L 4 KA 63/19

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 17 KA 47/16
Datum
30.10.2019
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 63/19
Datum
26.10.2022
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 38/22 B
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Eine Abrechnung der GOP 23220 EBM 2011 bei laufender Probatorik, Kurzzeittherapie oder Langzeittherapie nach der Psychotherapie-Richtlinie kann nicht per se eine Unwirtschaftlichkeit im Einzelfall begründen.

2. Hierfür gibt der Wortlaut der GOP 23220 EBM 2011 keinen Ansatz. Für die Auslegung einer GOP ist in erster Linie der Wortlaut der Regelung maßgebend.

Die Berufung des Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 30. Oktober 2019 wird zurückgewiesen.

Der Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens unter Einschluss der dem Kläger zur zweckentsprechenden Rechtsverfolgung entstandenen notwendigen außergerichtlichen Kosten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit eines Regresses i.H.v. 9.706,52 € aufgrund einer Einzelfallprüfung der Gebührenordnungsposition (GOP) 23220 (Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) 2011.

Der Kläger ist seit dem 11. Februar 1999 in einer Einzelpraxis als psychologischer Psychotherapeut in A-Stadt unter der BSNR XXX1 niedergelassen und nimmt seitdem an der vertragspsychotherapeutischen/-ärztlichen Versorgung teil.

Mit Schreiben vom 22. Januar 2014 informierte die Prüfungsstelle der Ärzte und Krankenkassen in Hessen (PS) den Kläger über die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung bezüglich der Quartale I/2011 bis IV/2011 bezogen auf die GOP 23220 EBM und erbat die Mitteilung eventuell bestehender Praxisbesonderheiten und kompensatorischer Einsparungen. Im Quartal I/2011 betrage die Überschreitung + 215,62 %, im Quartal II/2011 liege die Überschreitung bei + 170,93 %, im Quartal III/2011 ergebe sich eine Überschreitung von + 357,43 % und die Überschreitung habe im Quartal IV/2011 bei + 387,33 % - jeweils im Verhältnis zur maßgeblichen Fach-/Vergleichsgruppe der vollzugelassenen psychologischen Psychotherapeuten – gelegen. Zur Begründung der Überschreitungen wies der Kläger in seiner Stellungnahme vom 25. Januar 2014 darauf hin, dass er ausschließlich Kurzzeittherapien (KZTen) durchführe, da er davon ausgehe, dass je länger und besser die Ausbildung des Therapeuten sei, die Therapie umso kürzer dauere. Der von ihm abgerechnete 2 bis 3-fache Satz der GOP 23220 EBM sei nicht als unwirtschaftlich zu interpretieren. Da sich die GOP 23220 EBM additiv nutzen lasse, könne man z.B. aus 5 x 23220 EBM (10 Minuten) eine 50-minütige Sitzung kombinieren. Bei der von ihm abgerechneten GOP 23220 EBM handele es sich ausschließlich um die Kombination dieser GOP zu einer Abrechnungseinheit bzw. einer Sitzung. Dadurch sei der Ansatz im Kontext qualitativ hochwertiger KZTen eher als wirtschaftlich (im Sinne der Krankenkasse) und als effizient (im Sinne der Patienten) zu sehen. Insbesondere sei es ihm dadurch möglich, lange Wartezeiten für die Patienten zu vermeiden.

Die PS stellte eine Überschreitung bei den Ansätzen der GOP 23220 EBM im Vergleich zur Fachgruppe (FG) im Umfang eines so genannten „offensichtlichen Missverhältnisses“ fest. Im Hinblick auf die insgesamt vergleichsweise kleine (63 – 68 Fälle pro Quartal), wenn auch im Vergleich zur FG um rund 40 % erhöhte Fallzahl, beauftragte die PS eine Prüfreferentin, eine psychologische Psychotherapeutin, mit der

Überprüfung der Wirtschaftlichkeit des Ansatzes der GOP 23220 EBM (Übergang von der statistischen Vergleichsprüfung zur eingeschränkten Einzelfallprüfung). Die Prüfreferentin führte aus, dass sie tiefenpsychologisch fundiert arbeite und ihre Prüfungstätigkeit nur aus dieser Sicht habe vornehmen können. Es erscheine ihr grundsätzlich sinnvoller, für die Prüfung jemanden zu bestimmen, der in dem gleichen Verfahren wie der zu überprüfende Psychotherapeut (in diesem Falle Verhaltenstherapie) zugelassen sei. Sie kam auf der Grundlage der Prüfung für alle vier Quartale des Jahres 2011 – zusammengefasst – zu folgendem Ergebnis:

Es sei nicht nachvollziehbar, dass bei laufender KZT mehrfach die GOP 23220 EBM statt einer regulären (das heißt: im Antragsverfahren erfolgenden) Psychotherapie-Sitzung abgerechnet würde. Es sei auch zu beanstanden, wenn während der Phase der probatorischen Sitzungen 40-, 50- oder 70-minütige therapeutische Gespräche abgerechnet würden und keine weitere GOP 35150 EBM (= probatorische Sitzung). Probatorische Sitzungen sollten ausschließlich dem Zweck dienen, festzustellen, ob ein Antrag auf Psychotherapie gestellt werden müsse. Auch wenn eine Behandlung insgesamt nur wenige Therapieeinheiten umfasse, so handele es sich doch um eine KZT, welche bei der für den Patienten zuständigen Krankenkasse hätte beantragt werden müssen. Hingegen sei nicht zu beanstanden, wenn Erstgespräche als therapeutisches Gespräch bis zu 8 x abgerechnet worden seien, da noch nicht vorauszusehen gewesen sei, ob eine Therapie angestrebt werde, notwendig oder sinnvoll sei. Nicht beanstandet werde auch, wenn bei einer leichteren Diagnose nach der Probephase keine Psychotherapie beantragt, sondern lediglich noch einige psychotherapeutische Gespräche abgerechnet worden seien.

Die PS setzte mit Bescheid vom 29. September 2014 die folgenden Honorarkürzungen i.H.v. von insgesamt 9.706,52 € brutto fest:

Quartal	Anzahl beanstandeter GOP 23220	Wert GOP 23220	Brutto-Kürzung
I/2011	118	10,69 €	1.261,42 €
II/2011	150	10,69 €	1.603,50 €
III/2011	296	10,69 €	3.164,24 €
IV/2011	344	10,69 €	3.677,36 €

Mit Schreiben vom 16. Oktober 2014 erhob der Kläger hiergegen mit der Begründung Widerspruch, dass es sich um eine rein formalistische und statistische Prüfung handele. Er führe mit Erfolg und wirtschaftlich zu Gunsten der Krankenkassen ausschließlich KZTen durch, wodurch eine erhebliche Kostenminimierung gegenüber Langzeittherapien (LZTen) eintrete. Bei ihm bestünden dadurch keine Wartezeiten, die ansonsten in A-Stadt bei 6 bis 9 Monaten lägen. Durch die Gestaltung der Durchführungsmodalitäten – KZT – werde eine höhere Fallzahl erreicht als es der Fachgruppendurchschnitt erwarten lasse, was ein eindeutiger Hinweis auf die Wirtschaftlichkeit seiner Praxis sei. Tatsächlich seien ausweislich seines Praxisprogrammes zudem weniger nichtgenehmigungspflichtige Leistungen abgerechnet worden als dies der Prüfungsbericht angebe und die Kapazitätsgrenzen aller abgerechneten Leistungen lägen in allen Quartalen deutlich unter 100 %. Sein Konzept ziele auf eine möglichst rasche „Entpathologisierung“. Der Erfolg dieses Ansatzes zeige sich u.a. auch darin, dass die genehmigte Zahl der Sitzungen bei der KZT häufig nicht ausgeschöpft werden müsse, stationären Aufenthalten vorgebeugt werden könne und eine bedürfnisorientierte Vorgehensweise in der Psychotherapie (u.a. kurzfristige Terminvergabe zwischen den regulären Sitzungsterminen) möglich sei.

Der Beklagte wies mit Beschluss vom 7. Januar 2016 den Widerspruch des Klägers, über den er in seiner Sitzung am 4. November 2015 ohne persönliche Anhörung des Klägers beraten hatte, zurück. Zur Prüfung, ob die von dem Kläger in den streitgegenständlichen Quartalen I/2011 bis IV/2011 erbrachten Leistungen, jeweils bezogen auf die GOP 23220 EBM, dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprochen hätten, ermittele der Beklagte zunächst, welche Kosten pro Fall in den strittigen Quartalen durch die Behandlungsweise seitens des Arztes entstanden seien. Die ermittelten Werte würden anschließend dem durchschnittlichen Kostenwert der Vergleichsgruppe vollzugelassener psychologischer Psychotherapeuten gegenübergestellt.

Quartal	GO-NR.	Anz.-GO-Nr. pro 100-Fälle Arzt	Durch. je Fall-Praxis	Anz. GO-NR. pro 100-Fälle, VG	Durch. je Fall ausf. Praxen-VG	Abw. in %
I/2011	23220	562	60,03	178	19,02	+ 215,62
II/2011	23220	507	54,24	187	20,02	+ 170,93
III/2011	23220	863	92,31	189	20,18	+ 357,43
IV/2011	23220	965	103,12	198	21,16	+ 387,33

Die insoweit festgestellten Überschreitungswerte gegenüber der FG stellten nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ein so genanntes „offensichtliches Missverhältnis“ dar, was zur Folge habe, dass es dem Kläger obliege, Praxisbesonderheiten darzulegen und nachzuweisen, welche den hohen, statistisch deutlich überdurchschnittlichen Ansatz der GOP rechtfertigen könnten. Es sei zutreffend, dass die GOP 23220 EBM grundsätzlich auch bei laufenden, nach dem Antragsverfahren gemäß den Psychotherapie-Richtlinien (PT-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) durchgeführten und neben solchen Behandlungen in Ansatz gebracht werden könne. Dies ergebe sich auch aus der Leistungslegende zu GOP 23220 EBM, wonach nur die Abrechnung nebeneinander in einer Sitzung bei Abrechnungen nach dem Abschnitt 35.2 - Antragspflichtige Leistungen - ausgeschlossen sei. Allerdings schrieben die PT-RL ein striktes und differenziertes Zulassungsverfahren vor, wenn Psychotherapie im Rahmen des Versorgungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden solle. Insofern gebühre der Richtlinien-Psychotherapie und der Einhaltung der dazu erlassenen Regeln ein gewisser Vorzug. Deshalb erweise sich die Kürzung seitens der PS auch nicht als eine sachlich-rechnerische Richtigstellung. Es sei anhand der Beanstandungen der Fachreferentin hinlänglich genau abgewogen und abgeschätzt worden, wo sich der – weit überdurchschnittliche – Ansatz der GOP 23220 als unwirtschaftlich erwiesen habe und inwiefern deshalb eine Honorarkürzung vorzunehmen sei. Zu Recht sei darauf verwiesen worden, dass der Durchführung der Antragspsychotherapien (entsprechend Abschnitt 35.2 des EBM und nach Maßgabe des Abschnitts F der PT-RL) der Vorzug gebühren sollte. Dies nicht zuletzt auch deshalb, weil dadurch eine gewisse zusätzliche „externe“ Qualitätskontrolle möglich werde. Ob die Behandlungsweise des Klägers im Ergebnis weniger Kosten verursache, habe er im Detail weder dargelegt noch bewiesen. Erforderlich wäre hierfür zumindest die Darlegung der genauen Struktur der Praxisklientel sowohl im vorliegenden streitigen Jahr als auch im Jahr davor sowie eine sich über mehrere Jahre hinziehende „Erfolgsbilanz“. Einer solchen auch vom Bundessozialgericht geforderten

Darlegung von Praxisbesonderheiten genüge die beispielshafte Auflistung einer Reihe von Patientinnen und Patienten nicht.

Gegen den Beschluss des Beklagten vom 7. Januar 2016 hat der Kläger am 8. Februar 2016 Klage bei dem Sozialgericht Marburg erhoben. Zur Begründung hat er erneut darauf hingewiesen, dass die von dem Beklagten für die streitgegenständlichen Quartale vorgenommenen Honorarkürzungen nicht gerechtfertigt seien. Kern der Begründung des Beklagten für die Unwirtschaftlichkeit sei, dass er häufiger als dies dem Fachgruppendurchschnitt entspreche, die psychotherapeutische Behandlung als psychotherapeutische Gespräche erbracht und nach der GOP 23220 abgerechnet habe, statt diesbezüglich genehmigungspflichtige KZTen oder LZTen durchzuführen und abzurechnen. Da die von dem Beklagten benannte Alternative, die ihn nicht in die Wirtschaftlichkeitsprüfung gebracht hätte, unstreitig teurer gewesen wäre als die von ihm tatsächlich durchgeführten Therapien, sei es nach seiner Auffassung widersinnig, in solchen Fällen Kürzungen vorzunehmen. Die von dem Beklagten benannten Therapien seien zudem nicht indiziert gewesen, sodass der Vortrag des Beklagten, dass die psychotherapeutischen Gespräche anstelle genehmigungspflichtiger Therapien durchgeführt und abgerechnet worden seien, fehlgehe. Deshalb sei es auch nicht erforderlich, dass er im Detail darlegen und beweisen müsse, dass seine Behandlungsweise im Ergebnis weniger Kosten verursacht habe. Eine derartige „Erfolgsbilanz“ könnten zudem nur die beigeladenen Krankenkassen erstellen. Diese könnten alleine bestätigen, ob die von ihm behandelten Patienten nach Abschluss der Behandlung bei ihm keine weiteren Psychotherapien in Anspruch genommen hätten. Eine bedürfnisorientierte Vorgehensweise in der Psychotherapie mache es notwendig, außerhalb regulärer Sitzungstermine kurzfristig Termine zwischen zwei bereits vereinbarten Terminen anzuberaumen. Auch dienten die eingeschobenen psychotherapeutischen Gespräche oftmals dazu, im Sinne einer effektiven Zusammenarbeit Partner in die Therapie mit einzubeziehen. Zumindest hätten die als Alternative durchzuführenden KZTen oder LZTen als kompensatorische Einsparungen berücksichtigt werden müssen. Es gebe Fälle, in denen während der probatorischen Sitzungen erkennbar werde, dass kein formaler Antrag für eine genehmigungspflichtige und sich über mehrere Sitzungen erstreckende Psychotherapie notwendig sei, wenn die probatorischen Sitzungen mit Gesprächseinheiten kombiniert würden. Er strebe bewusst eine möglichst kurze Behandlungsdauer an und könne sich aufgrund seiner Qualifikationen (u.a. Weiterbildungsleiter der Weiterbildungsstätte Systemische Therapie der Psychotherapeutenkammer Hessen, Systemischer Lehrtherapeut, Supervisor, Zusatzbezeichnungen Gesprächspsychotherapie und Systemische Therapie, abgeschlossene Weiterbildungen in Verhaltenstherapie und Systemischer Familientherapie, Mitglied des Prüfungsausschusses Systemische Therapie der Psychotherapeutenkammer Hessen) diesbezüglich auch rasch ein Urteil bilden. Im Vergleich zur Berufsgruppe behandele er mittels deutlich höherer Effektivität 40 – 50 % mehr Patienten. Ab dem 1. April 2017 seien zudem aufgrund einer Änderung der PT-RL 12 Behandlungsstunden genehmigungsfrei und lediglich anzeigepflichtig. Daraus ergebe sich schon heute die Erkenntnis, dass die genannte Anzahl von Behandlungsstunden keine KZT erfordere, es vielmehr der Einschätzung des Psychotherapeuten überlassen werden könne, welche Behandlungen er für erforderlich halte. Das vorzeitige „Abdrängen“ in eine KZT, wie von dem Beklagten vertreten, sei medizinisch nicht gerechtfertigt.

Der Beklagte hat im Klageverfahren an seiner Rechtsauffassung, dass der angegriffene Beschluss rechtmäßig sei, festgehalten. Im Rahmen der Einzelfallprüfung könne grundsätzlich keine Anerkennung von kompensatorischen Einsparungen erfolgen, da dort anhand der Behandlungsscheine die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung des jeweiligen Arztes überprüft werde. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes müsse insoweit zudem festgestellt werden, durch welche vermehrten Leistungen der Arzt in welcher Art von Behandlungsfällen aus welchem Grund welche Einsparungen erzielt habe. Die Darlegungs- und Beweislast liege wie bei der Behauptung einer Praxisbesonderheit beim Vertragsarzt. Das pauschale Vorbringen des Klägers, er habe durch die Durchführung psychotherapeutischer Gespräche nach der GOP 23220 EBM die Erbringung von genehmigungspflichtigen KZTen oder sogar LZTen eingespart, reiche zur Darlegung kompensatorischer Einsparungen nicht aus. Nach der Leistungslegende der GOP 23220 EMB sei es grundsätzlich möglich, ein psychotherapeutisches Gespräch während einer laufenden genehmigten KZT in Ansatz zu bringen. Allerdings sei nach Abschnitt F der PT-RL und entsprechend Abschnitt 35.2 EBM der Durchführung von antragspflichtigen Psychotherapien der Vorzug zu geben. Es sei nicht mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot vereinbar, wenn ein weit überdurchschnittlicher Ansatz von psychotherapeutischen Gesprächen als Einzelbehandlung im Rahmen von laufenden antragspflichtigen KZTen erfolge. Es sei zudem in den streitgegenständlichen Quartalen nicht regelhaft die Abrechnung der GOP 23220 EBM beanstandet worden. Von insgesamt 2897 Ansätzen der GOP 23220 EBM seien lediglich 908 Ansätze aufgrund Unwirtschaftlichkeit gekürzt worden. Die Einbeziehung der Partner in die Therapie begründe nicht generell den Ansatz der GOP 23220 EBM. Weder die PT-RL noch die Psychotherapie-Vereinbarungen sähen additive Leistungen für die Einbeziehung der Bezugspersonen vor. Die Einbeziehung müsse im Rahmen des Stundenkontingents der KZT für den Patienten erfolgen. Probatorische Sitzungen dienten ausschließlich dem Zweck, festzustellen, ob ein Antrag auf Psychotherapie gestellt werden solle. Auch wenn eine – im Anschluss an die probatorischen Sitzungen durchgeführte – Behandlung insgesamt nur wenige Therapieeinheiten umfasse, handele es sich um eine KZT, welche bei der für den Patienten zuständigen Krankenkasse beantragt werden müsse. Die Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise werde nach den im streitgegenständlichen Zeitraum maßgebenden Regelungen der PT-RL sowie den übrigen einschlägigen Abrechnungsvorgaben beurteilt. Der Hinweis auf den Inhalt der zum 1. April 2017 in Kraft tretenden PT-RL sei nicht zielführend. Mit Beschluss vom 9. Februar 2016 hat das Sozialgericht dem Verfahren die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, die AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen -, die BKK Landesverband Süd, die IKK Classic, die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Krankenkasse, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und den Verband der Ersatzkassen e.V. dem Verfahren notwendig beigeladen. Auf die mündliche Verhandlung vom 30. Oktober 2019 hat das Sozialgericht mit Urteil vom 30. Oktober 2019 den Beschluss des Beklagten vom 7. Januar 2016 aufgehoben, den Beklagten verpflichtet, den Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden und verurteilt, die Gerichtskosten sowie die erstattungsfähigen außergerichtlichen Kosten des Klägers zu tragen. Das Sozialgericht führt im Einzelnen in seiner Entscheidung vom 30. Oktober 2019 wie folgt aus:

„Der Beschluss des Beklagten vom 7. Januar 2016 ist rechtswidrig und verletzt den Kläger in seinen Rechten. Er hat einen Anspruch auf Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts. (…)
Rechtsgrundlage für Honorarkürzungen wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise ist § 106 Abs. 2 Satz 4 SGB V (in der bis zum 31.Dezember 2016 gültigen Fassung) i.V.m. der Prüfvereinbarung gemäß § 106 Abs. 3 SGB V, gültig ab 1. Januar 2008 (PV).
Der Beklagte hat vorliegend im Rahmen seiner Zuständigkeit auch eine Wirtschaftlichkeitsprüfung und keine Abrechnungsprüfung durchgeführt. Die durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) durchzuführende Abrechnungsprüfung beziehungsweise sachlich rechnerische Richtigstellung nach § 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V (in der in der bis zum 31.Dezember 2016 gültigen Fassung) ist auf die Übereinstimmung der vertragsärztlichen Abrechnung mit dem Regelwerk des EBM und der Honorarverteilungsregelungen sowie auf die Korrektheit der Abrechnung bezogen auf die Leistungserbringung und ihrer Zuordnung zu den Leistungspositionen des EBM gerichtet.
Die Abrechnungsprüfung unterscheidet sich von der Wirtschaftlichkeitsprüfung, die bemisst, ob die abgerechneten Leistungen ausreichend, zweckmäßig, für die Erzielung des Heilerfolgs notwendig und wirtschaftlich waren und ob das Maß des Notwendigen überschritten wird (Hess: in Kasseler Kommentar 101. EL 2018 § 106, Rn. 3). Regelmäßig ist die sachlich-rechnerische Richtigstellung durch die KVen

vorrangig. Denn eine Honorarforderung eines Arztes kann nur dann sinnvoller Weise auf ihre Wirtschaftlichkeit geprüft werden, wenn sie sachlich-rechnerisch richtig und rechtmäßig ist. Honorarforderungen für fehlerhaft erbrachte Leistungen unterfallen nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung (Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 6. September 2006, B 6 KA 40/05 R).
Für die Wirtschaftlichkeitsprüfung sind die PrüVGremien, die Prüfungsstelle und dann der Beklagte zuständig. Im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung erkennt das BSG zwar eine so genannte Annexkompetenz der PrüVGremien zur Durchführung von sachlich-rechnerischen Honorarberichtigungen an. Diese ist nach der Rechtsprechung aber nur dann gegeben, wenn sich die Notwendigkeit der sachlich-rechnerischen Richtigstellung im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nachträglich ergibt und der Frage der Berechnungsfähigkeit einer Leistung im Verhältnis zur Wirtschaftlichkeit keine so überragende Bedeutung zukommt, dass eine Abgabe an die KV geboten wäre (vgl. BSG, Urteil vom 27. April 2005, B 6 KA 39/04 R). Wenn der Schwerpunkt der Beanstandungen bei einer fehlerhaften Anwendung der Gebührenordnung liegt, müssten die Gremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung das Prüfverfahren abschließen und der KV Gelegenheit geben, eine sachlich-rechnerische Richtigstellung durchzuführen (BSG, Urteil vom 6. September 2006, B 6 KA 40/05 R). Die Prüfungseinrichtungen müssen im Umkehrschluss bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung davon ausgehen, dass der Vertrags(zahn)arzt die abgerechneten Leistungen tatsächlich erbracht hat, und diese Leistungen ihrer Beurteilung zugrunde legen (vgl. BSG, Urteil vom 28. Oktober 1992 – 6 RKa 3/92). Eine sachlich-rechnerische Berichtigung der Honorarabrechnung hat der Wirtschaftlichkeitsprüfung nur dann zwingend vorauszugehen, wenn es sich um Abrechnungsunrichtigkeiten handelt, die offenkundig und aus den Behandlungsunterlagen ohne weiteres zu ersehen sind.

Der Beklagte konnte im Rahmen seiner Wirtschaftlichkeitsprüfung, bei der er gerade nicht die fehlerhafte Erbringung der Gesprächsleistung nach GOP 23220 EBM rügt, die ordnungsgemäße Abrechnung dieser Leistungen seiner Beurteilung zugrunde legen (vgl. BSG, Urteil vom 28. Oktober 1992 - 6 RKa 3/92 - BSGE 71, 194) und sich mit der Wirtschaftlichkeit der Nebeneinanderabrechnung mit anderen Therapien, insbesondere genehmigungspflichtigen Richtlinien-Therapien befassen.
Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird durch arztbezogene Prüfungen ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten beurteilt, hier § 10 PV (Auffälligkeitsprüfung). Nach den hierzu von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen ist die statistische Vergleichsprüfung die Regelprüfmethode. Die Abrechnungs- bzw. Verordnungswerte des Arztes werden zunächst mit denjenigen seiner Fachgruppe – bzw. mit denen einer nach verfeinerten Kriterien gebildeten engeren Vergleichsgruppe – im selben Quartal verglichen. Ergänzt durch die sog. intellektuelle Betrachtung, bei der medizinisch-ärztliche Gesichtspunkte berücksichtigt werden, ist dies die Methode, die typischerweise die umfassendsten Erkenntnisse bringt.
Vorliegend hat der Beklagte im Rahmen der statistischen Vergleichsprüfung die Gruppe aller vollzugelassenen psychologischen Psychotherapeuten seinen vergleichenden Betrachtungen zugrunde gelegt. Dies ist zur Überzeugung der Kammer bei der Bewertung psychotherapeutischer Leistungen unzureichend, da sich die drei im streitgegenständlichen Zeitraum anerkannten Richtlinienverfahren (Analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie) fundamental voneinander unterscheiden und per se ausgeschlossen erscheint, dass die unterschiedlichen Verfahren sowohl fachlich-inhaltlich als auch von den rechtlichen Rahmenbedingungen vergleichbar wären. Es handelt sich bei den psychoanalytisch begründeten Verfahren einerseits und der Verhaltenstherapie andererseits um unterschiedliche Versorgungsbereiche, die jeweils eigenständig zu beurteilen sind (so für die Sonderbedarfszulassung auch BSG, Urteil vom 28. Juni 2017 – B 6 KA 28/16 R).

Zwar ist dem Beschwerdeausschuss grundsätzlich ein Entscheidungsspielraum zu belassen, ab welchem Ausmaß atypischer Praxisumstände eine engere Vergleichsgruppe gebildet wird oder eine Praxisbesonderheit anerkannt wird oder dem Arzt eine größere Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts belassen wird (BSG, Beschluss vom 11. Dezember 2002, B 6 KA 21/02 B). Dies wird überwiegend so aufgefasst, dass zunächst nach statistischen Kriterien über das Vorliegen eines offensichtlichen Missverhältnisses zu befinden und erst danach gegebenenfalls zu prüfen ist, ob und inwieweit der durch die Fallkostendifferenz begründete Nachweis der Unwirtschaftlichkeit durch Praxisbesonderheiten widerlegt wird. Indessen wird eine derartige Ausgestaltung des Prüfverfahrens weder der beweisrechtlichen Funktion und Bedeutung des offensichtlichen Missverhältnisses noch den Erfordernissen einer effizienten Wirtschaftlichkeitsprüfung gerecht. Nach der Rechtsprechung des BSG kommt der Feststellung eines offensichtlichen Missverhältnisses praktisch die Wirkung eines Anscheinsbeweises zu, so dass aus einer Überschreitung des Vergleichsgruppendurchschnitts nur dann auf eine Unwirtschaftlichkeit geschlossen werden kann, wenn ein solcher Zusammenhang einem typischen Geschehensablauf entspricht, also die Fallkostendifferenz ein Ausmaß erreicht, bei dem erfahrungsgemäß von einer unwirtschaftlichen Behandlungsweise auszugehen ist. Ein dahingehender Erfahrungssatz besteht aber nur unter der Voraussetzung, dass die wesentlichen Leistungsbedingungen des geprüften Arztes mit den wesentlichen Leistungsbedingungen der verglichenen Ärzte übereinstimmen. Der Beweiswert der Statistik wird eingeschränkt oder ganz aufgehoben, wenn bei der geprüften Arztpraxis besondere, einen höheren Behandlungsaufwand rechtfertigende Umstände vorliegen, die für die zum Vergleich herangezogene Gruppe untypisch sind. Sind solche kostenerhöhenden Praxisbesonderheiten bekannt oder anhand der Behandlungsausweise oder der Angaben des Arztes erkennbar, so müssen ihre Auswirkungen bestimmt werden, ehe sich auf der Grundlage der statistischen Abweichungen eine verlässliche Aussage über die Wirtschaftlichkeit oder Unwirtschaftlichkeit der Behandlungsweise treffen lässt. Das gilt umso mehr, als mit der Feststellung des offensichtlichen Missverhältnisses eine Verschlechterung der Beweisposition des Arztes verbunden ist, die dieser nur hinzunehmen braucht, wenn die Unwirtschaftlichkeit nach Berücksichtigung sämtlicher Umstände des Falles als bewiesen angesehen werden kann (BSG, Urteil vom 9. März 1994, 6 RKa 18/92; so auch bereits Urteil der erkennenden Kammer vom 17. Dezember 2018 – S 17 KA 223/17). Diese Grundsätze auf Psychotherapeuten übertragend ist bei der statistischen Vergleichsprüfung eine Differenzierung nach Fachkunde der Psychotherapeuten für die Bewertung einer statistischen Auffälligkeit und damit eines offensichtlichen Missverhältnisses erforderlich.

Diese Überzeugung des Gerichts gründet sich zum einen auf die Systematik des Psychotherapeutengesetzes, der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung) und der PT-RL, die die Unterschiede der verschiedenen Richtlinienverfahren sehr deutlich hervorheben. Zunächst ist die fachliche Befähigung des Psychologischen Psychotherapeuten gemäß § 6 der Psychotherapie-Vereinbarung an den Fachkundenachweis in einem der Richtlinienverfahren im Sinne von § 95c SGB V gebunden. Die Verfahren sind nicht miteinander kombinierbar (§ 18 PT-RL). Zudem gelten für sämtliche Richtlinienverfahren im EBM unterschiedliche Abrechnungsziffern, die auch die differenzierten Rahmenbedingungen jeder Therapierichtung beschreiben. Nicht zuletzt manifestiert sich die Unterschiedlichkeit der Therapieansätze in deren Definition in den §§ 16, 16a, 16b und 17 PT-RL und zudem in den damit verbundenen unterschiedlichen Bewilligungsschritten nach § 29 PT-RL (analytische Psychotherapie bei Erwachsenen bis 300 Stunden, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Erwachsenen bis 100 Stunden und Verhaltenstherapie bei Erwachsenen bis 80 Stunden). Im Umkehrschluss folgt daraus, dass mit den einzelnen Richtlinienverfahren unterschiedliche Therapieinhalte und auch Therapiedauern verbunden sind und damit in der Konsequenz auch, dass die Fallzahlen bei analytischen Psychotherapeuten in aller Regel nicht annährend die Fallzahlen von Verhaltenstherapeuten erreichen dürften.

Diese Feststellungen werden im Ergebnis auch von der Prüfreferentin im vorliegenden Verfahren bestätigt, die ausdrücklich darauf hingewiesen hat, dass es ihr grundsätzlich sinnvoller erscheine, für die Prüfung jemanden zu bestimmen, der im gleichen Verfahren wie der zu überprüfende Psychotherapeut zugelassen sei.

Im Rahmen der Neubescheidung sollte der Beklagte deshalb den Kläger als Verhaltenstherapeuten im ersten Prüfungsschritt nur mit der Vergleichsgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten messen, die ebenfalls verhaltenstherapeutisch tätig sind. Die Kammer geht davon aus, dass sich bei dieser Betrachtungsweise das Maß der festgestellten Überschreitungen reduzieren dürfte.

Nicht zu beanstanden ist, dass der Beklagte dann – aufgrund der insgesamt geringen Fallzahlen in der Gruppe der psychologischen Psychotherapeuten und der damit verbundenen fehlenden Vergleichbarkeit – zu einer Einzelfallprüfung nach § 11 Abs. 2 PV umgeschwenkt ist.

Demgegenüber erscheint die Auswahl der Prüfreferentin im Kontext der oben dargestellten Grundsätze zwar nicht als rechtswidrig, da allgemeine Vorgaben zur Auswahl von Prüfärzten nicht bestehen. Gleichwohl ist für die Akzeptanz der Bewertung des Abrechnungsverhaltens durch einen Prüfreferent*innen eine vergleichbare Qualifikation bzw. Fachkunde wünschenswert. Dies spiegelt sich gerade bei Psychotherapeuten beispielsweise auch in den Vorgaben der PT-RL für das Gutachterverfahren (§35) wieder, wo Gutachter den gleichen Fachkundenachweis wie zu Begutachtende haben müssen.

Der Bescheid des Beklagten ist auch in materieller Hinsicht zu beanstanden.

Die Leistungslegende der GOP 23220 EBM lautet wie folgt:

Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung
Obligater Leistungsinhalt
- Dauer mindestens 10 Minuten
- Einzelbehandlung
-
Fakultativer Leistungsinhalt
- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Krisenintervention,
- Anleitung der Bezugsperson(en),
-
je vollendet 10 Minuten, höchstens 15-mal im Behandlungsfall.

Der Beklagte stützt seinen Beschluss ausschließlich auf die Beanstandungen der Prüfreferentin, die jeglichen Ansatz der GOP 23220 EBM bei laufender KZT bzw. während der Phase der probatorischen Sitzungen bemängelt hat. Diese Vorgehensweis kommt einem Verbot der Abrechnung der GOP 23220 EBM bei laufender Probatorik oder KZT gleich. Für ein derartiges Verständnis der GOP 23220 EBM gibt es jedoch keinen rechtlichen Anknüpfungspunkt. Vielmehr hat der Beklagte in seinem Beschluss selber zugestanden, dass die GOP 23220 EBM grundsätzlich auch bei laufenden, nach dem Antragsverfahren gemäß den PT-RL durchgeführten und neben solchen Behandlungen in Ansatz gebracht werden kann. Dies ergibt sich auch aus der Leistungslegende zu GOP 23220 EBM, wo nur die Abrechnung nebeneinander in einer Sitzung bei Abrechnungen nach dem Abschnitt 35.2 - Antragspflichtige Leistungen - ausgeschlossen ist.
Insofern kann eine Abrechnung bei laufender Probatorik oder KZT nicht per se eine Unwirtschaftlichkeit im Einzelfall begründen. Der Vorwurf der Unwirtschaftlichkeit kann sich im vorliegenden Fall damit ohne nähere Betrachtung jedes einzelnen Behandlungsfalles in der Art eines Zirkelschlusses nur noch auf die Überschreitung der Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe und damit die statistische Auffälligkeit gründen, die der Beklagte jedoch selber als nicht aussagekräftig eingestuft hat.
Dem Beklagten ist jedoch zuzugeben, dass die PT-RL ein striktes und differenziertes Zulassungsverfahren vorsieht, wenn Psychotherapie im Rahmen des Versorgungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden soll. Insofern trägt die Kammer die Auffassung des Beklagten, dass der Richtlinien-Psychotherapie und der Einhaltung der dazu erlassenen Regeln grundsätzlich ein gewisser Vorzug gebührt. Nicht zu tolerieren ist deshalb, wenn die GOP 23220 EBM ausschließlich zur Streckung von Therapiekontingenten genutzt würde und damit die in der PT-RL vorgesehenen Stundenkontingente künstlich erweitert würden. Vielmehr ist zu verlangen, dass sich die Gespräche nach der GOP 23220 EBM während der Probatorik oder KZT hinsichtlich des beteiligten Personenkreises oder Inhalts oder Zwecks der Gespräche von den Therapiesitzungen unterscheiden. Die Kammer geht insoweit davon aus, dass es einen qualitativen Unterschied zwischen einem „psychotherapeutischen Gespräch" und einer Psychotherapiestunde gibt. Die Leistungslegende der GOP 23220 EBM sieht jedenfalls ausdrücklich als fakultativen Leistungsinhalt die „Anleitung von Bezugsperson(en)“ vor. Soweit der Kläger – wie er vorträgt – tatsächlich die GOP 23220 EBM neben den Therapiesitzungen dazu genutzt hat, Bezugspersonen in den Therapieprozess einzubeziehen, so ist dies – entgegen der Auffassung der Beklagten – nicht zu beanstanden, sondern im EBM ausdrücklich so vorgesehen. Um beurteilen zu können, ob im Einzelfall auch entsprechende Indikationen gemäß den Leistungslegenden vorlagen, dürfte es unumgänglich sein, die Behandlungsdokumentation im Einzelfall in die Prüfung der Wirtschaftlichkeit einzubeziehen.
Die Kammer beanstandet entgegen der Prüfreferentin (die dies in ihren Prüflisten, Bl. 18-23 der Verwaltungsakte vielfach so vermerkt hat) nicht, wenn die GOP 23220 EBM nach beendeter KZT über einen kurzen Zeitraum – z.B. zur Stabilisierung des Patienten - niederfrequent weiterhin abgerechnet wurde. Allein aufgrund der Vorgabe, dass die GOP 23220 EBM max. 15x pro Quartal abgerechnet werden kann und damit im Quartal max. drei Gespräche à 50min durchgeführt werden können, erscheint es der Kammer fernliegend anzunehmen, dass damit eine in aller Regel viel hochfrequenter durchgeführte weitere KZT umgangen werden könnte.“

Gegen das dem Beklagten am 29. November 2019 zugestellte Urteil hat dieser am 20. Dezember 2019 Berufung bei dem Hessischen Landessozialgericht eingelegt. Zur Begründung weist er darauf hin, dass er bezüglich des Klägers keine statistische Vergleichsprüfung nach Durchschnittswerten, sondern eine eingeschränkte Einzelfallprüfung durchgeführt habe. Zunächst habe er bezogen auf die GOP 23220 EBM ermittelt, welche Kosten pro Fall in den strittigen Quartalen durch die Behandlungsweise des Klägers entstanden seien und die ermittelten Werte dem durchschnittlichen Kostenwert der Vergleichsgruppe der vollzugelassenen psychologischen Psychotherapeuten gegenübergestellt. Dabei habe er festgestellt, dass die Überschreitungswerte gegenüber der FG nicht geeignet seien, als Grundlage einer Honorarkürzung zu dienen, weil die tatsächliche Fallzahl des Klägers für eine statistische Vergleichsprüfung nicht ausreichend sei. Demzufolge habe er eine eingeschränkte Einzelfallprüfung durchgeführt. Im Rahmen der eingeschränkten Einzelfallprüfung seien weder die Kriterien für die Ermittlung eines offensichtlichen Missverhältnisses relevant noch könne eine Anerkennung von Praxisbesonderheiten

erfolgen. Die Prüfung, ob das individuelle Vorgehen eines Arztes bzw. Vertragspsychotherapeuten in einem bestimmten Behandlungsfall hinsichtlich jeder Behandlungsleistung dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprochen habe, könne nicht anhand von Durchschnittswerten einer Vergleichsgruppe erfolgen. Der Bildung einer besonderen, engeren Vergleichsgruppe bedürfe es entgegen der Auffassung des Sozialgerichts ebenfalls nur im Rahmen einer statistischen Vergleichsprüfung, die hier von ihm nicht vorgenommen worden sei (eingeschränkte Einzelfallprüfung). Lediglich ergänzend werde im Blick auf die vom Sozialgericht geforderte Bildung einer differenzierteren Vergleichsgruppe darauf hingewiesen, dass es sich bei dem psychotherapeutischen Gespräch nach GOP 23220 EBM gerade nicht um eine antragspflichtige Leistung handele und dieses somit nicht Bestandteil der PT-RL sei. Die GOP 23220 EBM könne von allen psychologischen Psychotherapeuten – unabhängig von dem Vorliegen einer Genehmigung in einem Richtlinienverfahren - abgerechnet werden. Folglich bedürfe es bei den mit der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der GOP 23220 EBM beauftragten Prüfreferenten keiner entsprechenden Qualifikation wie bei Gutachtern gemäß § 35 PT-RL in Form eines Fachkundenachweises in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie bzw. in der Verhaltenstherapie. Ergänzend werde vorgetragen, dass die Fallzahlen der psychologischen Psychotherapeuten mit der Genehmigung Verhaltenstherapie nicht erheblich von den Fallzahlen der psychologischen Psychotherapeuten mit der Genehmigung tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie abwichen. In den Quartalen I/2011 bis IV/2011 hätten die Verhaltenstherapeuten durchschnittlich pro Quartal 56,75 Fälle und die psychologischen Psychotherapeuten mit der Genehmigung tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie pro Quartal im Durchschnitt 45 Fälle. Die psychologischen Psychotherapeuten mit der Genehmigung tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und einer Genehmigung Verhaltenstherapie hätten pro Quartal im Durchschnitt 48 Fälle. Zudem sei es nicht so, dass jede abweichende Behandlungsausrichtung oder sonstige Behandlungsbesonderheit einer Arztgruppe stets zur Bildung einer engeren Vergleichsgruppe nötige. Die Bildung geeigneter Vergleichsgruppen als Grundlage eines Vergleichs nach Durchschnittswerten unterliege zudem dem Beurteilungsspielraum der Prüfgremien insbesondere bei der Bildung engerer Vergleichsgruppen zur Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten, der gerichtlich nur begrenzt überprüfbar sei. Die Behauptung des Sozialgerichts, dass er sich in seinem Beschluss ausschließlich auf die Beanstandungen der Prüfreferentin stütze, sei unzutreffend. Die Prüfreferentin habe patientenbezogen festgestellt, in welchen Fällen während einer laufenden KZT die Abrechnung einer Therapiesitzung im Vergleich zur Abrechnung der GOP 23220 EBM wirtschaftlicher gewesen wäre. Ferner sei dokumentiert, bei welchen Patienten nach Beendigung einer KZT ein Antrag auf eine neue Therapie wirtschaftlicher gewesen wäre. Dass nicht sämtliche Leistungen der GOP 23220 EBM bei laufenden KZTen oder laufender Probatorik als unwirtschaftlich bewertet worden seien, sei der Anzahl der Kürzungen zu entnehmen. Es könne entgegen der Auffassung des Sozialgerichts nicht davon ausgegangen werde, dass die Bewertungen einem Verbot der Abrechnung der GOP 23220 EBM bei laufender Probatorik oder KZT gleichkomme. Nach Abschnitt F der PT-RLen und entsprechend 35.2 EBM sei der Durchführung von antragspflichtigen Psychotherapien der Vorzug zu geben. Er sei zu dem Ergebnis gekommen, dass in vielen Fällen anstelle der Leistungserbringung nach GOP 23220 EBM eine probatorische Sitzung hätte erbracht werden müssen bzw. die Beantragung einer neuen Therapie oder die Verlängerung einer bereits begonnenen Therapie angezeigt gewesen wäre. Die von dem Kläger geschilderte Kombination von probatorischen Sitzungen mit Gesprächen nach GOP 23220 EBM zwecks Vermeidung einer KZT sei nicht mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot vereinbar. Es liege eine Streckung von probatorischen Sitzungen vor, bei welchen grundsätzlich ein Antrag auf eine genehmigungspflichtige Therapie hätte gestellt werden müssen. Bei einer laufenden KZT sähen weder die PT-RL noch die Psychotherapievereinbarungen additive Leistungen für die Einbeziehung von Bezugspersonen vor, sodass die Einbeziehung von Bezugspersonen in diesen Fällen im Rahmen des Stundenkontingents der KZT für den Patienten erfolgen müsse. Die Einbeziehung der Partner in die Therapie begründe nicht regelhaft den Ansatz der GOP 23220 EBM neben den Therapiesitzungen. Es sei nichts dagegen einzuwenden, wenn nach beendeter KZT über einen kurzen Zeitraum, z.B. zur Stabilisierung des Patienten, die GOP 23220 EBM niederfrequent weiter abgerechnet werde. Davon sei aber nicht mehr auszugehen, wenn das Ende der KZT mehrere Quartale zurückliege und die GOP 23220 EBM über mehrere Quartale, wie bei den Patienten D., L. oder G. erfolgt, abgerechnet werde. Die GOP 23220 EBM könne nach der Leistungslegende zwar bis zu 15 x im Quartal abgerechnet werden. Aus den Diagnosen und den Angaben des Klägers lasse sich nicht entnehmen, dass eine Abrechnung von bis zu 15 Ansätzen der GOP 23220 EBM während probatorischen Gesprächen, während einer laufenden KZT bzw. nach Beendigung einer KZT notwendig und zweckmäßig gewesen sein solle. Für die Beurteilung, ob eine wirtschaftliche Leistungserbringung erfolgt sei, habe er sich auf die vorliegenden Behandlungsscheine beziehen dürfen. Es müsste nicht zusätzlich eine Heranziehung und Auswertung der Behandlungsdokumentation des Klägers erfolgen. Kosten einer alternativen Behandlung müssten bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Leistungserbringung nicht entgegengesetzt werden.

Der Beklagte beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 30. Oktober 2019 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Er hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend. Die getroffenen Kürzungsmaßnahmen würden aufgrund der so genannten „Einzelfallprüfung“ lediglich pauschalierend vorgenommen. Die von dem Kläger aufgegriffenen Fälle seien nicht von dem Beklagten diskutiert worden. Wenn im Rahmen einer Einzelfallprüfung einzelne Fälle diskutiert würden und eine Stellungnahme zu diesen einzelnen Fällen erfolge, hätte der Beklagte dies auch berücksichtigen müssen. Die Behauptung des Beklagten, die Prüfreferentin habe patientenbezogen festgestellt, in welchen Fällen während einer laufenden KZT die Abrechnung einer Therapiesitzung im Vergleich zur Abrechnung der GOP 23220 EBM wirtschaftlicher gewesen sei, treffe so nicht zu. Der Beklagte könne insoweit nicht einfach die abgerechneten Gesprächsziffern kürzen, sondern er hätte auf der Grundlage seiner eigenen Behauptung die Kosten der von ihm angenommenen wirtschaftlicheren Alternative dagegensetzen müssen.

Die Beigeladenen haben keinen Antrag gestellt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes nimmt der Senat auf die Verwaltungsvorgänge des Beklagten und auf die Gerichtsakte Bezug, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Berufung des Beklagten ist nicht begründet.

Zu Recht hat das Sozialgericht mit Urteil vom 30. Oktober 2019 den Beschluss des Beklagten vom 7. Januar 2016 aufgehoben und diesen

verpflichtet, den Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden. Der Beschluss des Beklagten vom 7. Januar 2016 ist rechtswidrig und verletzt den Kläger in seinen Rechten. Ihm steht ein Anspruch auf Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu.

Alleiniger Gegenstand des Verfahrens ist der Beschluss des Beklagten vom 7. Januar 2016 und nicht auch der Bescheid der PS. In Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung beschränkt sich die gerichtliche Kontrolle auf die das Verwaltungsverfahren abschließende Entscheidung des Beschwerdeausschusses. Dieser wird mit seiner Anrufung für das weitere Prüfverfahren ausschließlich und endgültig zuständig. Sein Beschluss ersetzt den ursprünglichen Verwaltungsakt des PS, der abweichend von § 95 Sozialgerichtsgesetz (SGG) im Fall der Klageerhebung nicht Gegenstand des Gerichtsverfahrens wird (zu dieser Besonderheit der vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung vgl. etwa Bundessozialgericht, Urteil vom 29. Juni 2011, B 6 KA 16/10 R, zitiert nach juris m.w.N.).

Aufgrund der ihm zustehenden Beurteilungs- und Ermessensspielräume unterliegen die Beschlüsse des Beschwerdeausschusses grundsätzlich nur eingeschränkter gerichtlicher Kontrolle, die sich inhaltlich auf die Prüfung bezieht, ob der angefochtenen Entscheidung ein zutreffender und vollständig ermittelter Sachverhalt zugrunde liegt, die Prüfgremien die durch die Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs „Wirtschaftlichkeit“ ermittelten Grenzen eingehalten haben und ob sie ihre Subsumtionserwägungen so verdeutlicht und begründet hat, dass im Rahmen des Möglichen die zu treffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist - Vertretbarkeit – (vgl. Bundessozialgericht, Urteile vom 19. Oktober 2011, B 6 KA 38/10 R und vom 6. September 2000, B 6 KA 24/99 R; Bundessozialgericht, Beschluss vom 14. März 2001, B 6 KA 59/00 B m.w.N.).

Die Erwägungen des Beklagten im Rahmen des Beschlusses vom 7. Januar 2016 tragen den Vorwurf der Unwirtschaftlichkeit jedenfalls in materieller Hinsicht nicht.

Im System der gesetzlichen Krankenversicherung nimmt der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt - Vertragsarzt - die Stellung eines Leistungserbringers ein. Er versorgt die Mitglieder der Krankenkassen mit ärztlichen Behandlungsleistungen, unterfällt damit auch und gerade dem Gebot, sämtliche Leistungen im Rahmen des Wirtschaftlichen zu erbringen. Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, darf er nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V) nicht erbringen (§ 12 Abs. 1 SGB V).

Rechtsgrundlage für Honorarkürzungen wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise ist § 106 Abs. 2 SGB V in der hier maßgebenden Fassung des Gesetzes vom 19. Oktober 2012 (BGBl. I, 2192), gültig bis zum 31. Dezember 2016. Danach wird die Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch arztbezogene Prüfungen ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben, die mindestens 2 vom Hundert der Ärzte je Quartal umfassen (Zufälligkeitsprüfung), geprüft (§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V). Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können gemeinsam und einheitlich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen über die in Satz 1 vorgesehenen Prüfungen hinaus Prüfungen ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten oder andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren (§ 106 Abs. 2 Satz 4 HS 1 SGB V). Die in Absatz 2 Satz 4 genannten Vertragspartner vereinbaren Inhalt und Durchführung der Beratung nach Absatz 1a und der Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Absatz 2 gemeinsam und einheitlich (§ 106 Abs. 3 Satz 1 HS 1 SGB V). In den Verträgen ist auch festzulegen, unter welchen Voraussetzungen Einzelfallprüfungen durchgeführt und pauschale Honorarkürzungen vorgenommen werden; festzulegen ist ferner, dass der Prüfungsausschuss auf Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenkasse oder ihres Verbandes Einzelfallprüfungen durchführt. Für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit sind pauschale Honorarkürzungen vorzusehen (§ 106 Abs. 3 Satz 3 und 4 SGB V).

Für die streitgegenständlichen Quartale gilt die Prüfvereinbarung (PV) gemäß § 106 Abs. 3 Satz 1 SGB V ab dem 1. Januar 2008. Die PV ermächtigt insbesondere auch zu Einzelfallprüfungen.

Die PS prüft arztbezogen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch die Prüfung des Überschreitens der vereinbarten Richtgrößen (§ 9 PV 2008), die Prüfung ärztlicher Leistungen (Behandlungsweise) und ärztlich verordneter Leistungen (Verordnungsweise) nach Durchschnittswerten oder in Einzelfällen – Auffälligkeitsprüfung – (§§ 11, 12, 13, 14 PV 2008), die Prüfung anhand von Stichproben – Zufälligkeitsprüfung – (§ 17 PV 2008) und die Prüfung in sonstigen Fällen (§ 15 PV 2008), § 7 PV 2008. Bei der Prüfung der Behandlungsweise in Einzelfällen ist bei Überschreitung des Arztes gegenüber der FG im normalen Steuerungsbereich eine Einzelfallprüfung durchzuführen, sofern dies vom Verwaltungsaufwand her zumutbar ist, § 11 Abs. 1 PV 2008. Eine Einzelfallprüfung ist darüber hinaus durchzuführen, wenn bei anerkannten Praxisbesonderheiten wegen fehlender Vergleichbarkeit der statistische Vergleich nicht möglich ist (§ 11 Abs. 2 PV 2008). Die Ergebnisse der Einzelfallprüfung sind im Referentenbericht durch Kennzeichnung der unwirtschaftlichen Leistungen und ihres Gebührenwertes sowie des Grundes der Unwirtschaftlichkeit zu dokumentieren. Das sich hieraus ergebende Ausmaß der Unwirtschaftlichkeit bildet die Grundlage für die Festsetzung einer notwendigen Honorarkürzung, § 11 Abs. 3 PV 2008.

Vorliegend hat der Senat bereits in formeller Hinsicht Bedenken an der Rechtmäßigkeit des Beschlusses des Beklagten vom 7. Januar 2016.

Zwar hat der Beklagte seine Zuständigkeit nicht verletzt. Bei der durchgeführten Prüfung handelt es sich um eine Wirtschaftlichkeitsprüfung i.S. einer eingeschränkten Einzelfallprüfung und nicht um eine sachlich-rechnerische Berichtigung, für die die Beigeladene zu 1) zuständig ist.

Nach § 75 Abs. 1 SGB V haben die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung sicher zu stellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Nach § 75 Abs. 2 Satz 2 1. HS haben die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen die Erfüllung der den Vertrags(zahn)ärzten obliegenden Pflichten zu überwachen. Zu den Pflichten der Vertrags(zahn)ärzte gehört unter anderem auch eine ordnungsgemäße Abrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen. Während die Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß § 106 SGB V bei der Menge der erbrachten Leistungen ansetzt, erstreckt sich die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung auf die Frage, ob die abgerechneten Leistungen ordnungsgemäß - also ohne Verstoß gegen gesetzliche oder vertragliche Bestimmungen mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebotes - erbracht worden sind. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung im Sinne des § 106 SGB V zielt ihrer Tendenz nach dabei nicht auf die Überprüfung, ob ein Behandlungsverhalten im Sinne der Einkommensvermehrung des Arztes ökonomisch sachgerecht ist, sondern ist im Gegenteil allein darauf gerichtet, einer unwirtschaftlichen Leistungsmengenausweitung entgegenzuwirken. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach der Konzeption des § 106 SGB V ist nur gegen einen unwirtschaftlichen

Mehraufwand gerichtet (dazu z.B. schon Bundessozialgericht Urteil vom 30. November 1994, 6 RKa 16/93 - SozR 3-2500 § 106 Nr. 25 S. 142). Vorliegend moniert der Beklagte nicht die fehlerhafte Erbringung der GOP 23220 EBM durch den Kläger, sondern die Frage der Abrechnung der GOP 23220 EBM in Bezug auf andere Therapien, insbesondere genehmigungspflichtige RL-Therapien.

Bedenken hat der Senat jedoch im Blick darauf, ob der Beschluss des Beklagten den sich aus § 35 Abs. 1 Zehntes Sozialgesetzbuch (SGB X) – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz - ergebenden Begründungserfordernissen genügt. Danach ist ein schriftlicher oder elektronischer sowie ein schriftlich oder elektronisch bestätigter Verwaltungsakt mit einer Begründung zu versehen. In der Begründung sind die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe mitzuteilen, die die Behörde zu ihrer Entscheidung bewogen haben. Die Begründung von Ermessensentscheidungen muss auch die Gesichtspunkte erkennen lassen, von denen die Behörde bei der Ausübung ihres Ermessens ausgegangen ist.

Das Bundessozialgericht hat in ständiger Rechtsprechung besondere Anforderungen an die Begründung der die Wirtschaftlichkeitsprüfung abschließenden Entscheidung des Beschwerdeausschusses gestellt. Die Prüfgremien müssen danach ihre Ausführungen zum Vorliegen der Voraussetzungen für Maßnahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung derart verdeutlichen, dass im Rahmen der - in Folge von Beurteilungs- und Ermessensspielräumen eingeschränkten - gerichtlichen Überprüfung zumindest die zutreffende Anwendung der einschlägigen Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist (ständige Rechtsprechung, vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 30. November 2016, B 6 KA 29/15 R, SozR 4-2500 § 106 Nr. 56; Bundessozialgericht, Beschluss vom 30. November 2016, B 6 KA 21/16 B Rdnr. 17, zitiert nach juris, m.w.N.). Diese Anforderungen dürfen zwar nicht überspannt werden, da sich gerade Maßnahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung regelmäßig an einen sachkundigen Personenkreis richten, sodass sich die Begründung auf die Angabe der maßgebend tragenden Erwägungen beschränken kann; jedoch müssen die Ausführungen erkennen lassen, wie das Behandlungsverhalten des Arztes bewertet wurde und auf welchen Erwägungen die betroffene Kürzungsmaßnahme beruht (Bundessozialgericht, Beschluss vom 30. November 2016, B 6 KA 21/16 B Rdnr. 17, zitiert nach juris m.w.N.). Unter Zugrundelegung dieser Kriterien ist für den Senat in dem Beschluss des Beklagten vom 7. Januar 2016 kaum nachzuvollziehen, inwiefern und mit welchem Ergebnis eine eingeschränkte Einzelfallprüfung durch den Beklagten erfolgt ist, d.h. es ist schwierig zu erkennen, was in der Sache tatsächlich geprüft und beanstandet worden ist. Die maßgeblichen Erwägungen werden im Rahmen des Beschlusses nicht dargelegt. An keiner Stelle erfolgt insoweit ein sich „zu eigen“ Machen der Darlegungen der Prüfreferentin oder der Ausführungen der PS. Es finden sich lediglich allgemeine Ausführungen im Sinne einer generalisierenden Betrachtung („nach eingehender Erörterung“, „eigenständige Bewertung im Ergebnis“) und nicht die Auswertung einer Einzelfallprüfung.

Letztlich bedarf es insoweit keiner Entscheidung des Senats, da der Beschluss des Beklagten jedenfalls in materieller Hinsicht zu beanstanden ist.

Grundsätzlich nicht zu beanstanden ist, dass der Beklagte wegen der kleinen Fallzahl (63-68 Fälle pro Quartal) von einer statistischen Vergleichsprüfung zu einer eingeschränkten oder beschränkten Einzelfallprüfung übergegangen ist, die die Grundlage seiner Entscheidung bildete. Die Auswahl unter verschiedenen Prüfmethoden liegt grundsätzlich im Ermessen der Prüfgremien. Die Prüfung nach Durchschnittswerten stellt wegen ihres hohen Erkenntniswerts bei verhältnismäßig geringem Verwaltungsaufwand zwar die Regelprüfmethode dar. Soweit die Prüfung anhand von Durchschnittswerten der Arztgruppe nicht effektiv ist oder aus anderen Gründen nicht in Betracht kommt, darf bzw. muss eine andere Prüfmethode gewählt werden (zum Gebot effektiver Wirtschaftlichkeitsprüfungen siehe u.a. Bundessozialgericht, Urteil vom 27. Juni 2007, B 6 KA 44/06 R, zitiert nach juris). Die häufig praktizierte Form der Einzelfallprüfung ist die so genannte eingeschränkte Einzelfallprüfung, die auch der Beklagte vorliegend angewandt hat. Bei dieser wird die vom Arzt dokumentierte Diagnose als zutreffend zugrunde gelegt und überprüft, ob auf dieser Grundlage der vom Arzt vorgenommene Behandlungs- und Verordnungsumfang gerechtfertigt ist (Bundessozialgericht, Urteil vom 27. Juni 2007, B 6 KA 44/06 R, zitiert nach juris; Bundessozialgericht, Beschluss vom 3. November 2010, B 6 KA 35/10 B, zitiert nach juris). Die Methode eingeschränkter Einzelfallprüfungen ist in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts seit Langem anerkannt (vgl. hierzu ausführlich Bundessozialgericht, Urteil vom 27. Juni 2007, B 6 KA 44/06 R, zitiert nach juris; Bundessozialgericht, Beschluss vom 3. November 2010, B 6 KA 35/10 B, zitiert nach juris). Die Einzelfallprüfung steht dabei im Gegensatz zur so genannten Durchschnittsprüfung. Einzelfallprüfungen sind alle Überprüfungen der Behandlungs- und Verordnungsweise, die nicht an dem allgemeinen Vergleich mit dem durchschnittlichen Aufwand der FG ansetzen, sondern einen direkten Bezug zu dem tatsächlichen (konkreten) Behandlungs- oder Verordnungsverhalten des geprüften Arztes haben. Aus dieser Charakterisierung wird deutlich, dass Einzelfallprüfungen sich auf "bestimmte einzelne Behandlungsfälle" beziehen. Insoweit ist die von dem Sozialgericht detailliert dargestellte Problematik der Vergleichsgruppen bei der vom dem Beklagten als Grundlage seiner Entscheidung letztlich gewählten eingeschränkten Einzelfallprüfung nicht mehr von Relevanz.

Die Auswahl der Prüfreferentin als psychologische Psychotherapeutin, die nach eigenem Bekunden im Gegensatz zu dem Kläger, welcher eine Zulassung als Verhaltenstherapeut besitzt, tiefenpsychologisch fundiert tätig ist und deren Beurteilung der Beklagte im Rahmen seines Beschlusses vom 7. Januar 2016 im Ergebnis folgt, ist nicht als rechtswidrig zu beanstanden. Detaillierte Vorgaben zur Auswahl, Bestellung und Qualifikation von Gutachtern, wie sie insbesondere im Rahmen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie – PT-RL -) vom 19. Februar 2009, zuletzt geändert am 20. November 2020, in § 36 für das Gutachterverfahren vorgesehen sind, existieren, worauf bereits das Sozialgericht zutreffend hingewiesen hat, insoweit nicht. Zudem unterfällt das Psychotherapeutische Gespräch als Einzelbehandlung nach der GOP 23220 EBM als eigenständige Leistung nicht der PT-RL. Für die Erbringung und Abrechnung der Leistungen nach der GOP 23220 EBM ist eine Genehmigung der Krankenversicherung gerade nicht erforderlich. Auch ein Antrags- oder Gutachterverfahren bei den Krankenkassen ist nicht notwendig (Wezel/Liebold, Kommentar zu EBM und GOÄ, 69. Lieferung, Stand: 1. Januar 2022, 23220 Teil 9 Seite 23-14 und Seite 23-15). Die differente Fachausrichtung berührt jedoch im Zweifel die Nachvollziehbarkeit der Beurteilung der Prüfreferentin.

Eine Abrechnung der GOP 23220 EBM bei laufender Probatorik, KZT oder LZT oder im Anschluss hieran kann nicht per se eine Unwirtschaftlichkeit im Einzelfall begründen. Hierfür ergibt der Wortlaut der Regelung keinen Ansatz. Für die Auslegung der genannten GOP EBM ist in erster Linie der Wortlaut der Regelung maßgebend. Hierbei kommt dem Beklagten auch kein Beurteilungsspielraum zu. Zur Frage der Auslegung einer GOP folgt der Senat nach eigener Überprüfung der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts. Dieses führt insoweit in seiner Entscheidung vom 25. November 2020, B 6 KA 14/19 R, zitiert nach juris Rdnr. 18 aus:

„Grund für die besondere Bedeutung des Wortlauts ist nach der zu den GOP des EBM-Ä ergangenen ständigen Rechtsprechung des Senats (BSG Urteil vom 11.12.2013 - B 6 KA 14/13 R - SozR 4-2500 § 87 Nr 28 RdNr 11; zuletzt: BSG Urteil vom 11.9.2019 - B 6 KA 22/18 R - SozR

4-5531 Nr 01210 Nr 1 RdNr 13 jeweils mwN) zum einen, dass das vertragliche Regelwerk dem Ausgleich der unterschiedlichen Interessen von Ärzten und Krankenkassen dient und es vorrangig Aufgabe des Normgebers des EBM-Ä - des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 SGB V - ist, Unklarheiten zu beseitigen. Zum anderen folgt die primäre Bindung an den Wortlaut aus dem Gesamtkonzept des EBM-Ä als einer abschließenden Regelung, die keine Ergänzung oder Lückenfüllung durch Rückgriff auf andere Leistungsverzeichnisse bzw. Gebührenordnungen oder durch analoge Anwendung zulässt. Raum für eine systematische Interpretation im Sinne einer Gesamtschau der in innerem Zusammenhang stehenden vergleichbaren oder ähnlichen Leistungstatbestände besteht nur dann, wenn der Wortlaut eines Leistungstatbestandes zweifelhaft ist und es einer Klarstellung bedarf. Eine entstehungsgeschichtliche Auslegung kommt bei unklaren oder mehrdeutigen Regelungen ebenfalls in Betracht, kann allerdings nur anhand von Dokumenten erfolgen, in denen die Urheber der Bestimmungen diese in der Zeit ihrer Entstehung selbst erläutert haben. Leistungsbeschreibungen dürfen weder ausdehnend ausgelegt noch analog angewendet werden. Diese Grundsätze gelten auch für Kostenerstattungstatbestände, sofern sie eine Pauschalerstattung vorsehen (BSG Urteil vom 11.12.2013 - B 6 KA 14/13 R - SozR 4-2500 § 87 Nr 28 RdNr 11; BSG Urteil vom 16.12.2015 - B 6 KA 39/15 R - SozR 4-5531 Nr 40100 Nr 1 RdNr 25).“

Ausweislich der Leistungslegende der GOP 23220 EBM erfolgt das Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung

Obligater Leistungsinhalt
- Dauer mindestens 10 Minuten,
- Einzelbehandlung,
-

Fakultativer Leistungsinhalt
- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Krisenintervention
- Anleitung der Bezugsperson(en)
-

je vollendete 10 Minuten, höchstens 15-mal im Behandlungsfall. (...)

Die Gebührenposition 23220 ist dabei nicht neben den Gebührenpositionen der Abschnitte 35.1 und 35.2 berechnungsfähig.

Die GOP 23220 EBM kann grundsätzlich auch bei laufenden, nach dem Antragsverfahren gemäß den PT-RL des GBA durchgeführten und neben solchen Behandlungen in Ansatz gebracht werden. Lediglich eine Abrechnung nebeneinander in einer Sitzung bei Abrechnung der GOP EBM der Abschnitte 35.1 und 35.2 ist nicht möglich und die Leistungsabrechnung ist in zeitlicher Hinsicht begrenzt (max. 15 x im Quartal). Es liegt demnach nur insoweit eine zeitliche und inhaltliche Begrenzung der GOP 23220 EBM vor. Die GOP 23220 EBM kann zudem als eigenständige Leistung auch insbesondere dann abgerechnet werden, wenn sich der Patient nicht in psychotherapeutischer Behandlung beim psychotherapeutischen Leistungserbringer befindet oder für den Patienten keine Psychotherapie beim psychotherapeutischen Leistungserbringer vorgesehen ist (vgl. hierzu auch: Wezel/Liebold, a.a.O.).

Obwohl der Beklagte im Rahmen seines Beschlusses zunächst vordergründig diesen Ansatz wählt, negiert er diesen letztlich durch eine pauschale Begründung der Unwirtschaftlichkeit in den streitgegenständlichen Fallkonstellationen. Dies kommt auch nach der Auffassung des Senats einem Verbot der Abrechnung der GOP 23220 EBM bei laufender Probatorik, KZT oder LZT bzw. im Anschluss daran gleich. Kern der Begründung des Beklagten ist, dass der PT-RL und der Einhaltung der dazu erlassenen Regeln „ein gewisser Vorzug gebührt“, da hierdurch eine „gewisse zusätzliche externe Qualitätskontrolle“ (durch die Krankenkassen) möglich werde (grundsätzliche Erwägungen des Vorrangs der RL-Therapien im Sinne eines Qualitätsansatzes). Durch den Verweis des Beklagten im Rahmen des Beschlusses vom 7. Januar 2016 auf die für ihn nachvollziehbaren und überzeugenden Darlegungen der Fachreferentin, die es in ihrer Zusammenfassung gerade nicht für nachvollziehbar erachtet, dass bei laufender KZT mehrfach die GOP 23220 statt einer regulären (das heißt: im Antragsverfahren erfolgenden) Psychotherapiesitzung abgerechnet werde bzw. auch zu beanstanden sei, wenn während der Phase der probatorischen Sitzungen 40-, 50- oder 70-minütige Gespräche abgerechnet würden und keine weitere GOP 3510 (probatorische Sitzung), wird diese generalisierte Betrachtung des Beklagten zusätzlich verdeutlicht. Ob es sich bei den nicht gekürzten Ansätzen der GOP 23220 EBM im streitgegenständlichen Zeitraum, worauf der Beklagte im Klage- und Berufungsverfahren hinweist, gleichfalls um die von der Prüfreferentin kritisierten Fallkonstellationen handelt und inwieweit sich diese gegebenenfalls zu den gekürzten unterscheiden, bildet sich weder in dem Beschluss des Beklagten vom 7. Januar 2016 noch in den Abrechnungsunterlagen der Prüfreferentin ab. Parameter des „gewissen Vorzugs“ werden von dem Beklagten nicht genannt. Soweit der Beklagte im Rahmen seines Beschlusses vom 7. Januar 2016 zudem zur Begründung der Unwirtschaftlichkeit erneut den „weit überdurchschnittlichen“ Ansatz der GOP 23220 EBM bei dem Kläger heranzieht, verkennt er, dass, wie bereits oben dargestellt, bei Einzelfallprüfungen gerade nicht an dem allgemeinen Vergleich mit dem durchschnittlichen Aufwand der FG angesetzt wird, sondern diese einen direkten Bezug zu dem tatsächlichen (konkreten) Behandlungs- oder Verordnungsverhalten des geprüften Arztes haben. Dies wird von dem Beklagten selbst im Rahmen des Berufungsverfahrens bei der Frage der Vergleichbarkeit der FG explizit ausgeführt. Die Begründung, dass die GOP 23220 EBM ausschließlich zur Streckung von Therapieperioden genutzt werde und damit die in der PT-RL vorgesehenen Stundenkontingente künstlich erweitert würden, findet sich in dem Beschluss des Beklagten vom 7. Januar 2016 nicht.

Ein genereller Vorrang von antragspflichtigen Psychotherapien, wie von dem Beklagten vorgetragen, ergibt sich weder aus Abschnitt F der PT-RL noch nach der GOP 35.2 EBM. Aufgrund der Eigenständigkeit der Leistung Psychotherapeutisches Gespräch nach der GOP 23220 EBM geht auch der Vortrag des Beklagten zur Einbeziehung von Bezugspersonen aus dem Blickwinkel der KZT bzw. LZT fehl. Zu der Frage der Sinnhaftigkeit eines niederfrequenten therapeutisches Angebots zur Versorgung z.B. chronisch Kranker zur Stützung zwischen zwei Behandlungen, als Kurzintervention in Krisen oder als Erhaltungstherapie mittels der GOP 23220 EBM nach abgeschlossener KZT oder LZT (vgl. insoweit die für den Senat nachvollziehbaren Ausführungen des Prüfreferenten in dem vom Sozialgericht entschiedenen Fall, der die Abrechnung der GOP 23220 EBM insoweit ausdrücklich befürwortet: Urteil vom 30. Oktober 2019, S 17 KA 34/16, S 17 KA 632/16, zitiert nach juris), nimmt weder der Beklagte im Rahmen seines Beschlusses vom 7. Januar 2016 noch die Prüfreferentin Stellung. Es erfolgt lediglich – auch insoweit – ausweislich der Datenblätter eine Kürzung im Blick auf eine beendete KZT ohne weitere Differenzierung und im Blick auf einen grundsätzlichen Vorrang der Therapien nach der PT-RL.

Auch der Senat geht im Einklang mit der Rechtsprechung des Sozialgerichts Marburg (vgl. bereits Urteil vom 30. Oktober 2019, S 17 KA 34/16, S 17 KA 632/16, zitiert nach juris) davon aus, dass sich das Psychotherapeutische Gespräch nach GOP 23220 EBM bezüglich des

Personenkreises, Inhalts und der Zielrichtung im Blick auf probatorische Sitzungen, KZT und LZT ausdifferenziert, d.h. es sich insoweit gerade nicht um identische Leistungsinhalte handelt. Ob im Einzelfall entsprechende Indikationen gemäß den Leistungslegenden vorlagen, ist unter strikter Beachtung des fakultativen Leistungsinhalts zu entscheiden (vgl. insoweit auch: Wezel/Liebold, a.a.O.). Insoweit erscheint es sinnvoll, die Behandlungsdokumentation im Einzelfall in die Prüfung der Wirtschaftlichkeit im Rahmen einer Einzelfallprüfung einzubeziehen und sich nicht allein die Behandlungsscheine des Klägers zugrundezulegen, die hierüber keinerlei Auskunft erteilen (vgl. insoweit: Bundessozialgericht, Urteil vom 13. August 2014, B 6 KA 41/13 R, zitiert nach juris).

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Sozialgerichtsgesetz (SGG) i.V.m. § 154 Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Kosten der Beigeladenen waren nicht zu erstatten bzw. diesen waren keine Kosten aufzuerlegen, da diese keine Anträge gestellt haben, § 197a SGG i.V.m. § 154 Abs. 3 VwGO (Schmidt in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, Kommentar, 13. Auflage, § 197a Rdnr. 29 m.w.N.).

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des § 160 Abs. 2 SGG nicht vorliegen.

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-11-18