Absatz 2 SGB X](#). Insbesondere vor dem Hintergrund der schwierigen Sach- und Rechtslage hätte es dem Kläger nicht abverlangt werden können, sich im Widerspruchsverfahren keines Bevollmächtigten zu bedienen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 155 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Sie trägt dem Umfang des jeweiligen Obsiegens und Unterliegens der Beteiligten Rechnung und berücksichtigt insbesondere, dass die Klage überwiegend erfolglos geblieben ist.
Rechtskraft

Aus
Login
BRB
Saved
2012-03-16