S 83 KA 101/18

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
SG Berlin (BRB)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
83
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 83 KA 101/18
Datum
29.07.2020
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Zur Abrechnung der hausärztlichen Versichertenpauschale

S 83 KA 101/18

verkündet am 29. Juli 2020

, Justizbeschäftigte als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

Im Namen des Volkes Urteil

In dem Rechtsstreit ,

- Kläger - Proz.-Bev.: gegen Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6 A, 14057 Berlin,

- Beklagte -

hat die 83. Kammer des Sozialgerichts Berlin auf die mündliche Verhandlung am 29. Juli 2020 durch die Richterin am Sozialgericht sowie die ehrenamtliche Richterin und den ehrenamtlichen Richter für Recht erkannt:
Der Honoraraufhebungs- und Rückforderungsbescheid vom 28.04.2016 für die Quartale I/2012 bis III/2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13.02.2018 wird aufgehoben. Der Honoraraufhebungs- und Rückforderungsbescheid vom 28.04.2016 für die Quartale IV/2014 bis III/2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13.02.2018 wird insoweit aufgehoben, als das ärztliche Honorar für das Quartal IV/2014 um mehr als 648,33 Euro, das ärztliche Honorar für das Quartal I/2015 um mehr als 1.325,82 Euro, das ärztliche Honorar für das Quartal II/2015 um mehr als 1.185,15 Euro, das ärztliche Honorar für das Quartal III/2015 um mehr als 994,14 Euro gekürzt wurde. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens. Die Hinzuziehung des Bevollmächtigten für das Vorverfahren wird für notwendig erklärt. Der Streitwert wird auf 336.268,58 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit einer Honorarrückforderung in den Quartalen I/2012 bis III/2013 und IV/2014 bis III/2015 i.H.v. insgesamt 336.268,58 Euro. Konkret geht es um die Frage, ob die Beklagte berechtigt war, die Vergütung des Klägers auf den Fachgruppendurchschnitt zu kürzen, weil dieser die erforderlichen Leistungen für die Abrechnung der Versichertenpauschale nicht erbracht und die sog. Chroniker-Ziffern teilweise zu Unrecht abgerechnet habe. Der Kläger nimmt seit dem 01.07.1978 als Facharzt für Allgemeinmedizin an der vertragsärztlichen Versorgung teil. In den streitgegenständlichen Quartalen verfügte er über kein Praxispersonal. Die Patienten konnten bei ihm ohne vorherige Vereinbarung eines Termins vorbeikommen. Seine Praxis hatte der Kläger dahingehend organisiert, dass die Patienten teilweise auch im Flur warteten und dann in der Reihe ihres Erscheinens vom Kläger behandelt wurden. Dabei saß der Kläger teilweise direkt am Anmeldetresen, wo er auch mit den Patienten sprach. Der Schwerpunkt der Tätigkeit des Klägers lag in den Tagen mit vielen Patienten insbesondere in der Feststellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen aufgrund von Diagnosen wie z.B. Erkältungsschnupfen oder Übelkeit. In den streitgegenständlichen Quartalen rechnete er an einigen Tagen die Versichertenpauschale über 100 Mal ab. Im Quartal I/2012 ergab sich an vier Tagen zu Beginn des Quartals an vier Tagen eine solch hohe Patientenzahl (103, 108, 113, bzw. 101 Patienten). Im Quartal II/2012 gab es zwei "Spitzentage" (129, bzw. 113 Patienten). Im Quartal III/2012 behandelt der Kläger

nur an einem Tag über 100 Patienten (133), im Quartal IV/2012 waren es wieder zwei Tage (113, bzw. 103 Patienten). Im Quartal I/2013 gab es fünf "Spitzentage" zu Anfang des Quartals (125, 131, 107, 116, bzw. 103 Patienten), im Quartal II/2013 8 dieser Tage (135, 115, 130, 125, 119, 149, 106 bzw. 107 Patienten) und im Quartal III/2013 2 (123 bzw. 102 Patienten). Im Quartal IV/2014 behandelte der Kläger an 14 Tagen mehr als 100 Patienten pro Tag (112, 206, 230, 181, 148, 167, 141, 154, 109, 129, 122, 116, 104 bzw. 110 Patienten). Auch im Jahr 2015 kam es zu vielen solcher "Spitzentage": Im Quartal I/2015 waren es 18 Tage (218, 178, 115, 198, 148, 142, 144, 153, 116, 133, 130, 127, 102, 116. 110, 109, 103 bzw. 111 Patienten), im Quartal II/2015 17 Tage (122, 131, 180, 184, 185, 143, 142, 145, 119, 112, 127, 114, 118, 105, 104, 104 bzw. 105 Patienten) und im Quartal III/2015 11 Tage (182, 190, 126, 128, 109, 107, 112, 101, 114, 105 bzw. 105 Patienten). Diesen Spitzentagen standen andere Tage gegenüber, in denen teilweise auch nur 20 bis 30 Patienten am Tag die Praxis des Klägers aufsuchten. Mit Schreiben 25.02.2015 setzte die Beklagte den Kläger davon in Kenntnis, dass im Rahmen einer Plausibilitätsprüfung nach § 106a SGB V a.F. das Überschreiten des Auffälligkeitskriteriums i.H.v. 46.800 Minuten je Quartal in den Quartalen I/2012 bis III/2013 und IV/2014 bis III/2015 festgestellt worden sei. Der Kläger wies im Rahmen der Anhörung auf die durchgeführten Samstagssprechstunden hin. Mit Bescheid vom 28.04.2016 kürzte die Beklagte das Honorar des Klägers für die Quartale I/2012 bis III/2013 und IV/2014 bis III/2015 insgesamt um 336.268,58 Euro. Es sei nicht zu dem für die Abrechnung der Versichertenpauschale obligaten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt gekommen. Nachweislich habe er im Vergleich zu allen übrigen Berliner Hausärzten die Anzahl der abgerechneten Versichertenpauschalen erhebliche ausgeweitet, um teilweise mehr als das Vierfache. An manchen Tagen (z.B. am 28.04.2015) habe ihm für die an diesem Tag abgerechneten 171 Arzt-Patienten-Kontakte im Rahmen der Versichertenpauschale ohne Unterbrechung ca. 2,5 Minuten Behandlungszeit pro Patient zur Verfügung gestanden. Bei diesem hohen Patientenaufkommen könne dem Leistungsinhalt nicht vollständig entsprochen worden sein. Zudem seien die Chroniker-Zuschläge falsch abgerechnet worden. Der Kläger begründet seinen Widerspruch u.a. damit, dass er an "vollen Tagen" ca. 12 bis 14 Stunden mit nur einer kleinen Mittagspause gearbeitet habe. Im Durchschnitt hätten ihm für den einzelnen Patienten ca. 5 Minuten zur Verfügung gestanden. Dabei handele es sich aber um Durchschnittswerte. Er habe stets über die bloße Begrüßung hinaus den Patienten nach seinem Befinden bzw. nach dem Anlass seines Erscheinens befragt und die Antwort des Patienten dann in eigene Überlegungen zum weiteren ärztlichen Vorgehen münden lassen. Mit Widerspruchsbescheid vom 13.02.2018 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Zwar handele es sich bei dem beschriebenen Vorgehen um einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt, wie er im obligaten Leistungsinhalt der Versichertenpauschale beschrieben sei. Eine bloße zeitgleiche Anwesenheit von Arzt und Patient reiche nach dem Kommentar jedoch nicht aus. Es müsse zu einer direkten Interaktion zwischen Arzt und Patient gekommen sein, also zu einem bilateralen Informationsaustausch, der im Laufe der Gesprächsführung durch den Arzt den diagnostischen und therapeutischen Zielen diene. Insgesamt sei es für die Beklagte nicht glaubhaft, dass der Kläger bis zu 219 Versichertenpauschalen an einem Tag ordnungsgemäß abgerechnet habe. Zum einen zeigten die Zahlen selbst unter Berücksichtigung einer Präsenz von 12 Stunden eine durchschnittliche Behandlungszeit von unter 5 Minuten pro Patient an manchen Tagen. Zum anderen müssten auch Zeiten für unabwendbare menschliche Bedürfnisse und organisatorische Aufgaben in der Praxis abgezogen werden. Der verbleibende geringe Zeitanteil für kurativ-ambulante Behandlungen ließ Zweifel an der tatsächlichen Entstehung eines kurativen Behandlungsanfalles aufkommen. Wie aus den Feststellungen des LKA hervorgehe, habe der Kläger auch gegen die Pflichten des Arztes zur Dokumentation nach § 10 Berufsordnung und § 57 BMV-Ä verstoßen. Soweit ein Arzt diesen Pflichten nicht nachkomme, sei der entsprechende Honoraranspruch verwirkt (Verweis auf LSG Hessen, Urteil vom 27.05.2015 – L 4 KA 50/12). Unabhängig von den Ermittlungen des LKA zeige aber auch die Durchsicht der Abrechnungen in den streitgegenständlichen Quartalen, dass eine hausärztliche Behandlung durch den Kläger nicht stattgefunden haben könne. Der Versicherte habe in diesen Quartalen ein extrem eingeschränktes Leistungsspektrum angeboten, welches hauptsächlich auf die Abrechnung von Versichertenpauschalen beschränkt gewesen sei. Dies sei auch bei der Scheinzahl, die z.B. im Quartal I/2015 4,8-fach höher als die der Fachgruppe gewesen sei, nicht anders zu erwarten und damit ein weiteres Indiz dafür, dass der Kläger den Patienten Krankschreibungen quasi am Anmeldetresen ausgestellt habe, ohne sie zu untersuchen und ohne eine entsprechende Patientendokumentation gemacht zu haben. Mit der ungerechtfertigten Abrechnung der Versichertenpauschale habe der Kläger damit jeweils unberechtigt einen kurativ-ambulanten Behandlungsfall ausgelöst. Zudem sei auffällig, dass der Kläger sein Abrechnungsverhalten ab der Praxisdurchsuchung durch das LKA ab dem Quartal II/2016 komplett umgestellt und seine Scheinzahl zum Teil um 70 % reduziert habe. Darüber hinaus müsse der Ansatz der vom Kläger abgerechneten "Choniker-Zuschläge" nach den EBM-Nrn. 03212 (bis einschließlich III/2013) bzw. 03220 und 03221 (ab IV/2013) beanstandet werden, da in einem erheblichen Teil der abrechneten Leistungen die Voraussetzungen für einen Vergütungsanspruch nicht erfüllt seien. Der jeweilige Patient sei nicht in den vier aufeinanderfolgenden Vorquartalen vom Kläger wegen derselben Krankheit behandelt worden. Im Hinblick auf die 276 abgerechneten EBM-Nrn. 03220 und 113 abgerechneten EBM-Nrn. 03221, welche jeweils mit einem "H" gekennzeichnet worden seien, müsse den Ausführungen des Plausibilitätsausschusses gefolgt werden. Es sei nicht glaubhaft, dass insgesamt 398 Patienten in den Abrechnungsquartalen IV/2014 bis III/2015 ihren Hausarzt während der initialen vier Quartale gewechselt haben sollten. Ein Hausarztwechsel werde im Allgemeinen bei der Anamnese erhoben und dokumentiert, so dass der Kläger im Rahmen des Widerspruchsverfahrens zur Sachaufklärung jederzeit die Möglichkeit gehabt hätte, entsprechende Angaben zu machen. Auffallend sei zudem, dass der Kläger ab dem Quartal II/2016 deutlich weniger Chroniker-Ziffern abgerechnet habe. Bei der Neufestsetzung komme der Beklagten ein weites Schätzungsermessen zu, wobei sie hierbei ihren Ermessensspielraum fehlerfrei ausgeübt habe. Da Anhaltspunkte für eine einzelfallbezogene Honorarschätzung fehlten, sei es nicht zu beanstanden, das ärztliche Honorar auf den Fachgruppendurchschnitt der Praktischen Ärzte/Allgemeinmediziner zu kürzen. Dabei sei die sie davon ausgegangen, dass der Kläger trotz der festgestellten Abrechnungsfehler und der Summe der zur Abrechnung eingereichten Leistungen in etwa die Leistungen des Fachgruppendurchschnitts der Allgemeinmediziner ordnungsgemäß erbracht haben dürfte. Am 02.05.2018 hat der Kläger Klage erhoben. Die Argumentation mit dem Fachgruppenvergleich bezogen auf die Abrechnung der Versichertenpauschale trage nicht. Dies könne aber auch auf sich beruhen, weil es jedenfalls physikalisch nicht unmöglich sei, zu 4.599 Versicherten im Quartal einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt zu haben. Die Beklagte weise im Widerspruchsbescheid selbst darauf hin, dass es sich bei der vom ihm geschilderten "Verfahrensweise" um einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt gehandelt habe. Der Arzt-Patienten-Kontakt werde in den Allgemeinen Bestimmungen 4.3.1 des EBM nicht als "bilateraler Informationsaustausch" beschrieben. Der EBM beschreibe den Begriff der "Interaktion" nicht; jedenfalls habe er mit jedem einzelnen Patienten interagiert, indem er ihn nach seinem Befinden befragt und die Antwort medizinische verarbeitet habe. Die Beklagte habe keinen einzigen Patienten nennen können, an dem es nicht zu einer im persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt enthaltenen direkten Interaktion gekommen sei. Die Beklagte stütze sich vielmehr auf bloße Behauptungen und Vermutungen, was nicht ausreiche. Die Berechnungen der Beklagten hinsichtlich der Behandlungszeiten pro Patient seien nicht nachvollziehbar. Er habe z.B. an den Tagen 06.10.2014 und 05.01.2015 über 14 Stunden gearbeitet. Diese langen Öffnungszeiten ließen auch genug Zeit für die unabwendbaren menschlichen Bedürfnisse. Organisatorisch Aufgaben habe er an anderen Tagen durchgeführt. Die Beklagte könne auch ihre "Zweifel" nicht durch die Ermittlungen des LKA untermauern. Auch dort sei kein einziger Fall gefunden worden, in dem kein Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden habe. Die Umstellung ab dem Quartal II/2016 sei darauf zurückzuführen, dass er aufgrund der Durchsuchungen erheblich eingeschüchtert gewesen sei. Hinsichtlich des Vorwurfes, die Chroniker-Ziffern seien nicht richtig abgerechnet worden, sei erneut darauf hinzuweisen, dass der EBM bis einschließlich zum Quartal III/2013

überhaupt keine eigenständige Regelung zu der Frage, wie oft der Patient in den Vorquartalen in ärztlicher Behandlung gewesen sein müsse, enthalte. Vielmehr verweise der EBM auf § 2 Abs. 2 der Richtlinie des G-BA zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten i.S.d. § 62 SGB V. Doch auch dort werde von dem Arzt nicht verlangt, dass der jeweilige Patient "in den vier aufeinanderfolgenden Vorquartalen" von ihm selbst wegen derselben Krankheit hätte behandelt werden müssen. § 2 Abs. 2 der Richtlinie des G-BA verlange lediglich, dass die Krankheit ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal ärztliche behandelt worden sein müsse. Eine Behandlung durch den Arzt, der den Chroniker-Zuschlag nach der GOP 03212 EBM abrechne, verlange weder die Richtlinie noch der EBM selbst. Der EBM in der Version bis einschließlich zum Quartal III/2013 enthalte auch keine Vorgabe dazu, dass der Vertragsarzt zu dokumentieren habe, bei wem und wann der Patient ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal ärztliche behandelt worden sei. Erst seit dem Quartal III/2013 ergebe sich bei der Abrechnung der GOP 03220 und 03221 EBM tatsächlich die Pflicht, die bei einem anderen Hausarzt stattgefundenen Arzt-Patienten-Kontakte zu dokumentieren. Allerdings sei diese Dokumentation nicht Gegenstand der Abrechnung. Gegenstand der Abrechnung sei lediglich der Nachweis einer derartigen Dokumentation, mittels einer "kodierten Zusatznummer". Vorgegeben sei durch die Beklagten, die jeweiligen GOP mit einem "H" zu kennzeichnen. Dies sei auch erfolgt. Der Kläger beantragt, die Honorarbescheide für die Quartale I/2014 bis IV/2014 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15.11.2015 abzuändern und die Beklagte zu verpflichten, die abgesetzten GOP 09372 EBM, 09373 EBM sowie die abgesetzten Pseudoziffern 99009, 99010, 99011, 99012 wie angefordert zu vergüten, statt der abgesetzten GOP 89111 EBM die GOP 89118 zu vergüten, die GOP 40120 EBM i.H.d. tatsächlichen Portokosten zu vergüten und das angeforderte Honorar für das Quarta I/2014 vollständig zu vergüten. Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. Zur Begründung verweist sie im Wesentlichen auf die Ausführungen im Widerspruchsbescheid. Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte, die Verwaltungsakte und die Sitzungsniederschrift verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten handelt (§ 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz – SGG). Die zulässige Klage ist teilweise begründet. Der Honoraraufhebungs- und Rückforderungsbescheid vom 28.04.2016 Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13.02.2018 ist hinsichtlich der Quartale I/2012 bis III/2013 vollständig und hinsichtlich der Quartale IV/2014 bis III/2015 teilweise rechtswidrig und verletzt den Kläger insoweit in seinen Rechten. Zu einem geringen Teil was die Klage deshalb im Übrigen abzuweisen. 1.) Rechtsgrundlage der sachlich-rechnerischen Richtigstellung ist § 106a Abs. 2 SGB V a.F. (hier noch i.d.F. des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14.11.2003, BGBl I 2190; § 106d Abs. 2 SGB V). Danach stellt die Kassenärztliche Vereinigung die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen fest; dazu gehört auch die arztbezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität. Gegenstand der arztbezogenen Plausibilitätsprüfung ist insbesondere der Umfang der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand des Arztes (§ 106a Abs. 2 S 2 SGB V a.F.). Bei der Prüfung nach Satz 2 ist ein Zeitrahmen für das pro Tag höchstens abrechenbare Leistungsvolumen zugrunde zu legen; zusätzlich können Zeitrahmen für die in längeren Zeitperioden höchstens abrechenbaren Leistungsvolumina zugrunde gelegt werden (§ 106a Abs. 2 S 3 SGB V a.F.). Soweit Angaben zum Zeitaufwand nach § 87 Abs. 2 S. 1 Halbs. 2 SGB V bestimmt sind, sind diese bei den Prüfungen nach Satz 2 zugrunde zu legen (§ 106a Abs. 2 S. 4 SGB V a.F.). Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen des Vertragsarztes zielt auf die Feststellung, ob die Leistungen rechtmäßig, also im Einklang mit den gesetzlichen, vertraglichen oder satzungsrechtlichen Vorschriften des Vertragsarztrechts – mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebots – erbracht und abgerechnet worden sind (vgl. u.a. BSG Urteil vom 29.November 2017 – B 6 KA 33/16 R, Rn. 19; BSG Urteil vom 2. April 2014 – B 6 KA 20/13 R, Rn. 13; BSG Urteil vom 24.Oktober 2018 – B 6 KA 45/17 R, Rn. 14; BSG Urteil vom 24.Oktober 2018 – B 6 KA 42/17 R, Rn. 10, jeweils m.w.N.). Die näheren Einzelheiten des Plausibilitätsprüfungsverfahrens ergeben sich aus § 8 der auf der Grundlage von § 106a Abs. 6 SGB V a.F. vereinbarten Richtlinien gemäß § 106a SGB V (Abrechnungsprüfungsrichtlinie) in der hier maßgeblichen, seit dem 01.07.2008 geltend Fassung. § 8 Abs. 2 der Abrechnungsprüfungsrichtlinie sieht gleichrangig die Ermittlung eines Tageszeit- und eines Quartalszeitprofils vor (vgl. BSG Beschluss vom 17.August 2011 – B 6 KA 27/11 B, Rn. 6). Eine weitere Überprüfung nach § 12 erfolgt gemäß § 8 Abs. 3 S. 1 Abrechnungsprüfungsrichtlinie, wenn die ermittelte arbeitstägliche Zeit bei Tageszeitprofilen an mindestens drei Tagen im Quartal mehr als 12 Stunden oder im Quartalszeitprofil mehr als 780 Stunden beträgt (vgl. BSG Urteil vom 24. Oktober 2018 – B 6 KA 42/17 R, Rn. 11; BSG Urteil vom 24. Oktober 2018 – B 6 KA 44/17 R, Rn. 15). Überschreitungen bezogen auf die Tageszeitprofile liegen beim Kläger in den streitgegenständlichen Quartalen nicht vor. Es lag jedoch zunächst in allen der streitgegenständlichen Quartalen eine Überschreitung der Quartalsprofile vor. Aufgrund dieser Überschreitungen hat die Beklagte ein Prüfverfahren eingeleitet. Nachdem die Beklagte die Einwendungen des Klägers hinsichtlich der Samstagssprechstunde berücksichtigt hatte, war in den Quartalen II/2012 und III/2015 keine Überschreitung mehr gegeben. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG kann aus der Überschreitung von Tages- oder Quartalszeitprofilen im Wege des Indizienbeweises auf die Unrichtigkeit der Abrechnung geschlossen werden (vgl. u.a. BSG, Urteil vom 24. Oktober 2018 – B 6 KA 42/17 R, Rn. 20 m.w.N.). Dennoch kann aus Auffälligkeiten in Gestalt der Überschreitung einer täglichen Arbeitszeit von 12 Stunden an mindestens drei Tagen im Quartal bzw. von insgesamt 780 Stunden im Quartal noch nicht unmittelbar darauf geschlossen werden, dass Leistungen im Umfang des Überschreitens nicht ordnungsgemäß erbracht worden sind. Vielmehr hat die KV beim Vorliegen dieser Abrechnungsauffälligkeiten gemäß § 12 der Abrechnungsprüfungsrichtlinie weiter Überprüfungen durchzuführen, um festzustellen, ob sich die Abrechnungsauffälligkeiten zugunsten des Arztes erklären lassen. Nach der Rechtsprechung des BSG kann der Arzt nicht einwenden, er könne die Leistungen in kürzerer Zeit – ohne qualitatives Defizit – erbringen, als dies im EBM angenommen werde. Bei den in der Anlage 3 zum EBM ausgewiesenen Prüfzeiten handele es sich "um durchschnittliche Zeiten, die auch von erfahrenen und zügig arbeitenden Ärzten für eine ordnungsgemäße Leistungserbringung benötigt werden" (vgl. u.a. BSG, Urteil vom 21. März 2018 – B 6 KA 47/16 R, Rn. 26 m.w.N.). Nach Auffassung der Kammer spricht die Hohe Quartalsprofilzeit in den Quartalen I/2012, III/2012 bis III/2013 und IV/2014 bis II/2015 jedoch noch nicht für eine nicht sachgemäße Abrechnung. Vorliegend ist die Besonderheit gegeben, dass der Kläger weit überdurchschnittlich oft die Versichertenpauschalen (bis Quartal III/2013 GOP 03110, 03111 und 03112 EBM; ab IV/2014 GOP 03000 EBM) abrechnete. Insbesondere stechen einzelne Tage hervor, an denen die Versichertenpauschale über 100 Mal abgerechnet wurde. An anderen Tagen wiederum waren wesentlich weniger Patienten in der Praxis. Die hohe Zahl der abgerechneten Versichertenpauschalen hat der Kläger damit erklärt, dass er an den langen Tagen teilweise schon morgens ab 7 Uhr in der Praxis anwesend war und nur mit sehr kurzer Mittagspause bis zu 14 Stunden gearbeitet habe. Die sonst anfallenden organisatorischen Aufgaben habe er an den Tagen erledigt, an denen weniger Patienten gekommen seien. Wie er in der mündlichen Verhandlung nochmals darlegte, habe er in den streitgegenständlichen Quartalen kein Praxispersonal gehabt. Termine habe er nicht vergeben, die Patienten seien einfach vorbeigekommen. Teilweise habe er vorne an dem Anmeldetresen gesessen und sei bei Bedarf mit den Patienten in das Behandlungszimmer gegangen. Er sei einer der wenigen Ärzte, zu denen die Patienten für eine einfache Krankschreibung ohne vorherigen Termin kommen könnten. Dies führe zu einer teilweise sehr hohen Patientenzahl an manchen Tagen. Die hohe Zahl der Patienten mache

den großen Bedarf der Versicherten deutlich, ohne einen Termin an eine Krankschreibung zu kommen. Während die Beklagte diesen Vortrag aber letztlich als Bestätigung für eine unrichtige Abrechnung sieht, führen die vom Kläger vorgebrachten Argumente hinsichtlich der Überschreitung der Quartalsprofilzeiten nach Auffassung der Kammer zu seiner Entlastung und lassen das erhöhte Stundenaufkommen insbesondere aufgrund der häufigen Abrechnung der quartalsbezogenen Versichertenpauschale plausibel erscheinen. Dabei kann letztlich dahingestellt bleiben, ob die Prüfzeiten, die in der Anlage 3 des EBM ausgewiesen sind, tatsächlich die von den Ärzten benötigte Zeit für die Leistungserbringung abbilden. Die vielfach geäußerten Zweifel daran (vgl. u.a. Kleinke/Kulhen, AZR 2008, 141 ff. oder auch Gille, https://edoc.ub.uni-muenchen.de/19621/1/Gille Thomas.pdf) werden von Seiten der Rechtsprechung oder der Normgeber des EBM nicht aufgegriffen. Das BSG geht davon aus, dass dem Normgeber des EBM bei der Ermittlung des erforderlichen Zeitaufwandes ein Gestaltungsspielraum zukommt, den die Gerichte zu akzeptieren haben. Von der Beachtung der höchstrichterlichen Vorgabe hinsichtlich der Bemessung des Zeitaufwandes – nämlich dass die Zeiten so bemessen sein müssen, dass sie auch von erfahrenen und zügig arbeitenden Ärzten für eine ordnungsgemäße Leistungserbringung benötigt werden (vgl. BSG, Urteil vom 24. November 1993 – 6 RKa 70/91, Rn. 26) – kann "im Regelfall ausgegangen werden, wenn die Prüfzeit die für die Ermittlung der Punktzahlen im EBM-Ä zugrunde gelegte Kalkulationszeit unterschreitet. Dabei ist maßgebend, dass die Kalkulationszeit die zeitliche Beanspruchung im Durchschnitt abbildet, während Prüfzeiten die Leistungsfähigkeit auch eines besonders erfahrenen und geübten Arztes bzw Psychotherapeuten berücksichtigen. Dem entsprechen die in Anhang 3 zum EBM-Ä getroffenen Festlegungen für die Mehrzahl der Leistungen. Bei zeitgebundenen, nicht delegierbaren Leistungen werden Prüf- und Kalkulationszeit dagegen regelmäßig übereinstimmen" (BSG, Urteil vom 24. Oktober 2018 – B 6 KA 42/17 R, Rn. 14). Vorliegend ergeben sich die hohen Quartalsprofilzeiten des Klägers insbesondere aus der Abrechnung der Versichertenpauschalen (bis Quartal III/2013 GOP 03110, 03111 und 03112 EBM; ab IV/2014 GOP 03000 EBM). Diese sehen jedoch keine Kalkulationszeiten vor, so dass der vom BSG dargestellte Prüfungsmaßstab nicht greifen kann. Zudem sind nach Auffassung der Kammer bei der Plausibilitätsprüfung auch die Besonderheiten quartalsbezogener Pauschalen zu beachten. Wie die Beklagte zutreffend ausführt, sind in die Kalkulation der Versichertenpauschalen diverse Leistungen einbezogen worden, die die Ärzte früher gesondert abrechnen konnten. Diese von der Versichertenpauschale umfassten Leistungen müssen jedoch nicht alle gleich zum Zeitpunkt der Abrechnung erbracht werden. Sie sind – bis auf den erforderliche Arzt-Patienten-Kontakt – keine Abrechnungsvoraussetzung. Dies bedeutet wiederum, dass es auch denkbar ist, dass sie überhaupt nicht erbracht werden. Zum einen hat dies zur Folge, dass die Prüfzeiten für die Versichertenpauschalen nicht für die Tagesprofile herangezogen werden können. Zum anderen bedeutet dies jedoch auch, dass nicht jeder Abrechnung der Versichertenpauschale der gleiche Umfang der Leistungserbringung zugrunde liegt. Während für die Versichertenpauschale GOP 03111 EBM (Versicherte ab 6 bis 59. Lebensjahr, EBM alte Fassung) eine Prüfzeit: 20 Minuten veranschlagt wurde, liegt diese für die aktuell gültige GOP 03300 EBM (für die hier streitgegenständlichen Quartale IV/2014 bis III/2015) hinsichtlich der Versicherten vom 5. bis 18. Lebensjahr bei 14 Minuten und hinsichtlich der Versicherten vom 19. bis 54. Lebensjahr bei 11 Minuten. Die Absenkung der Punkte und der Prüfzeiten für die Versichertenpauschale lässt sich u.a. durch die Einführung der sog. hausärztlichen "Vorhaltepauschale" und der hausärztlichen Gesprächsleistung erklären. Dies macht aber auch deutlich, dass es für die einzige obligate Leistungsvoraussetzung (der persönliche Arzt-Patienten-Kontakt) keinen festen Zeitrahmen geben kann. Selbst wenn die Prüfzeiten die Zeiten berücksichtigen, die von erfahrenen und zügig arbeitenden Ärzten für eine ordnungsgemäße Leistungserbringung benötigt werden, ist davon nicht der Fall umfasst, dass ein Arzt tatsächlich nur das absolut Notwendige (Arzt-Patienten-Kontakt) für die Abrechnung der Versichertenpauschale erbringt. Nach Auffassung der Kammer stoßen die Quartalsprofilzeiten hinsichtlich der quartalsbezogenen Pauschalen, die derartig viele fakultative Leistungen umfassen, als Indiz für eine Falschabrechnung an ihre Grenzen. Dies wird auch dadurch bestätigt, dass nach der aktuellen Abrechnungsprüfungsrichtlinie in § 12 Abs. 3 Nr. 1 bei einem erhöhten Stundenaufkommen u.a. auch die quartalsbezogenen Pauschalen berücksichtigt werden können. Dass dies in der zum streitgegenständlichen Zeitpunkt geltenden Fassung der Abrechnungsprüfungsrichtlinie noch nicht so enthalten war, ist letztlich unbeachtlich. Denn auch schon damals war die Aufstellung der möglichen zu berücksichtigten Umstände in § 12 Abs. 3 Nr. 1 nicht abschließend ("insbesondere"). 2) Entgegen der Auffassung der Beklagten ergibt sich aus der näheren Prüfung der Überschreitung der Prüfzeiten kein generelles Fehlverständnis des Klägers bezogen auf den Inhalt der Leistungslegende der Versichertenpauschale. Zwar wäre die Beklagte in diesem Fall auch berechtigt gewesen, hinsichtlich der GOP, auf die sich das Fehlverständnis bezieht, auch in den Quartalen eine sachlich-rechnerische Richtigstellung durchzuführen, in denen der Vertragsarzt die Grenze zur Auffälligkeit nach § 8 Abs. 3. S 1. der Abrechnungsprüfungsrichtlinie nicht überschritten hat (vgl. zu einem erkennbaren Muster hinsichtlich des Fehlverständnisses BSG, Urteil vom 15. Mai 2019 – B 6 KA 63/17 R, Rn. 23). Nach Auffassung der Kammer hat der Kläger aber auch an den von der Beklagten aufgegriffenen "Spitzentagen" mit weit mehr als 100 Patienten die Voraussetzung für die Abrechnung der Versichertenpauschale jeweils erfüllt. Voraussetzung sowohl der "alten" Versichertenpauschale nach den GOP 03110, 03111 und 03112 EBM als auch der ab dem streitgegenständlichen Quartal IV/2014 geltenden Versichertenpauschale nach der GOP 03000 EBM ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt. Eine nähere Erläuterung hinsichtlich des Arzt-Patienten-Kontakts enthalten die Allgemeinen Bestimmungen des EBM unter Ziffer 4.3.1: "Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt setzt die räumliche und zeitgleiche Anwesenheit von Arzt und Patient und die direkte Interaktion derselben voraus." Ein solcher war auch bei der vom Kläger gewählten Form der Praxisführung gegeben. Die Kammer geht davon aus, dass die Patienten, für die der Kläger eine Versichertenpauschale abgerechnet hat, auch tatsächlich in der Praxis anwesend waren. Es ist kaum vorstellbar, wie der Kläger sonst an die jeweiligen Versichertenkarten gekommen sein soll. Dies hat der Kläger auch in der mündlichen Verhandlung nochmal nachvollziehbar dargestellt. Es war ein stetiges Kommen und Gehen der Patienten gegeben und das Treppenhaus diente insoweit teilweise auch als eine Art Wartezimmer. Soweit die Beklagte mitteilt, für manche Patienten auf der vom Kläger vorgelegten Liste für einen "Spitzentag" seien an diesem konkreten Tag keine Leistungen abgerechnet worden, zeigte der Abgleich in der mündlichen Verhandlung, dass für diese Patienten an dem "Spitzentag" auch keine Versichertenpauschale abgerechnet worden ist. Bei einem zweiten Besuch des Patienten hat der Kläger innerhalb eines Quartals keine Versichertenpauschale angesetzt. Damit wird nicht widerlegt, dass die Patienten, für die die Versichertenpauschale abgerechnet wurde, an diesem Tag auch in der Praxis des Klägers waren. Die Auffassung der Beklagten, es habe kein zur Abrechnung der Versichertenpauschale berechtigender Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden, begründet sie insbesondere damit, dass dem Kläger an dem vollen Tagen teilweise durchschnittlich nur knapp fünf Minuten pro Patient zur Verfügung gestanden hätten. Wie oben dargelegt, sind für die Annahme eines persönlichen Arzt-Patienten-Kontakts keine Mindestzeiten vorgesehen. Wie lange der erste Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal dauern muss, ist nicht vorgegeben. Richtig ist zwar, dass die bloße zeitgleiche Anwesenheit von Arzt und Patient in einem Raum nicht ausreichend ist. Nach den Vorgaben des EBM muss es zudem zu einer "direkten Interaktion" zwischen Arzt und Patient gekommen sein. Diese Interaktion kann sich wiederum nicht auf eine bloße Begrüßung und das Durchziehen der Versichertenkarte beschränken. Vielmehr muss auch ein kuratives Tätigwerden durch den Arzt vorliegen. Die Durchsicht der beispielhaft vorgelegten Patientenakten zeigt, dass der Kläger überwiegend Krankschreibungen vorgenommen hat. Dabei sind auffallend oft die Diagnosen J00 (Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]), R51 (Kopfschmerz), R11 (Übelkeit und Erbrechen) und K29.1 (Meläna) dokumentiert, aufgrund derer der Kläger Arbeitsunfähigkeit (oder Befreiungen für den Schulunterricht) für relativ kurze Zeiträume festgestellt hat. Die Kammer geht nicht davon aus, dass sich der Kläger die Diagnosen ausgedacht hat. Vielmehr hat er von diesen durch eine kurze Befragung der Patienten Kenntnis erlangt.

Diese Befragung des Patienten sowie die daran geknüpfte Einschätzung, ob eine Arbeitsunfähigkeit gegeben ist, kann innerhalb weniger Minuten erfolgen. Zutreffend ist, dass die Häufung der vom Kläger dokumentierten leichten Erkrankungen und die überdurchschnittlich vielen Krankschreibungen auffällig sind. Während es in einer durchschnittlichen Hausarztpraxis auch hin und wieder zu äußerst kurzen Arzt-Patienten-Kontakten kommen wird, in denen aufgrund einer offensichtlichen Erkrankung eine Arbeitsunfähigkeit oder das Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit innerhalb einer relativ kurzen Zeit festgestellt werden kann, schien dies beim Kläger oftmals die Regel zu sein. Die vom Kläger gewählte Form der Praxisorganisation, in der die Patienten teilweise – wie es die Beklagte formuliert – eine "Krankschreibung am Anmeldetresen" erhielten, mag nicht der klassischen Hausarztpraxis entsprechen. Die Abrechnung der Versichertenpauschale wird durch diese Art der Praxisführung jedoch nicht ausgeschlossen. Denn auch eine direkte Intervention zwischen Arzt und Patient am Anmeldetresen fällt noch unter einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt i.S.d. Ziffer 4.3.1. der Allgemeinen Bestimmungen des EBM. Die Beklagte kann die sachlich-rechnerische Richtigstellung der Versichertenpauschalen auch nicht darauf stützen, dass der Kläger seiner Dokumentationspflicht nicht nachgekommen ist. Dabei kann hier dahinstehen, ob und in welchen Fällen dies tatsächlich der Fall war. Denn die Dokumentation ist nur als fakultativer Leistungsinhalt in der Leistungslegende der Versichertenpauschale genannt: "Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten". Nach Ziffer 2.1 des EBM ist die Vollständigkeit der Leistungserbringung gegeben, "wenn die obligaten Leistungsinhalte erbracht worden sind und die in den Präambeln, Leistungslegenden und Anmerkungen aufgeführten Dokumentationspflichten - auch die der Patienten- bzw. Prozedurenklassifikation (z. B. OPS, ICD 10 GM) - erfüllt, sowie die erbrachten Leistungen dokumentiert sind" (vgl. auch Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 22. Mai 2019 – L 11 KA 70/18 B ER). Für die Versichertenpauschale ist keine Dokumentationspflicht als obligater Leistungsinhalt aufgeführt. Anderes ergibt sich auch nicht aus dem von der Beklagten zitierten Urteil im Zusammenhang mit der Dokumentationspflicht. Das Hessische LSG hat darin ausgeführt, dass davon ausgegangen werden könne, "dass nicht hinreichend dargelegte, dokumentierte und nachgewiesene Leistungen (Gebührenpositionen) als nicht erbracht bzw. als nicht erfüllt anzusehen sind und daher nicht abgerechnet werden können" (Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 27. Mai 2015 – L 4 KA 50/12 –, Rn. 171). Die Tatsache, dass es zu einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt – der einzigen Voraussetzung für die Abrechnung der Versichertenpauschale – kam, ergibt sich schon aus der in der Karteikarte vermerkten Diagnose und der dort festgehaltenen Leistung (überwiegend der Feststellung von Arbeitsunfähigkeit). Die sich aus § 57 BMV-Ä sowie aus § 10 der Berufsordnung ergebenden Dokumentationspflichten sind nicht Gegenstand des obligatorischen Leistungsinhalts der Versichertenpauschale. Ein eventueller Verstoß gegen diese Pflichten berechtigt deshalb nicht zu Absetzung der Versichertenpauschale. Gleiches gilt letztlich auch dafür, dass nach Auffassung der Kammer teilweise Zweifel bestehen, ob der Kläger die für eine Feststellung der Arbeitsunfähigkeit erforderliche ärztliche Untersuchung (vgl. § 4 Abs. 1 S. 2 der AU-Richtlinie des G-BA) in jedem Fall vorgenommen hat. Denn die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit ist nach dem Verzeichnis der nicht besonders berechnungsfähigen Leistungen (Anhang 1 EBM) in der Versichertenpauschale enthalten und dort lediglich als fakultativer Leistungsinhalt genannt. Auch dass der Kläger teils rückwirkende Krankschreibungen vorgenommen hat (am 01.02.2012 hat der Kläger z.B. eine Patientin aufgrund der Diagnose J06.9 "Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet" vom 09.12.2011 bis zum 09.01.2012 krankgeschrieben) und nach § 3 Abs. 3 S. 2 der AU-Richtlinie eine rückwirkende Bescheinigung über das Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit nur ausnahmsweise und nur nach gewissenhafter Prüfung und in der Regel nur bis zu drei Tagen zulässig ist (vgl. dazu, dass Regelung zur rückwirkenden Krankschreibung nicht von der Ermächtigung des § 46 SGB V gedeckt ist, u.a. KassKomm/Schifferdecker, 109. EL Mai 2020, SGB V § 46 Rn. 13), berechtigt nicht zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung der Versichertenpauschale. Denn an dem erfolgten Arzt-Patienten-Kontakt ändert dies nichts. Die fachkundig besetzte Kammer hat auch Zweifel daran, ob jede der vom Kläger dokumentierte Bagatellerkrankung (wie z.B. eine Erkältung) immer zwingend Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben muss. Jedoch werden solche Auffälligkeiten, wie sie beim Kläger vorliegen, von den Krankenkassen durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Abs. 1a SGB V überprüft. Das möglicherweise unberechtigte Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen hat dagegen auf die Frage, ob die Versichertenpauschale abgerechnet werden kann, insoweit keine Auswirkung. Die Praxis der zügigen Krankschreibungen ohne Termin und Wartezeiten spricht sich schnell herum. Dies erklärt auch die hohen Patientenzahlen des Klägers. Am stattgefunden Arzt-Patienten-Kontakt ändert dies jedoch nichts. Dass es durch die Art der Praxisführung zur Verletzung von vertragsärztlichen Pflichten, wie z.B. der Dokumentationspflicht kommen kann, stellt die Kammer nicht in Abrede. Es ist der Beklagten aber verwehrt, alle ihrer Auffassung nach vorliegenden Missstände zu vermischen und dann im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung das Honorar des Klägers zu kürzen. Das Gesetz sieht für die unterschiedlichen Pflichtverletzungen differenzierte Regelungen vor. Zu nennen sind hier beispielhaft die Wirtschaftlichkeitsprüfungen – für die die Beklagte jedoch nicht zuständig ist – oder ein Disziplinarverfahren (§ 81 Abs. 5 SGB V), für welches aber konkrete Verstöße gegen die vertragsärztlichen Pflichten nachgewiesen sein müssten. Diese Verfahren sind jedoch hier nicht streitgegenständlich. 3.) Der Kläger hat jedoch teilweise die Voraussetzungen für die Abrechnung der Chroniker-Ziffern nicht erfüllt. Insoweit ist die Beklagte zutreffend von einer nicht rechtmäßigen Abrechnung ausgegangen, was sie zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung berechtigte. a.) In den Quartalen I/2012 bis III/2013 sind jedoch entgegen der Auffassung der Beklagten die Voraussetzungen für die Abrechnung der Chroniker-Ziffer erfüllt. Die Damals gültige GOP 03212 EBM sah folgenden Leistungsinhalt vor: "Zuschlag zu den Versichertenpauschalen nach den Nrn. 03110 bis 03112 für die Behandlung eines Versicherten mit einer oder mehreren schwerwiegenden chronischen Erkrankung(en) gemäß § 2 Abs. 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten im Sinne des § 62 SGB V, Obligater Leistungsinhalt - Mindestens 2 Arzt-Patienten-Kontakte, einmal im Behandlungsfall (kurativ-ambulant)". Nach § 2 Abs. 2 der Richtlinie des G-BA liegt eine schwerwiegende Chronische Erkrankung vor, "wenn sie wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung)" und weitere im Einzelnen genannte Merkmale (wie z.B. eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3, 4 oder 5) gegeben sind. Die Beklagte ist der Auffassung, es fehle vorliegend hinsichtlich der konkret benannten Fälle (vgl. S. 18ff. des Widerspruchsbescheids) an den erforderlichen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakten. Dabei verkennt sie jedoch, dass weder die Leistungsbeschreibung des EBM noch die in Bezug genommene Richtlinie des G-BA voraussetzen, dass die vorgegebenen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakte sowie die ärztlichen Behandlungen durch den die GOP abrechnenden Arzt zu erfolgen haben. Zudem ist in der Leistungslegende keine Pflicht zur Dokumentation eines Arztwechsels vorgesehen. Vor diesem Hintergrund konnte die Beklagte die GOP nicht allein mit dem Argument kürzen, es hätten nicht ausreichende Arzt-Patienten-Kontakte stattgefunden. b.) Dagegen hat die Beklagte hinsichtlich der in den Quartalen IV/2014 bis III/2015 abgerechneten Chroniker-Ziffern zu Recht die fehlenden Arzt-Patienten-Kontakte beanstandet. Mit Beschluss vom 27.06.2013 hat der Bewertungsausschuss mit Wirkung zum 01.10.2013 die bis dahin geltenden GOP durch die GOP 03220 und 03221 EBM ersetzt. Neben dem Vorliegen einer lang andauernden lebensverändernden Erkrankung ist nach Ziff. 3.2.2 des EBM für die Abrechnung der die GOP 03220 und 03221 EBM die Notwendigkeit einer kontinuierlichen ärztlichen Behandlung und Betreuung erforderlich. Diese wird ab dem Quartal IV/2013 wie folgt definiert: "Eine kontinuierliche a&776;rztliche Behandlung liegt vor, wenn im Zeitraum der letzten vier Quartale wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung(en) jeweils mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt gema&776;ß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen pro Quartal in mindestens drei Quartalen in derselben Praxis stattgefunden hat. Hierbei mu&776;ssen in mindestens zwei Quartalen perso&776;nliche Arzt-Patienten-Kontakte stattgefunden haben. Die Gebu&776;hrenordnungspositionen 03220 und 03221 ko&776;nnen bei Neugeborenen und Sa&776;uglingen auch ohne die Voraussetzung

der kontinuierlichen a&776;rztlichen Behandlung berechnet werden. Eine kontinuierliche a&776;rztliche Behandlung liegt auch vor, wenn der Patient mit mindestens einer lebensvera&776;ndernden chronischen Erkrankung seinen ihn betreuenden Hausarzt gewechselt hat. In diesem Fall muss der die hausa&776;rztliche Betreuung u&776;bernehmende Hausarzt die bei einem anderen Hausarzt stattgefundenen Arzt-Patienten-Kontakte dokumentieren. Die Dokumentation ist mit der Abrechnung mittels einer kodierten Zusatznummer nachzuweisen." Wie den entsprechenden Informationen durch die Beklagte zu entnehmen ist, haben die Ärzte im Fall eines Hausarztwechsels die abgerechnete GOP mit einem "H" zu kennzeichnen. Die Beklagte hat nach den Ausführungen im Widerspruchsbescheid (S. 24) nur in einem Fall (Quartal II/2015) den fehlenden Arzt-Patienten-Kontakt bei der Abrechnung der GOP 02330 EBM ohne Kennzeichnung mit "H" beanstandet. Da dann, wenn die GOP ohne die Kennzeichnung "H" erfolgte, davon auszugehen ist, dass es zu keinem Hausarztwechsel gekommen ist, fehlt es hinsichtlich dieses Falls an der ausreichenden Anzahl der Arzt-Patienten-Kontakte in der Praxis des Klägers. Die Kammer stimmt der Beanstandung durch die Beklagte zu.

Weiter hat die Beklagte zu Recht die 276 abgerechneten GOP EBM 03220 und die 113 abgerechneten GOP 03221 EBM, welche jeweils mit einem "H" gekennzeichnet waren, beanstandet. Die auffallend hohe Zahl der geltend gemachten Hausarztwechsel hat die Beklagte zutreffend zum Anlass für eine genaue Überprüfung genommen. Wie sich aus den dem Gericht vorliegenden Patientenakten ergibt, hat der Kläger die entsprechenden Hausarztwechsel in keiner Weise dokumentiert. Zwar wäre es ggf. nicht nötig gewesen, den Namen des jeweiligen Hausarztes zu notieren. Die Kammer geht aber davon aus, dass der Kläger vor der Abrechnung der Chroniker-Ziffer bei einem neuen Patienten sich hinsichtlich der vorherigen Behandlungen (in anderen Praxen) erkundigt hat. Dass eine entsprechende Dokumentation des so in Erfahrung gebrachten Hausarztwechsels zu erfolgen hat, ergibt sich deutlich aus der Leistungsbeschreibung der Chroniker-Zuschläge: "In diesem Fall muss der die hausa&776;rztliche Betreuung u&776;bernehmende Hausarzt die bei einem anderen Hausarzt stattgefundenen Arzt-Patienten-Kontakte dokumentieren". Der Kläger kann dabei nicht mit Erfolg geltend machen, der Hausarztwechsel sei durch die Kennzeichnung der GOP mit einem "H" dokumentiert. Die Kennzeichnung mit dem "H" stellt lediglich den Nachweis der erfolgten Dokumentation dar ("Die Dokumentation ist mit der Abrechnung mittels einer kodierten Zusatznummer nachzuweisen"), ersetzt diese jedoch nicht.

c.) Die Kammer hat sich bei der aufgrund der sachlich-rechnerischen Richtigstellung zu erfolgenden Honorarkürzungen an den von der Beklagten mit Schreiben vom 17.07.2020 mitgeteilten EBM-Werten der GOP für die jeweiligen Quartale orientiert. Die Beklagte selbst hatte in den angefochtenen Bescheiden – vor dem Hintergrund ihrer Rechtsauffassung konsequent – keine konkrete Berechnung der Kürzungssumme, die sich aus der sachliche-rechnerischen Richtigstellung der Chroniker-Ziffern ergab, vorgenommen. Denn diese floss in die Kürzung des Honorars des Klägers bis auf den Fachgruppendurchschnitt ein.

Im Quartal IV/2014 hat der Kläger die GOP 03220H EBM (EBM-Wert: 13,17 Euro) 44 Mal und die GOP 03221H EBM (EBM-Wert: 4,05 Euro) 17 Mal abgerechnet. Damit ergab sich eine Kürzungssumme von insgesamt 648,33 Euro.

Im Quartal I/2015 hat der Kläger die GOP 03220H EBM (EBM-Wert: 13,35 Euro) 91 Mal und die GOP 03221H EBM (EBM-Wert: 4,11 Euro) 27 Mal abgerechnet. Damit ergab sich eine Kürzungssumme von insgesamt 1.325,82 Euro.

Im Quartal II/2015 hat der Kläger die GOP 03220H EBM (EBM-Wert: 13,35 Euro) 77 Mal und die GOP 03221H EBM (EBM-Wert: 4,11 Euro) 35 Mal abgerechnet. Zudem hat er die GOP 03220H EBM (EBM-Wert: 13,35 Euro) in einem Fall zu Unrecht abgerechnet. Damit ergab sich eine Kürzungssumme von insgesamt 1.185,15 Euro. Im Quartal III/2015 hat der Kläger die GOP 03220H EBM (EBM-Wert: 13,35 Euro) 64 Mal und die GOP 03221H EBM (EBM-Wert: 4,11 Euro) 34 Mal abgerechnet. Damit ergab sich eine Kürzungssumme von insgesamt 994,14 Euro.

4.) Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i.V.m. § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Dabei hat die Kammer berücksichtigt, dass der Kläger bei der verbleibenden Kürzungssumme i.H.v. 4.153,44 Euro nur in einem geringen Umfang (1,2 % von 336.268,55 Euro) unterlegen ist und davon abgesehen, dem Kläger insoweit die Kosten des Verfahrens aufzuerlegen (vgl. § 155 Abs. 1 S. 3 VwGO). Die Hinzuziehung eines Rechtsanwaltes durch den Kläger im Vorverfahren war notwendig (§ 162 Abs. 2 S. 2 VwGO). Ein Vertragsarzt darf immer dann anwaltliche Hilfe als notwendig erachten, wenn seine eigenen Hinweise auf offensichtliche Fehler der KV, Klarstellungen zum Abrechnungsverhalten oder rein medizinische Erläuterungen zum Behandlungsumfang aus seiner Sicht nicht ausreichen, um das Widerspruchsverfahren mit Aussicht auf Erfolg durchzuführen, und dem Verfahren zumindest eine nicht unerhebliche wirtschaftliche Bedeutung zukommt. Hinsichtlich der Verfahren der sachlich-rechnerischen Richtigstellung hat das BSG deutlich gemacht, dass die Auslegung der Leistungslegenden der Gebührenordnungen, Regelungen über wechselseitige Ausschlüsse bei verschiedenen Leistungspositionen und die Voraussetzungen von zulässigen Parallelabrechnungen in der Regel auch rechtliche Fragen aufwerfen, zu deren Klärung anwaltliche Hilfe nicht zuletzt auch zur Wahrung der "Waffengleichheit" gegenüber der KV, für die im Widerspruchsverfahren zumindest häufig Juristen tätig werden, angezeigt ist (BSG, Urteil vom 09. Mai 2012 – B 6 KA 19/11 R –, SozR 4-1300 § 63 Nr 18, Rn. 14). Dies ist nach Auffassung der Kammer auch vorliegend ersichtlich der Fall gewesen. Dem Verfahren kommt auch eine nicht unerhebliche wirtschaftliche Bedeutung zu. Die Festsetzung des Streitwerts erfolgt nach den §§ 52 Abs. 1 und 3, 63 Abs. 2 Gerichtskostengesetz (GKG).
Rechtskraft
Aus
Login
BRB
Saved
2020-08-27