L 7 KA 49/19

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
7.
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 79 KA 221/16
Datum
24.07.2019
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 7 KA 49/19
Datum
21.12.2022
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
BSG B 6 KA 4/23 B
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Die Abrechenbarkeit des Chronikerzuschlages nach GOP 03212 EBM erfordert nach § 2 Abs. 2 der Chroniker-Richtlinie des GBA eine

ärztliche Behandlung wenigstens ein Jahr lang und mindestens einmal pro Quartal.

2. Ärztliche Behandlung in diesem Sinne liegt nur vor bei unmittelbarem Arzt-Patienten-Kontakt und nicht etwa bei dauerhafter ärztlich verordneter

Medikamenteneinnahme.

3. Als Anspruchsteller trifft den Vertragsarzt grundsätzlich die Feststellungslast hinsichtlich der Voraussetzungen für seinen Vergütungsanspruch. Das

gilt vor allem, wenn sich der Arzt auf für ihn günstige Tatsachen berufen will, die allein ihm bekannt sind oder nur durch seine Mithilfe aufgeklärt

werden können.

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 24. Juli 2019 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Die Klägerin wendet sich gegen eine sachlich-rechnerische Berichtigung des Honorars für die Quartale I/10 bis IV/12 wegen fehlerhafter Abrechnung des „Chroniker-Zuschlages“ nach GOP 03212 EBM.

Die Klägerin betreibt die Poliklinik „H“, die als Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V a.F. seit 1. April 2005 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt. Im streitigen Zeitraum bestand die Poliklinik aus acht Ärztinnen und Ärzten, darunter Dr. A R, Fachärztin für Innere Medizin, tätig im Rahmen der hausärztlichen Versorgung mit einer diabetologischen Schwerpunktpraxis.

Im Februar 2014 teilte die Beklagte der Klägerin im Rahmen einer Plausibilitätsprüfung u.a. mit, dass Frau Dr. R mit dem Zeitaufwand für ihre Leistungserbringung in den Quartalen I/10 bis IV/12 den Höchstumfang ihrer Beschäftigung überschritten habe.

Als Ergebnis der Plausibilitätsprüfung empfahl der Plausibilitätsausschuss in einem Prüfbericht vom 14. Juli 2014, das Honorar der Klägerin für die Quartale I/10 bis IV/12 um insgesamt 69.382,44 Euro (brutto) zu berichtigen. Zwar zeige sich bei genauerer Betrachtung für Frau Dr. R keine Überschreitung des Höchstumfangs der Beschäftigung, doch habe sich als ergänzende Tatsachenfeststellung ergeben, dass der Chroniker-Zuschlag nach GOP 03212 EBM von dieser Ärztin in mehreren hundert Fällen je Quartal fehlerhaft abgerechnet worden sei: Zu kürzen sei diese GOP in allen Behandlungsfällen, in denen die Behandlung der Patienten nicht in jedem der vier Quartale vor der Abrechnung durch die Poliklinik erfolgt sei.

Mit Bescheid vom 30. Juli 2014 kürzte die Beklagte hierauf das Honorar der Klägerin für die Quartale I/10 bis IV/12 um insgesamt 69.382,44 Euro (brutto) bzw. 68.134,04 Euro (netto); wegen der Berechnung im Einzelnen wird auf Bl. 160 des Verwaltungsvorgangs der Beklagten Bezug genommen. Als Anlage beigefügt war dem Bescheid eine anonymisierte Aufstellung aller Patientinnen und Patienten, für die Frau Dr. R den „Chroniker-Zuschlag“ nach GOP 03212 EBM zur Abrechnung gebracht hatte und für die eine Vorbehandlung nur in weniger als vier Vorquartalen zu verzeichnen war. Auf Bl. 81 bis 159 des Verwaltungsvorgangs der Beklagten wird Bezug genommen. Die Abrechnung des Chroniker-Zuschlages erfordere eine ärztliche Behandlung des jeweiligen Patienten in jedem der vier Quartale vor der Abrechnung. Im Einzelnen wurde der ausschließlich von Frau Dr. R abgerechnete Chroniker-Zuschlag in folgendem Umfang gekürzt:

Quartal	Arztfälle Dr. R	Anzahl abgerechnete GOP Nr. 03212	Anzahl gekürzte GOP Nr. 03212
I/10	1.003	972	312
II/10	993	973	323
III/10	980	922	288
IV/10	1.003	951	326
I/11	987	934	328
II/11	973	909	344
III/11	941	889	360
IV/11	1.027	968	423
I/12	975	972	412
II/12	979	955	383
III/12	967	926	354
IV/12	1.011	917	321

Den hiergegen erhobenen Widerspruch wies die Beklagte durch Widerspruchsbescheid vom 8. Dezember 2015 zurück. Die textliche Umschreibung von GOP 03212 EBM in Verbindung mit § 2 Abs. 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 für schwerwiegend chronisch Erkrankte („Chroniker-Richtlinie“) erfordere, dass der Patient für die Abrechenbarkeit der GOP 03212 wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt worden sein müsse. Der Ausgangsbescheid habe im Einzelnen patientenbezogen belegt, in welchen Fällen Versicherte in den Vorquartalen nur maximal dreimal bei der Klägerin in Behandlung gewesen seien. Exemplarische Überprüfungen bestätigten dies. Sofern die Klägerin geltend mache, die Vorbehandlung müsse nicht durch denselben Arzt erfolgen, sei dem zuzustimmen; allerdings habe die Klägerin trotz Aufforderung nicht mitgeteilt, bei welchen Ärzten jeweils die vorherige Behandlung wegen der entsprechenden schwerwiegenden chronischen Erkrankung stattgefunden habe. Die ihr obliegende Feststellungslast habe die Klägerin insoweit nicht erfüllt. Die schlichte Behauptung, Frau Dr. R habe sich in allen Einzelfällen durch unmittelbare Befragung der Patienten vergewissert, welche regelmäßigen anderweitigen Arztbesuche erfolgt seien, reiche nicht aus. Die Klägerin hätte die Voraussetzungen für die Abrechenbarkeit der Chroniker-Pauschale in allen Einzelfällen beweisen müssen, nachdem einmal Zweifel an der Ordnungsgemäßheit der Abrechnungen entstanden seien. Der Beklagten sei es technisch nicht möglich, die vorbehandelnden Ärzte der jeweiligen Patienten herauszufiltern. Zudem sei der nicht ordnungsgemäße Ansatz der Chroniker-Pauschale im Durchschnitt in 347 Fällen pro Quartal erfolgt; es sei nicht glaubhaft, dass so viele Patienten pro Quartal über einen derart langen Zeitraum einen Hausarztwechsel zu Frau Dr. R vollzogen hätten.

Zur Begründung ihrer hiergegen erhobenen Klage hat die Klägerin im Wesentlichen angeführt, die Beweislast für die fehlerhafte Abrechnung der GOP 03212 liege allein bei der Beklagten. Eine bloße zeitliche Auffälligkeit liege ohnehin nicht vor. Die Klägerin treffe keine Verpflichtung, diejenigen Ärzte zu benennen, bei denen Vorbehandlungen stattgefunden hätten. Eine Dokumentationspflicht bestehe insoweit nicht. Frau Dr. R habe sich in jedem Einzelfall über die Abrechenbarkeit der Chroniker-Pauschale vergewissert; die unmittelbare Befragung sei durch sie selbst oder durch eine medizinische Fachkraft erfolgt.

Die Beklagte hat angeführt, sie sei ihrer Beweislast nachgekommen, indem sie genau dargelegt habe, bei welchen Patienten es in Bezug auf welches Quartal zu weniger als vier Vorbehandlungen gekommen sei. Vielmehr habe die Klägerin ihre Pflicht zur Substantiierung in jedem einzelnen Fall verletzt.

Mit Urteil vom 24. Juli 2019 hat das Sozialgericht Berlin die Klage abgewiesen und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt: Die streitige Honorarberichtigung beruhe auf § 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V in der bis 31. Dezember 2016 geltenden Fassung. Ihr stehe nicht entgegen, dass sich die zunächst erhobenen Vorwürfe der Implausibilität nicht bestätigt hätten. Unabhängig davon habe die Beklagte die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen in Bezug auf GOP 03212 EBM prüfen dürfen. Die Klägerin habe die Voraussetzungen für eine Abrechnung dieser GOP in den gekürzten Behandlungsfällen nicht nachgewiesen. Auf Grundlage des eindeutigen Wortlauts der GOP 03212 in Verbindung mit der Chroniker-Richtlinie des GBA gehe die Beklagte zutreffend davon aus, dass für die Abrechnung dieser GOP eine schwerwiegende chronische Krankheit vorliegen müsse, die wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal behandelt worden sei. Vorausgesetzt seien Arzt-Patienten-Kontakte in den vier vor dem Abrechnungsquartal liegenden Quartalen, wobei die Behandlung auch von verschiedenen Vertragsärzten ambulant durchgeführt werden oder auch stationär erfolgt sein könne. Vorliegend seien diese Voraussetzungen einer Dauerbehandlung in keinem der Kürzungsfälle nachgewiesen. Dabei habe die Beklagte sich auf eine Überprüfung der von der Klägerin eingereichten Abrechnungen beschränken dürfen; Feststellungen zu sonstigen Behandlern habe sie nicht treffen können. Grundsätzlich treffe den Vertragsarzt die Feststellungslast hinsichtlich der Voraussetzungen für seine Vergütungsansprüche. In keinem Fall habe die Klägerin die Voraussetzungen für eine Abrechenbarkeit der Chroniker-Pauschale nachgewiesen. Die schlichte Beteuerung der Ärztin, sich vergewissert zu haben, dass eine Dauerbehandlung vorliege, halte die Kammer nicht für ausreichend. Die Klägerin hätte das Vorliegen der Voraussetzungen für eine Abrechenbarkeit der GOP 03212 dokumentieren müssen. Die Ausschlussfrist von vier Jahren ab Zugang des Honorarbescheides habe die Beklagte eingehalten.

Gegen das ihr am 19. August 2019 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 29. August 2019 Berufung eingelegt. Zur Begründung führt sie im Wesentlichen aus: Es könne nicht davon die Rede sein, dass die Voraussetzungen für eine Abrechenbarkeit der GOP 03212 in den gekürzten Fällen nicht vorgelegen hätten. Eine Dauerbehandlung erfordere nicht zwingend einen Arzt-Patienten-Kontakt, sondern liege auch vor, wenn der Patient beispielsweise gut medikamentös eingestellt sei und den Behandler nicht in jedem Quartal aufsuche. Eine Dokumentationspflicht des Behandlers ergebe sich aus dem Regelwerk nicht. Beklagte und Sozialgericht stellten unerfüllbare Anforderungen an einen Behandler; eine regelhafte Abfrage von Vorbehandlungen beim Patienten müsse genügen. Die erhobene Rückforderung von Honorar gründe nur auf unbelegten Vermutungen und sei daher willkürlich. Lediglich die Beklagte sei in der Lage, die Frage der Vorbehandlungen zu prüfen, gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen. Jedenfalls sei die Honorarkorrektur unter dem Gesichtspunkt der Verhältnismäßigkeit in ihrer konkreten Höhe rechtswidrig.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 24. Juli 2019 sowie den Bescheid der Beklagten vom 30. Juli 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. Dezember 2015 aufzuheben, hilfsweise die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend. Die Auffassung der Klägerin, es bedürfe keines Arzt-Patienten-Kontakts, um von einer „Behandlung“ sprechen zu können, gehe fehl. § 2 Abs. 2 der Chroniker-Richtlinie fordere ausdrücklich, dass der Versicherte wenigstens ein Jahr lang „mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt“ worden sei; das erfordere unzweifelhaft einen Arzt-Patienten-Kontakt. Werde ein Arzt in einem Quartal nicht aufgesucht, liege auch keine ärztliche Behandlung vor. Bei Zweifeln an der ordnungsgemäßen Leistungserbringung oder -abrechnung treffe den Vertragsarzt eine Feststellungslast; das entspreche ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung (Hinweis auf B 6 KA 17/00 B). Einen Beweis für die ordnungsgemäße Abrechnung der GOP 03212 habe die Klägerin nicht erbracht. Die vorgenommene sachlich-rechnerische Richtigstellung sei verschuldensunabhängig. In jedem Einzelfall habe die Beklagte nachgewiesen, dass die GOP 03212 zu Unrecht angesetzt worden sei.

Wegen des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird im Übrigen auf den Inhalt der Gerichtsakte und des Verwaltungsvorgangs der Beklagten Bezug genommen, der, soweit wesentlich, Gegenstand der Erörterung in der mündlichen Verhandlung und der Entscheidungsfindung war.

Entscheidungsgründe

Die Berufung der Klägerin ist zulässig, bleibt aber ohne Erfolg. Zu Recht hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Die von der Beklagten vorgenommene sachlich-rechtliche Richtigstellung ist rechtlich nicht zu beanstanden.

Die Gründe der erstinstanzlichen Entscheidung sind in jeder Hinsicht überzeugend. Das Sozialgericht hat die Rechtsgrundlage der vorgenommenen Honorarberichtigung mit § 106a Abs. 2 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung zutreffend benannt und auch den textlichen Inhalt der GOP 03212 EBM sowie von § 2 der Chroniker-Richtlinie des GBA zutreffend wiedergegeben. Rechtlich beanstandungsfrei hat das Sozialgericht auch herausgearbeitet, warum die Abrechnung der Chroniker-Pauschale in GOP 03212 in den von der Beklagten benannten insgesamt 4.174 Fällen (im Schnitt 347 pro Quartal) zu Unrecht erfolgte, nämlich weil der jeweilige Versicherte in den vier vorangegangenen Quartalen nicht durchweg ärztlich behandelt wurde, sondern nur in höchstens drei Quartalen; das ist mit den umfassenden von der Beklagten gefertigten Aufstellungen hinreichend belegt. Dem ist nichts hinzuzufügen und der Senat nimmt zur Vermeidung von Wiederholungen nach eigener Sachprüfung Bezug auf die Gründe der erstinstanzlichen Entscheidung (§ 153 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz [SGG]).

Unter Bezugnahme auf die Begründung der Berufung bleibt zu ergänzen:

Es ist unvertretbar zu meinen, eine „ärztliche Behandlung“ liege auch in einem Quartal vor, in dem der Patient den Arzt gar nicht aufsuche, sondern nur die zuvor verordnete Medikation einnehme. Diese von der Klägerin ausdrücklich vertretene Sichtweise könnte zum einen erklären, warum Frau Dr. R die Chroniker-Pauschale im bemerkenswerten Umfang von mehr als 95 Prozent ihrer Behandlungsfälle zur Abrechnung brachte – weil sie eben irrtümlich meinte, die erforderliche Dauerbehandlung bedürfe keines quartalsweisen Arzt-Patienten-Kontakts. Zum anderen würden mit dieser Sichtweise Sinn und Zweck der Begriffsbestimmung „schwerwiegend chronisch“ in § 2 Abs. 2 der Chroniker-Richtlinie ausgehebelt, die gerade einen intensiven Arzt-Patienten-Kontakt voraussetzt. Schließlich würde das Merkmal „schwerwiegend chronisch“ auch ins Uferlose ausgedehnt, verstünde man unter „ärztlicher Behandlung“ entgegen dem Wortsinn auch die monatelange Einnahme verordneter Arzneimittel ohne Arzt-Patienten-Kontakt (im Ergebnis ebenso: Landessozialgericht Sachsen-Anhalt, Urteil vom 16. Juli 2014, L 9 KA 12/12, zitiert nach juris, dort Rdnr. 56; Sozialgericht für das Saarland, Urteil vom 28. Januar 2015, S 2 KA 178/14, zitiert nach juris, dort Rdnr. 27).

Unabhängig davon verkennt die Klägerin die ihr im vorliegenden Zusammenhang obliegende Feststellungslast. Grundsätzlich gilt: Es ist in erster Linie Sache des Vertragsarztes, begründete Zweifel an der Richtigkeit der Abrechnung auszuräumen. Diese Obliegenheit ist umso ausgeprägter, je gravierender die Hinweise auf Abrechnungsfehler sind. Als Anspruchsteller trifft den Arzt grundsätzlich die Feststellungslast hinsichtlich der Voraussetzungen für seinen Vergütungsanspruch. Das gilt vor allem, wenn sich der Arzt auf für ihn günstige Tatsachen berufen will, die allein ihm bekannt sind oder nur durch seine Mithilfe aufgeklärt werden können (ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, vgl. nur Urteil vom 15. Juli 2020, B 6 KA 13/19 R, zitiert nach juris, dort Rdnr. 32; Beschluss vom 6. September 2000, B 6 KA 17/00 B, zitiert nach juris, dort Rdnr. 8; Beschluss vom 17. März 2016, B 6 KA 60/15 B, zitiert nach juris, dort Rdnr. 11; s.a. Schl.-Holst. Landessozialgericht, Urteil vom 22. Februar 2022, L 4 KA 77/18, zitiert nach juris, dort Rdnr. 37).

Im Falle der Klägerin bzw. der bei ihr tätigen Ärztin Dr. R bestanden zur Überzeugung des Senats begründete Zweifel an der Richtigkeit der Abrechnung, denn die Beklagte hat nachgewiesen, dass auf der Grundlage der bei ihr vorhandenen Abrechnungsdaten über drei Jahre hinweg in insgesamt 4.174 Fällen die Voraussetzungen einer „Dauerbehandlung“ nicht vorlagen, weil die Versicherten nur in höchstens drei der vorangehenden vier Quartale in ärztlicher Behandlung waren. Damit schlug die Darlegungslast um in Richtung der Klägerin, die anhand ihrer Patientenunterlagen hätte nachweisen müssen, auf welcher tatsächlichen Grundlage sie die GOP 03212 zur Abrechnung brachte. Es wäre auch völlig unkompliziert gewesen, dies zu dokumentieren, weil lediglich hätte vermerkt werden müssen, in welchem Quartal der jeweilige Versicherte wegen seines chronischen Leidens in anderweitiger ärztlicher Behandlung war. Hiervon hat die Klägerin offensichtlich abgesehen, womit sie aber die Folgen nicht erfüllter Feststellungslast treffen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG in Verbindung mit § 154 Abs. 2 VwGO. Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht, § 160 Abs. 2 SGG.

Rechtskraft
Aus
Saved
2023-01-19