

L 11 KA 148/11

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

11
1. Instanz
SG Dortmund (NRW)

Aktenzeichen
S 16 KA 52/09

Datum
31.10.2011

2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen

L 11 KA 148/11
Datum

13.03.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

B 6 KA 37/13 B
Datum

11.12.2013
Kategorie

Urteil

Bemerkung

NZB durch Beschluss zurückgewiesen.

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 31.10.2011 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über eine Honorarrückforderung für die Quartale II/2005 bis IV/2005.

Der am 00.00.1940 geborene Kläger ist als Facharzt für Allgemeinmedizin in C zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

Die Plausibilitätskommission der Beklagten informierte den Kläger mit Anhörungsschreiben vom 03.06.2008 darüber, dass sich bei seinen Honorarabrechnungen für die Quartale II/2005 bis IV/2006 nach den einschlägigen Richtlinien relevante Auffälligkeiten ergeben hätten. Der Kläger habe jeweils Leistungen in Ansatz gebracht, für die er an mehr als zwei Tagen im Quartal mehr als zwölf Stunden (720 Minuten) benötige; für die Quartale II/2005 bis I/2006 fänden sich außerdem auch Überschreitungen der zulässigen Gesamtminutenzeit von 780 Stunden (46.800 Minuten). Auffällig sei dabei insbesondere der häufige Ansatz der Gebührenordnungsposition (GOP) 03120 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM):

Beratung, Erörterung und/oder Abklärung, Dauer mindestens 10 Minuten, je vollendete 10 Minuten 150 Punkte

Bei der Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nrn. 03110 bis 03112 und 03120 ist eine Dauer der Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 03120. Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Leistungen und der Leistung nach der Nr. 03120 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Leistungen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 03120.

Nach Anlage 3 zum EBM (Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes gemäß [§ 87 Abs. 2 S. 1 SGB V](#) in Verbindung mit [§ 106a Abs. 2 SGB V](#)) ist ergänzend bestimmt:

GOP Kurzlegende Kalkulationszeit In Minuten Prüfzeit In Minuten Eignung der Prüfzeit 03110 Ordinations- Komplex bis 5. Lj 10 8 Nur Quartalsprofil 03111 dito 6. bis 59 Lj. 10 7 dito 03112 dito ab 60. Lj 15 11 dito 03120 Beratung pp. 10 10 Tages- und Quartalsprofil

Beigefügt waren beispielhaft Quartalsprofile und Tagesprofilübersichten sowie die Darstellung einzelner Spitzentage mit ihren zeitrelevanten Gebührensätzen der Quartale II/2005 und IV/2006.

In seiner Stellungnahme vom 15.06.2008 erwiderte der Kläger: Wegen des außergewöhnlich hohen Arbeitsanfalls in seiner überdurchschnittlich großen Landarztpraxis müssten Umsetzung und computertechnische Erfassung der geleisteten ärztlichen Arbeit ausschließlich durch seine Helferinnen erfolgen und könnten von ihm auch nicht kontrolliert werden, zumal ihm die Bedienung des Computers aufgrund seines fortgeschrittenen Lebensalters ein Buch mit sieben Siegeln geblieben sei. Leider habe die Beklagte ihn erst sehr verspätet darauf hingewiesen, dass er die Vorgaben hinsichtlich der Gesamtminutenzahl pro Quartal und Gesamtzahl der Tage mit mehr als zwölf Arbeitsstunden überschreite. Im Übrigen merkte er zu den Zeitvorgaben des EBM an, dass er für die Leistungen nach den GOP 03110 bis 03112 EBM drei Minuten und nur bei über 70-jährigen Patienten auch mal fünf Minuten benötige. Die GOP 03120 EBM habe er in 30

Sekunden erledigt. Auch um die Problematik einer chronischen Krankheit zu vermitteln, brauche er keine zehn Minuten. Wirklich Zeit lasse er sich allerdings bei den zwei bis drei Terminen täglich, in denen er Jugendlichen die Spätfolgen des Rauchens zu erklären versuche. Hätte man in seiner Praxis die Möglichkeit gehabt, durch Aufrufen der Tages- oder Quartalsprofile die Leistungslegenden zu beachten, hätte es mit Sicherheit keine Überschreitungen gegeben.

Nachdem die Plausibilitätskommission die Ergebnisse ihrer Ermittlungen an den Vorstand der Beklagten weitergeleitet hatte, beschloss dieser, das überzahlte Honorar zurückzufordern.

Daraufhin hob die Beklagte mit Bescheid vom 25.11.2008 die dem Kläger für die Quartale II/2005 bis IV/2006 erteilten Honorar-/Abrechnungsbescheide aufgrund sachlich-rechnerischer Richtigstellung teilweise auf und forderte Honorar in Höhe von insgesamt 26.520,55 EUR zurück. Aufgrund der Prüfung mittels Quartals- und Tagesprofilen stehe fest, dass der Kläger in nicht unerheblichem Umfang Leistungen abgerechnet habe, die von ihm nicht oder zumindest nicht vollständig erbracht worden seien. Nach dem Zeitkatalog des EBM ließen sich für jedes Quartal mindestens drei, z.T. aber auch deutlich mehr Behandlungstage (BHT) mit mehr als zwölf Arbeitsstunden errechnen; in den ersten vier Quartalen habe der Kläger ausweislich seiner Abrechnungen außerdem den plausiblen Quartalszeitbedarf von 46.800 Minuten je Arzt überschritten:

Quartal Gesamtminuten Im Quartal Anzahl der BHT mit einer Leistungserbringung von mehr als 12 Std. täglich

IV/2006 36.203 3 III/2006 34.131 5 II/2006 46.519 25 I/2006 60.232 32 IV/2005 53.328 23 III/2005 47.995 25 II/2005 48.010 15

Bei diesen Zeiten, die ein Tätigwerden des Arztes selbst voraussetzten, seien u.a. privatärztliche Leistungen, Gutachten, Verwaltungsaufgaben, Mitarbeitergespräche, Pausen etc. nicht berücksichtigt. Die Überschreitungsquoten des Klägers lägen zwischen 0,3 % (in IV/2006) bis 22,3 % (I/2006). Auf dieser Grundlage errechneten sich nach den in Anlage 2 im Einzelnen dargestellten Rechnungsschritten die für die sieben Quartale festgesetzten Rückforderungsbeträge. Da der Schaden als Anteil des tatsächlich ausgekehrten Honorars ermittelt werde, seien Überschreitungen des Punktzahlgrenzvolumens berücksichtigt worden.

Im Widerspruchsverfahren wies der Kläger darauf hin, dass die Beklagte ihn erstmals mit Schreiben vom 03.06.2008 über Implausibilitäten der Abrechnungen informiert habe. Damit habe sie ihre Pflicht, den Vertragsarzt durch zeitnahe Beratung und Information vor finanziellem Schaden zu bewahren, grob verletzt. Soweit der Kläger zunächst noch geltend gemacht hatte, dass die statistischen Erhebungen der Beklagten nicht mit den Daten seiner eigenen Software übereinstimmten und daher noch zu prüfen sei, wo eigentlich der Fehler liege, räumte er im weiteren Verlauf des Widerspruchsverfahrens mit Schreiben vom 09.03.2009 ein, dass die Tagesprofilauswertungen der Beklagten zuträfen; dies habe die Herstellerin seiner Software schließlich eingestanden. Mit Widerspruchsbescheid vom 27.07.2009 wies die Beklagte den Widerspruch gemäß Vorstandsbeschluss vom 15.07.2009 zurück. Zur Begründung wurden die Ausführungen des angefochtenen Beschlusses aufgegriffen und ergänzend ausgeführt, dass eine zeitnähere Überprüfung wegen der Komplexität des Verfahrens und der Vielzahl der angefallenen Plausibilitätsüberprüfungen nicht möglich gewesen sei. Nachträgliche Honorarberichtigungen seien innerhalb eines Zeitraumes von vier Jahren zulässig. Unzulänglichkeiten seiner Praxissoftware habe allein der Kläger selbst zu vertreten. Auch ein hoher Arbeitsaufwand könne ihn nicht entlasten. Soweit er Leistungen an seine Helferinnen delegiert habe, sei ihm deren Fehlverhalten zuzurechnen. Das in der Leistungslegende der GOP 03120 EBM geforderte Zeitmaß von zehn Minuten bzw. das in der Anmerkung zu dieser Leistung geforderte Zeitmaß von zwanzig Minuten bei einer Nebeneinanderabrechnung von Gesprächsleistung und Ordinationskomplex sei zwingende Abrechnungsvoraussetzung, so dass der Vortrag des Klägers, er könne diese Leistungen in kürzerer Zeit erbringen, unbeachtlich sei.

Unter Bezug auf sein Vorbringen aus dem Verwaltungsverfahren hat der Kläger im folgenden Klageverfahren geltend gemacht: Er verfüge über einen großen Patientenstamm, wobei diese Patienten auch mehrfach in der Praxis erschienen, wobei dann "sicherlich bei den einzelnen Beratungen nicht stets das neu zu wiederholen (sei), was den Patienten bereits in einem Vorgespräch gesagt (worden sei) und deshalb schon zu einem Grundwissen (gehöre) und in der neuerlichen Beratung nur partiell aufzufrischen und ansonsten unter Berücksichtigung der aktuellen Problematik zu erweitern (sei). Diesem dynamischen Prozess in der Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient während eines Behandlungszeitraums (würden) u.a. die starren zeitlichen Vorgaben des EBM nicht immer gerecht." Unabhängig davon bestehe ein systemrelevanter Fehler bei der Rechner gestützten Umsetzung der Beratungs-Ziffer-Legende des EBM 2000plus mit dem Ordinationskomplex. In den streitbefangenen Quartalen habe es nicht einen Arbeitstag gegeben, den seine Software ihm über die 12-Stunden-Grenze ausgewiesen habe. Die von der Beklagten zugrunde gelegte Verknüpfung der GOP 03110 bis 03112 EBM (Ordinationskomplex) und GOP 031220 EBM (Beratung), die eine Zeit von mindesten 20 Minuten voraussetze, habe nicht stattgefunden, so dass der Berechnung der Beklagten "ein Umsetzungsfehler, eine Umsetzungsunterlassung der EBM Information und somit ein Systemfehler" vorläge. Da seine Praxis-Software die in der Anmerkung zu GOP 03120 EBM enthaltene Verknüpfung mit dem Ordinationskomplex nicht berücksichtige und daher keine Überschreitungen der 12-Stunden-Grenze ausweise, könne man weder ihm noch seinen Helferinnen eine vorsätzliche Falschabrechnung vorwerfen. Lege man zutreffender Weise die für die GOP 03120 EBM im Anhang 3 allein ausgewiesene Prüfzeit von 10 Minuten zugrunde, so ergebe sich für keinen Tag eine Überschreitung der Tagesgrenzwerte. Es sei keine Seltenheit, dass er bei ca. 80 bis 100 und darüber hinaus täglichen Patientenkontakten, 30 bis 40 Beratungen absolviere. Diese Beratungen seien durch den Praxisalltag erheblich kürzer, als der EBM ihm zeitlich aufbürde. Bei den Quartalsprofilen lägen nur in den Quartalen III/2006 und IV/2006 Überschreitungen vor, die allerdings wesentlich geringer seien, als von der Beklagten behauptet. Er räume ein, die Anmerkungen zur GOP 03120 EBM nicht immer beachtet zu haben, deren Bedeutung ihm - wie Hunderten anderer Ärzte auch - nicht bewusst gewesen sei. Er bedauere seine Bemerkung, dass er für die Beratung nach GOP 03120 EBM lediglich 30 Sekunden brauche. Sie beruhe auf seiner außerordentlichen Erregung darüber, dass die Beklagte ihm Abrechnungsbetrug vorgeworfen habe. Tatsächlich habe er an keinem Tag Beratungen abgerechnet, die nicht im Mittelwert mindestens zehn Minuten gedauert hätten. Die Beklagte habe an keiner Stelle die Nichtbeachtung der Anmerkung zu GOP 03120 EBM beanstandet, sondern zu Unrecht ihm tendenziell betrügerisches Abrechnungsverhalten vorgehalten. Indem die Beklagte ihm in jedem Quartal versichert habe, seine Abrechnung geprüft und richtiggestellt zu haben, habe sie durch diese Falschinformation entscheidend dazu beigetragen, dass er nicht auf die Bedeutung der Anmerkung aufmerksam geworden sei, sondern schutzwürdig darauf vertraut habe, dass die von der Beklagten bereits im März 2005 im Mitteilungsblatt "Pluspunkt" angekündigten regelmäßigen Plausibilitätsüberprüfungen bereits durchgeführt worden seien. Auch nach dem Ergebnis seiner Nachfragen bei Herstellerfirmen von Abrechnungssoftware wäre der Beklagten eine Plausibilitätsprüfung wesentlich früher möglich gewesen, was anderen Kassenärztlichen Vereinigungen ja auch gelungen sei. Hinsichtlich des Rückforderungsbetrags sei er so zu stellen, wie wenn die

Richtigstellung bereits vor der Honorarberechnung vorgenommen worden wäre.

Der Kläger hat beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 25.11.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.07.2009 aufzuheben,

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat sich auf den angefochtenen Bescheid bezogen. Das Sozialgericht (SG) Dortmund hat die Klage mit Urteil vom 31.10.2011 abgewiesen: Zu Recht gehe die Beklagte von Abrechnungsauffälligkeiten aus, die jedenfalls in dem von ihr angenommenen Ausmaß auch tatsächlich vorlägen. Denn in den Tagesprofilen bzw. Tagesprofil-Übersichten des Klägers fänden sich für jedes der sieben Prüfquartale mindestens drei Tage, bei denen die arbeitstäglige Zeit mehr als zwölf Stunden betragen habe: Im Quartal II/2005 seien es 15 Tage, im Quartal III/2005 25 Tage, im Quartal IV/2005 23 Tage, im Quartal I/2006 32 Tage, im Quartal II/2006 25 Tage, im Quartal III/2006 fünf Tage und im Quartal IV/2006 drei Tage gewesen. Außerdem ergäben sich aus den Quartalsprofilen für die Quartale II/2005 bis I/2006 jeweils Arbeitszeiten von mehr als 780 Stunden, nämlich 800:10 Stunden, (48.010 Minuten), 799:55 Stunden (47.995 Minuten), 888:48 Stunden (53.328 Minuten) bzw. 1003:52 Stunden (60.232 Minuten). Der Einwand des Klägers, dass diese Berechnungen nicht mit den Vorgaben des EBM vereinbar seien, gehe fehl. Soweit die Beklagte in den Tages- und Quartalsprofilen die GOP "03110/03120", "03111/03120" und "03112/03120" ausweise, bedeute dies nicht - wie der Kläger geltend mache - die Verwendung einer im EBM so nicht enthaltenen Gebührennummer, sondern diene ersichtlich nur der Kenntlichmachung der Fallkonstellation der Nebeneinanderabrechnung der GOP 03120 EBM und der GOP 03110, 03111 bzw. 03112 EBM. Insoweit sei auch nicht zu beanstanden, dass die Beklagte für solche Konstellationen sowohl im Quartals- als auch im Tagesprofil jeweils eine Leistungszeit von 20 Minuten in Ansatz gebracht habe. Die dem Bereich "Hausärztliche Grundleistungen" zugeordnete GOP 03120 EBM betreffe die Leistung "Beratung, Erörterung und/oder Abklärung", die nach ihrem im EBM definierten Leistungsinhalt eine Dauer von mindestens 10 Minuten voraussetze und je vollendete 10 Minuten mit 150 Punkten bewertet werde. In der anschließenden Anmerkung heiße es: "Bei der Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nrn. 03110 bis 03112 und 03120 ist eine Dauer der Arzt-Patienten-Kontakten von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 03120." Die Verbindlichkeit dieser Anmerkung lasse sich nicht ernsthaft in Frage stellen; denn sie sei Bestandteil des vom Bewertungsausschuss verabschiedeten EBM. Der Sinn dieser Anmerkung erkläre sich daraus, dass die GOP 03110 bis 03112 EBM, die alle drei den hausärztlichen Ordinationskomplex betreffen würden und sich nur nach der Zuordnung der Altersgruppe des Patienten unterschieden, eine "Betreuung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer" als fakultativen Leistungsinhalt umfassten. Diese Bestimmung des Leistungsinhalts liefe leer, wenn neben dem Ordinationskomplex die Beratungsgebühr nach GOP 03120 EBM abgerechnet werden könne, der Arzt-Patienten-Kontakt aber weniger als 20 Minuten gedauert hätte. Um dies zu verhindern sei es zulässig und geboten, in derartigen Fallkonstellationen auch im Tagesprofil eine Prüfzeit von 20 Minuten anzusetzen, obwohl der Anhang 3 zum EBM die Prüfzeit für die GOP 03120 EBM im Tages- und Quartalsprofil mit lediglich 10 Minuten angebe und für die GOP 03110 bis 03112 EBM des Ordinationskomplexes eine Prüfzeit nur für das Quartalsprofil ausweise. Seien somit die Tages- und Quartalsprofile für die Prüfquartale in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht nicht zu beanstanden, so sei es unerheblich, welche Zeiten sich unter Zugrundelegung der vom Kläger vertretenen gegenteiligen Rechtsauffassung ergeben würden. Auch im Übrigen sei nicht ersichtlich, dass der Kläger sich erfolgreich auf eine Fehlerhaftigkeit der in dem angefochtenen Bescheid zugrunde gelegten Tages- und Quartalsprofile berufen könne. Eine Abweichung von den Vorgaben des EBM bestehe allerdings insoweit, als die Beklagte die Prüfzeiten für die GOP des Ordinationskomplexes jeweils nur mit der Hälfte der dafür im Anhang 3 des EBM vorgesehenen Minutenzahl in Ansatz gebracht habe. Dies beruhe zwar auf einer im Februar 2007 im "Pluspunkt" mitgeteilten Entscheidung des Vorstandes der Beklagten, der damit dem Umstand Rechnung habe tragen wollen, dass im Anhang 3 zum EBM die Prüfzeiten der Ordinations-/Konsiliarkomplexe bei gleich gebliebener Leistungslegende und damit gleichem Zeitbedarf gegenüber den zuvor maßgeblichen Prüfzeiten zum Teil mehr als verdoppelt worden seien. Ob diese Vorgehensweise der Beklagten zulässig sei, könne dahin gestellt bleiben, denn der Kläger werde dadurch nicht beeinträchtigt, sondern begünstigt. Angesichts dieser Verfahrensweise erübrige es sich, Zweifeln an der Angemessenheit der im Anhang 3 des EBM für die Ordinations-/Konsiliarkomplexe ausgewiesenen Prüfzeiten im Rahmen des vorliegenden Verfahrens nachzugehen. Auch im Übrigen würden die in den Tages- oder Quartalsprofilen des Klägers in Ansatz gebrachten Prüfzeiten nicht zu seinen Lasten von den im Anhang 3 ausgewiesenen Prüfzeiten abweichen. Die in den Richtlinien festgelegten Aufgreifkriterien der mindestens dreimaligen Überschreitung einer zwölfstündigen Arbeitszeit im Tagesprofil und einer Arbeitszeit von mehr als 780 Stunden im Quartalsprofil begegneten ebenfalls keinen Bedenken, insbesondere wenn man sich dabei vor Augen halte, dass dabei unvermeidbare Handlungen wie z.B. die tägliche Organisation des Praxisablaufs, das Anleiten und Überwachen des Praxispersonals bei delegationsfähigen Leistungen, persönliche Bedürfnisse wie Nahrungsaufnahme oder Toilettengänge sowie Behandlungszeiten für Privatpatienten nicht mit eingeflossen seien. Die dargestellten Abrechnungsauffälligkeiten, die sich aus den Tages- und Quartalsprofilen ergäben, begründeten deshalb die Vermutung einer rechtlich fehlerhaften Abrechnung. Diese Vermutung sei im weiteren Verfahrensverlauf durch die Stellungnahmen des Klägers bestätigt worden. Seine Einlassung, dass er für die Leistungen nach den GOP 03110 bis 03112 EBM drei Minuten und nur bei über 70-jährigen Patienten auch mal fünf Minuten benötige, bedeute, dass er die Beratungsgebühr 03120 EBM regelmäßig nicht erst nach Ausschöpfung des dem Ordinationskomplex zugeordneten fakultativen Leistungsinhalts einer "Betreuung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer" abgerechnet habe. Soweit er seine ursprüngliche Einlassung, die Leistung nach der GOP 03120 EBM in 30 Sekunden zu erledigen, im gerichtlichen Verfahren dahingehend korrigiert hat, dass er an keinem Tag Beratungen abgerechnet habe, die nicht im Mittelwert mindestens zehn Minuten gedauert hätten, heiße auch dies nichts anderes, als dass es nach seiner eigenen Einschätzung durchaus Fälle gegeben habe, in denen die Beratung sogar weniger als zehn Minuten in Anspruch genommen habe. Auch mit seinem Vortrag, er hätte bei zeitnaher Überprüfung durch die Beklagte sein Abrechnungsverhalten früher umstellen können, räume der Kläger indirekt entsprechende Abrechnungsfehler ein. Soweit er sich gegen den Vorwurf unvollständiger Leistungserbringung verwehre und dazu ausführe, er habe die Leistung nach GOP 03120 als solche vollständig erbracht, sie aufgrund der zusätzlichen Anforderungen in der Anmerkung zu dieser GOP nur nicht habe abrechnen dürfen, handele es sich letztlich nur um einen unerheblichen "Streit um Worte". Denn auch die Abrechnung einer zwar vollständig erbrachten, aber nicht abrechenbaren GOP stelle eine sachlich-rechnerisch falsche Abrechnung dar, die als solche der Richtigstellung durch die Beklagte unterliege. Der Kläger habe auch schuldhaft gehandelt. Zur Begründung hat das SG auf sein Urteil im Disziplinarverfahren verwiesen, wo es ausgeführt hat: Aufgrund der Angaben des Klägers im Verwaltungsverfahren und in der mündlichen Verhandlung sei davon auszugehen, dass er die computergestützte Abrechnung seiner Leistungen gänzlich seinen Helferinnen überlassen habe, ohne deren Eintragungen zu kontrollieren. Sein eigener Beitrag habe sich darauf beschränkt, "was er bei den Patienten gemacht" hat, auf dem Karteiblatt des jeweiligen Patienten

festzuhalten, ohne aber dazu Zeitangaben über die Dauer der Leistung oder eine GNR einzutragen. Bei diesem in der Praxis des Klägers praktizierten Abrechnungsverfahren sei ausgeschlossen, dass er verantwortlich die Richtigkeit der Abrechnung bestätigen könne. Gerade dies sei aber der Sinn der Unterschrift des Arztes unter der Abrechnungssammelerklärung, mit der dieser die ordnungsgemäße Erbringung und Abrechnung der Leistungen versichere. Wer als Vertragsarzt die Abrechnungssammelerklärung unterschreibe, weil er sich in vollem Umfang auf die Richtigkeit der Eintragungen seiner Arzthelferinnen verlasse und keinerlei Kontrollen durchführe, handele zumindest grob fahrlässig. Eine weitere Komponente der Pflichtwidrigkeit seines Abrechnungsverhaltens liege darin, dass der Kläger zu einer solchen Kontrolle gar nicht im Stande gewesen wäre, weil er sich mit dem genauen Inhalt der für seine Abrechnung einschlägigen Bestimmungen des EBM offenbar nicht rechtzeitig vertraut gemacht habe. Nur so erklärten sich seine Einlassungen, die Beratungsleistungen nach GOP 03120 EBM auch in weniger als zehn Minuten erbringen zu können und (so seine Stellungnahme im gerichtlichen Erörterungstermin) bei erstmaliger Vorstellung des Patienten nach zehnminütigem Kontakt neben dem Ordinationskomplex auch eine Beratungsgebühr nach GOP 03120 EBM abrechnen zu dürfen. Tatsächlich sei aber nicht nur von grober Fahrlässigkeit, sondern sogar von einem Eventualvorsatz des Klägers auszugehen. Auf die Frage des Gerichts, ob er nicht mit Abrechnungsfehlern der von ihm nicht kontrollierten Helferinnen hätte rechnen müssen, habe der Kläger geantwortet, seine Helferinnen hätten ihm schon vor Jahrzehnten erklärt, dass bei den Abrechnungen "sicherlich vielleicht nicht alles richtig" sei, dass sie aber eher "zu wenig als zuviel Nummern aufgeschrieben" hätten. Wenn der Kläger dann trotzdem keine Kontrollen durchgeführt habe, lasse dies nur den Schluss zu, dass er Abrechnungsfehler in Kauf genommen habe. Ob er dabei mit der Vorstellung einer "im Saldo" für die Beklagte finanziell nicht nachteiligen Abrechnung gehandelt habe, sei unerheblich. Der Kläger könne sich auch nicht mit dem Hinweis auf eine Unzulänglichkeit seiner Abrechnungssoftware entlasten. Diese Unzulänglichkeit habe nämlich lediglich darin bestanden, dass es keine Computerfunktion gegeben habe, die der Anmerkung zu GOP 03120 EBM Rechnung getragen hätte. Bei Ansatz dieser Beratungsgebühr seien also auch im Fall einer Nebeneinanderberechnung mit dem Ordinationskomplex im Zeitprofil nicht 20, sondern nur zehn Minuten ausgewiesen gewesen, so dass dem Vertragsarzt die Implausibilität seiner Abrechnung anhand der Zeitprofile seiner eigenen Software nicht habe auffallen können. Das Fehlen einer Warnfunktion in der Abrechnungssoftware ändere aber nichts daran, dass der Kläger schuldhaft seine Pflicht zu peinlich genauer Abrechnung verletzt habe. Er hätte - so das SG - nämlich die Abrechnungsdaten von vornherein ordnungsgemäß erfassen bzw. seine Helferinnen diesbezüglich kontrollieren müssen statt sich darauf zu verlassen, bei Auffälligkeiten im Zeitprofil, die ja auch nur Fehler im Überschreibungsbereich kenntlich machten, die Abrechnungsdaten noch im Nachhinein ändern zu können. Die Beklagte sei berechtigt gewesen, im Rahmen ihres Schätzungsermessens den Leistungsanteil abzuschöpfen, der auf Leistungen jenseits der zeitlichen Grenze von 12 Stunden pro Tag bzw. 780 Stunden pro Quartal entfalle. Dies habe die Beklagte in der Weise umgesetzt, dass sie für die Quartale II/2005 bis I/2006 die im jeweiligen Quartalsprofil ausgewiesenen Gesamtminuten zu dem in den Richtlinien vorgegebenen Grenzwert von 780 Stunden ins Verhältnis gesetzt und entsprechend der sich danach ergebenden Überschreibungsquote die Honorarbeiträge (mit Ausnahme der Honoraranteile für Kosten/Wegegebühren und Laborkosten) gekürzt habe. Bei den Quartalen II bis IV/2006, in denen es lediglich Auffälligkeiten im Tagesprofil gegeben habe, sei die Überschreibungsquote als der Prozentsatz errechnet worden, der von der Gesamtzeit aus dem Quartalsprofil auf die Summe der Minuten entfalle, um welche in den Tagesprofilen die 12-Stunden-Grenze überschritten worden sei. Diese Berechnung des Rückforderungsbetrags sei nicht zu beanstanden und entspreche insbesondere auch der gesetzlichen Vorgabe. Gegenüber der Rückforderung könne sich der Kläger auch nicht mit Erfolg auf Vertrauensschutz berufen. Die Korrektur des Honorarbescheides sei innerhalb von vier Jahren nach dessen Erlass grundsätzlich zulässig. Etwas anderes gelte nur, wenn die Kassenärztliche Vereinigung ihre Befugnis zur Richtigstellung "bereits verbraucht" habe. Dies sei insbesondere dann der Fall, wenn sie schon vor Ablauf dieser Frist eine sachlich-rechnerische Überprüfung vorgenommen und zugunsten des Vertragsarztes entschieden habe. Allein ein - den Abrechnungsbescheiden des Vertragsarztes beigelegtes - Rundschreiben der Beklagten, in dem es heiße: "Die von Ihnen eingereichten Behandlungsfälle wurden sachlich und rechnerisch richtiggestellt, soweit Fehler erkennbar waren (z.B. unrichtige Anwendung des EBM)" reiche insoweit jedenfalls nicht aus, zumal der Vorbehalt "soweit Fehler erkennbar waren" die Korrektur weiterer Fehler ausdrücklich nicht ausschließe und offen lasse, in welchem Umfang der Beklagten Fehler erkennbar waren. Entgegen der Ansicht des Klägers lasse sich dieser Passus nach seinem objektiven Inhalt nicht als Mitteilung verstehen, dass bereits eine Plausibilitätsprüfung durchgeführt worden sei und sich dabei kein Berichtigungsbedarf ergeben habe. Erfolglos bleibe auch die Rüge des Klägers, die Beklagte habe ihn weder zeitnah informiert noch geprüft und dadurch ihre Pflicht verletzt, den Vertragsarzt vor finanziellem Schaden zu bewahren. Diese Argumentation trage schon deshalb nicht, weil in ihrer Konsequenz die vorstehend begründete Befugnis der Beklagten "ausgehebelt" würde, Honorarbescheide bis zu vier Jahren nach deren Erlass noch zu korrigieren. Es obliege dem Arzt, sich über die Abrechenbarkeit seiner Leistungen anhand des EBM kundig zu machen. Dies wäre dem Kläger - wie jedem anderen hausärztlich tätigen Vertragsarzt - insbesondere auch hinsichtlich der Abrechnungsvoraussetzungen der GOP 03120 EBM angesichts deren unmissverständlicher Leistungslegende und der zugehörigen Anmerkung zweifelsfrei möglich gewesen. Die Bedeutung dieser eigenen Verpflichtung verkenne der Kläger völlig.

Der Kläger hat gegen das Urteil, das ihm am 01.12.2011 zugestellt wurde, am 20.12.2011 Berufung eingelegt, mit der er an seiner Auffassung festgehalten hat. Zur Begründung hat er seinen bisherigen Vortrag im Wesentlichen wiederholt und vertieft: Das SG habe die Prüfsystematik der Plausibilitätsprüfung, der ausschließlich auf den Anhang 3 des EBM abstelle, verkannt. Obwohl in diesem Anhang keine Prüfzeit der Kombination von Ordinationskomplex und Beratungsleistung vorgesehen sei, werde von der Beklagten zu Unrecht eine Prüfzeit von je 20 Minuten in der Tagesprofilzeit angesetzt und nicht - wie es seiner Auffassung nach zutreffend sei - 10 Minuten für die Beratungskomplexe und 0 Minuten für den Ordinationskomplex. Die Beklagte überschreite ihren Interpretationsspielraum, indem sie die ergänzenden Anmerkungen zur Leistungslegende in die Berechnung der Zeitprofile nach Anhang 3 des EBM einfließen lasse. Die Anmerkungen zur GOP 03120 EBM gehörten nicht zur Leistungslegende, die den obligatorischen Inhalt der Gebührensätze beschreibe und festlege. Die Beklagte habe für die Quartale III und IV/2006 fehlerhaft Implausibilität angenommen, da im Quartal IV/2006 an keinem Tag die "EBM-harten Zeiten" überschritten worden seien und im Quartal III/2006 nur an einem Tag. Im Übrigen habe er - der Kläger - die von ihm abgerechneten Leistungen auch vollständig erbracht. Im Quartalsdurchschnitt sei die Beratungsziffer durchschnittlich bei einem von drei Patienten in Ansatz gebracht worden. In allen Fällen, in denen die Beratungsziffer ohne Ordinationsziffer abgerechnet worden sei, habe er den vollständigen Leistungsinhalt erbracht und mehr als 10 Minuten das Gespräch geführt. Er habe unabhängig davon jedenfalls nicht schuldhaft gehandelt, da er nicht gewusst habe, dass es einer 20-minütigen Beratung des Patienten unter den neuen Regelungen des EBM 2000plus bei Nebeneinanderabrechnung von Ordinations- und Gesprächsziffer bedurfe. Auch wenn ein gewissenhafter Arzt sich mit den Abrechnungen vertraut machen müsse, sei es nicht ausgeschlossen, dass mitunter einzelne Voraussetzungen und Änderungen im Abrechnungssystem nicht wahrgenommen würden. Eine zeitnahe Information über die behaupteten Zeitauffälligkeiten hätten ihm ermöglicht, sein Abrechnungsverhalten zu verändern. Ungeachtet dessen begründe jedenfalls der Hinweis auf den Honorarbescheiden ("Die von Ihnen eingereichten Behandlungsfälle wurden sachlich und rechnerisch richtig gestellt, soweit Fehler erkennbar waren (zum Beispiel unrichtige Anwendung des EBM)") Vertrauensschutz. Er sei "Opfer einer für ihn nicht erkennbaren Täuschung". Jedenfalls aber habe die Beklagte die Grenzen ihres Schätzungsermessens bei der Schadensberechnung überschritten. Sie - die Beklagte - treffe ein Mitverschulden

aufgrund falscher Informationen, die ihm fälschlich den Eindruck vermittelt hätten, er könne sich auf die Plausibilitätsprüfung seiner - zur Kassenabrechnung zugelassenen - Praxissoftware/Praxis-EDV verlassen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 31.10.2011 abzuändern und den Bescheid der Beklagten vom 25.11.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.07.2009 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat mit Beschluss vom 26.09.2012 das Verfahren, soweit die Honorarbescheide für die Quartale I/2006 bis IV/2006 betroffen sind, abgetrennt und unter dem Aktenzeichen [L 11 KA 87/12](#) fortgeführt. Das Verfahren betreffend Quartale II/2005 bis IV/2005 wird unter dem Aktenzeichen [L 11 KA 148/11](#) betrieben.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird die Streitakte sowie die beigezogenen Gerichtsakte des SG Dortmund - [S 16 KA 73/09 \(L 11 KA 144/11\)](#) und die Verwaltungsvorgänge der Beklagten in beiden Verfahren Bezug genommen. Ihre Inhalte waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige, insbesondere gemäß [§§ 143, 144, 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) frist- und formgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen, denn der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 25.11.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.07.2009 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten ([§ 54 Abs. 2 SGG](#)). Die Beklagte hat mit dem angefochtenen Bescheid zu Recht die Abrechnungsbescheide für die Quartale II/2005 bis IV/2005 nach ordnungsgemäßer Durchführung einer Plausibilitätsprüfung sachlich-rechnerisch richtig gestellt und das insofern überzahlte Honorar zurückgefordert. Das SG hat zutreffend die einschlägigen Vorschriften wieder gegeben und das Vorliegen der für das Vorgehen der Beklagten erforderlichen Voraussetzungen bejaht. Der Senat nimmt zur Vermeidung von Wiederholungen vollumfänglich Bezug auf die zutreffenden Entscheidungsgründe des erstinstanzlichen Urteils ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Es bestand keine Veranlassung auf die schriftsätzlichen Anregungen des Klägers, die keinen Eingang in seinen Berufungsantrag gefunden haben, von Amts wegen zu ermitteln und dem Kläger folgend Beweis

1. durch Erstellung und Vorlage von Zeitstatistiken seitens des Vorstandes der Beklagten - darüber zu erheben, dass er - der Kläger - in den streitbefangenen Quartalen täglich Leistungen abgerechnet hat, zu deren Erbringung die vorgegebenen Tagesprofil-Prüfzeiten nach Anhang 3 EBM 2005 an allen Tagen ausgereicht haben,
2. darüber zu erheben, dass er - der Kläger - in den streitbefangenen Quartalen im jeweiligen Quartal Leistungen abgerechnet hat, zu deren Erbringung die vorgegebenen Quartals-Prüfzeiten nach Anhang 3 EBM 2005 an allen Tagen ausgereicht haben,
3. darüber zu erheben, dass er - der Kläger - im Quartal IV/2005 Leistungen abgerechnet hat, die die vorgegebene Maximalzeit von 46.800 Minuten nicht um 12,2 %, sondern lediglich um 5,2 % überschritten hat,
4. durch Vernehmung des vormaligen Vorstandsvorsitzenden der Beklagten Dr. V darüber zu erheben, dass der Beklagten bereits im Jahre 2005 Prüfprogramme zur Plausibilitätsprüfung von Tages- und Quartalsprofilen zur Verfügung gestanden haben,
5. durch Vernehmung des vormaligem Vorstandsvorsitzenden der Beklagten Dr. V darüber zu erheben, dass der Beklagten bereits im Jahre 2005 Prüfprogramme zur Überprüfung der Einhaltung der Anmerkung der Beratungsziffer unter Berücksichtigung der "Kontaktzeiten" von 20 Minuten zur Verfügung gestanden haben,
6. durch schriftliche, ggf. auch mündliche Aussage des Leiters des Geschäftsbereiches Abrechnung der Beklagten darüber zu erheben, dass bei quartalsgleicher Richtigstellung eine Honorarreduktion in Höhe von 848,71 EUR für alle streitbefangenen Quartale erfolgt wäre.

Die zu 1) und 2) formulierten "Anträge" gehen bereits deshalb ins Leere, weil der Senat - ebenso wie das SG - es aus den dargelegten Gründen für zulässig und geboten hält, im Einklang mit den zeitlichen Vorgaben des EBM, bei Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den GOP 03110 bis 03112 und 03120 EBM eine Prüfzeit von 20 Minuten anzusetzen. Zweifel an den von der Beklagten auf dieser Basis unter Zugrundelegung der dem Bescheid vom 25.11.2008 beigelegten Anlagen (Anlage 2 Tabelle 1 und 2) nachvollziehbar errechneten Überschreitungsquoten ergeben sich nicht. Eine erneute Berechnung unter Zugrundelegung der eigenen Rechnungsmodelle des Klägers, mit deren Hilfe zu dem Ergebnis des Klägers dem "Antrag" zu 3) entsprechend zu kommen wäre, bedurfte es daher ebenfalls nicht. Die Beklagte hat die Berechnungsparameter zutreffend herangezogen. Darauf, ob der Beklagten - worauf die "Anträge" zu 4) und 5) abzielen - bereits im Jahre 2005 Prüfprogramme zur Plausibilitätsprüfung im beschriebenen Umfang zur Verfügung gestanden habe, kommt es nicht an. Die Korrektur der streitbefangenen Honorarbescheide ist innerhalb der einschlägigen 4-Jahres-Frist erfolgt. Die Befugnis der Beklagten war - wie das SG mit zutreffender Begründung festgestellt hat - nicht verbraucht. Damit entfällt zugleich die Notwendigkeit festzustellen, was gewesen wäre, wenn eine frühere sachlich-rechnerische Richtigstellung erfolgt wäre. Der Kläger ist verantwortlich für die Falschabrechnung, die durch die Plausibilitätsprüfung zu Tage getreten ist, und hat die Konsequenzen zu tragen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).
Rechtskraft

Aus
Login
NRW
Saved
2014-02-04