

S 12 KA 196/14

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 196/14
Datum
02.12.2015
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 3/16
Datum
20.02.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 24/19 R
Datum
15.07.2020
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Macht der Vertragsarzt ein grundsätzliches Verständnis von der Abrechnungsfähigkeit der betroffenen Leistungen deutlich und sind alle Fälle gleichgelagert, kann davon ausgegangen werden, dass die aufgedeckten Abrechnungsfehler in sämtlichen streitbefangenen Quartalen vorhanden sind und kann deshalb das aus Prüfung von exemplarischen Fällen gewonnene Ergebnis auf die übrigen Fälle, auch in weiteren Quartalen, hochgerechnet werden (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 17.02.2015 - [L 11 KA 82/14 B ER](#) - www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris Rdnr. 26 f.). Es sind aber die Leistungen, deren Abrechnung in Konsequenz der fehlerhaften Abrechnung unterblieben ist, zuzusetzen (hier: neben Nr. 31831 EBM auch Nr. 31820 EBM).

2. Die Verwendung einer einfachen Plastikmaske zur Gabe von Sauerstoff, die über die Nase gestülpt und mit einem Gummizug am Kopf befestigt wird, erfüllt jedenfalls im Zusammenhang mit Katarakt-Operationen nach Nr. 31351 EBM nicht das Tatbestandsmerkmal "Kombinationsnarkose mit Maske" i.S.d. Leistungslegende nach Nr. 31822 EBM.

1. Die Beklagte wird unter Abänderung der Bescheide der Beklagten vom 07.03.2013 und vom 22.08.2013, beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.03.2014, verurteilt, in all denjenigen Fällen, in denen sie die Nr. 31822 EBM sachlich-rechnerisch berichtigt und in die Nr. 31831 EBM umgewandelt hat, darüber hinaus die Nr. 31820 EBM jeweils einmal im Behandlungsfall zuzusetzen.

2. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

3. Die Klägerin hat $\frac{3}{4}$, die Beklagte hat $\frac{1}{4}$ der Gerichtskosten zu tragen. Die Beklagte hat der Klägerin $\frac{1}{4}$ der notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um einen Honorarberichtigung für die 14 Quartale III/08 bis IV/11 aufgrund einer Plausibilitätsprüfung in Höhe von 117.947,23 EUR und hierbei insb. um die Frage, ob für eine Anästhesieleistung bei Katarakt-Operationen auch im Regelfall die Leistung nach Nr. 31822 EBM (Anästhesie und/oder Narkose) oder die Leistung nach Nr. 31831 EBM (Einleitung und Unterhaltung einer Analgesie und/oder Sedierung) abgerechnet werden kann.

Die Klägerin ist als Fachärztin für Anästhesie zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen. Seit April 2013 arbeitet sie als angestellte Ärztin bei einem anderen Anästhesisten.

In den Quartalen I/08 bis IV/11 setzte die Beklagte durch Honorarbescheid das Honorar der Klägerin wie folgt fest:

Quartal I/08 II/08 III/08 IV/08
Honorarbescheid v. 10.07.2008 27.10.2008 12.01.2009 30.03.2009
Bruttohonorar gesamt in EUR 20.787,99 27.629,21 46.214,54 45.158,59

Quartal I/09 II/09 III/09 IV/09
Honorarbescheid v. 20.07.2009 11.10.2009 23.12.2009 27.03.2010
Nettohonorar gesamt in EUR 61.839,16 56.099,76 35.008,96 50.694,93

Quartal I/10 II/10 III/10 IV/10

Honorarbescheid v. 29.06.2010 27.09.2010 28.12.2010 03.03.2011
Nettohonorar gesamt in EUR 57.979,52 51.624,38 30.407,40 34.737,60

Quartal I/11 II/11 III/11 IV/11
Honorarbescheid v. 29.06.2010 27.09.2010 28.12.2010 03.03.2011
Nettohonorar gesamt in EUR 30.644,36 31.726,08 23.350,03 16.385,23

Die Beklagte führte zunächst für die Quartale I/08 bis IV/08 eine Plausibilitätsprüfung durch und übersandte der Klägerin unter Datum vom 16.05.2012 die zeitbezogenen Rechnungsergebnisse für diese Quartale unter Erläuterung der Ermittlung der Zeitprofile. Sie bat insb. um Stellungnahme zur regelhaft abgerechneten Nr. 31822 EBM.

Die Klägerin trug mit E-Mail vom 10.06.2012 vor, die Plausibilitätszeit von 53 Minuten für die Vollnarkose nach Nr. 31822 EBM sei in ihrem Fall unrealistisch, da ihre Ophthalmochirurgen den Eingriff häufig in ca. 10 Minuten erledigten. Keine Abrechnungsbestimmung verlange von ihr, den Patienten dann weitere 40 Minuten schlafen zu lassen. Die abgerechnete Narkose sei im Anhang zum EBM der Operation fest zugeordnet. In allen Fällen im Rahmen der Kataraktchirurgie habe sie eine Kombinationsnarkose nach den Bedingungen des EBM durchgeführt. Auf Anfrage der Beklagten reichte die Klägerin ferner die Narkoseprotokolle (17) eines Beispieltages (30.09.2008) ein.

Die Beklagte hob mit Bescheid vom 13.02.2013 im Rahmen der zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung der Honorarabrechnung der Praxis der Klägerin für die zwei Quartale III und IV/08 die Honorarbescheide für diese Quartale auf und setzte die unter Prüfungsvorbehalt gezahlte Vergütung neu fest. Hieraus errechnete sie eine von ihr festgesetzte Honorarrückforderung in Höhe von insgesamt 20.036,58 EUR netto. Im Einzelnen setzte sie folgende Honorarrückforderungen fest:

Quartal Kürzungsbetrag in EUR netto
III/08 11.506,63
IV/08 8.529,95
gesamt 20.036,58

Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 13.01.2015 gegenüber dem Gericht klargestellt, dass für das Quartal IV/08 der aus der Anlage ersichtliche Betrag in Höhe von 8.529,95 EUR und nicht der im Bescheidtext angegebene und um 300 EUR erhöhte Betrag in Höhe von 8.829,95 EUR maßgebend ist, so dass auch die im Bescheidtext angegebene Gesamtsumme richtig errechnet ist.

Zur Begründung führte sie u.a. aus, die Erstellung der Tages- und Quartalsprofile für die Praxis habe zu folgendem Ergebnis geführt:

Quartalsübersicht:

Quartal Tagesprofil Anzahl Tage davon Maximale Arbeitszeit pro Tag im Quartal Quartalsprofil Zeitsumme Überschreitung) 12 Std.) 16 Std.
Std.: Min. Std.: Min.
1/2008 0 0 9:41 136:36 -
2/2008 0 0 8:35 184:54 -
3/2008 6 1 16:53 256:27 -
4/2008 6 0 12:36 273:23 -

Beispielhaft weise sie auf das Tagesprofil für Montag, 30.09.2008, Zeit gesamt: 16:53 Std., hin:

GOP Anzahl Zeit Zeit gesamt Tagesprofil Zeit gesamt Quartalsprofil
05340 Überwachung der Vitalfunktionen 1 15,00 00:15 00:15
31503 Postoperative Überwachung 15 10,00 02:30 02:30
31822 Anästhesie/Narkose 16 53,00 14:08 14:08

Sie habe die von der Klägerin auf Anforderung vorgelegten Narkoseprotokolle einem Prüfarzt zur Beurteilung vorgelegt. Die Klägerin betreibe mit einer im Vergleich zur Prüfgruppe unterschiedlichen Fallzahl und einem überdurchschnittlichen Fallwert ihre Praxis:

Quartal Fallzahl Praxis Fallzahl Prüfgruppe Fallwert Praxis Fallwert Prüfgruppe
1/2008 76 334 305,21 196,59
2/2008 98 326 315,16 204,27
3/2008 181 315 281,70 201,22
4/2008 203 327 271,26 202,85

Die Grenze von 12 Stunden am Tag sei an insgesamt 12 Tagen in den Quartalen III/08 und IV/08 überschritten worden. Bei den übrigen Quartalen lägen keine zeitlichen Auffälligkeiten vor. Sie werde vornehmlich zu Kataraktoperationen zur Narkose hinzugezogen. Die von einem MVZ an die Praxis der Klägerin ausgestellten Überweisungsscheine machten fast 75% ihrer Fallzahl aus. So seien zum Beispiel im Quartal III/08 von insgesamt 187 Überweisungen 136 Überweisungen von verschiedenen Augenärzten des o.g. MVZ an die Klägerin ausgestellt worden, in denen nahezu ausschließlich die Narkose-/Anästhesieleistung nach Nr. 31822 bei Kataraktoperationen abgerechnet worden sei (ICD: H25.8 Sonstige senile Kataraktformen/OPS: 5-144.3a). Die in der Nr. 31822 EBM enthaltenen Narkose-/Anästhesieverfahren würden bei einer Kataraktoperation nur ausnahmsweise erforderlich werden. Diese Leistung könne nicht regelhaft bei Kataraktoperationen abgerechnet werden. Ein Chefarzt einer Universitätsaugenklinik beziffere die notwendige Häufigkeit der in dieser Leistung enthaltenen Narkoseverfahren (Kombinationsnarkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation) bei Kataraktoperationen auf ca. 5%, obwohl die Multimorbidität hier erfahrungsgemäß höher als in der ambulanten Versorgung anzunehmen sei. Vergleichbare Aussagen seien von befragten niedergelassenen Augenärzten erfolgt. Der Hinweis der Klägerin auf den Anhang 2 zum EBM treffe nicht zu. Es könnten sowohl die Leistungen nach Nr. 31831 EBM als auch nach Nr. 31822 EBM abgerechnet werden. In der Regel würden heutzutage diese Operationen in oberflächlicher Betäubung nach Nr. 31801 EBM vom Augenarzt durchgeführt werden. Der zugezogene Anästhesist könne für Analgesie und/oder Sedierung während des Eingriffs die Nr. 31831 EBM (Prüfzeit 32 Minuten) ansetzen. Die Betäubung und die operative

Vorgehensweise würden immer in Abhängigkeit von Vor- und Begleiterkrankungen des Auges, früheren Operationen am Auge durchgeführt werden. In fast allen Fällen könne eine solche minimal-invasive Kataraktoperation in ca. 10-15 Minuten in oberflächlicher Betäubung mit Augentropfen (Tropfanästhesie) durchgeführt werden, wobei durch mehrmaliges Auftropfen eines Betäubungsmittels auf die Augenoberfläche die Schmerzfreiheit am Operations-Auge erreicht werde. Dies entspreche zeitlich auch dem Sachvortrag der Klägerin. Es sei nicht angemessen, regelmäßig die Nr. 31822 anzusetzen. Dies würde den erforderlichen zeitlichen Rahmen einer Kataraktoperation sprengen. Zudem seien heutzutage ausnehmend potente Sedativa vorhanden, die dann jedoch nicht als Vollnarkose nach Nr. 31822 EBM abzurechnen seien. Eine weitergehende Prüfung der von der Klägerin vorgelegten Narkoseprotokolle durch einen Prüfarzt habe ergeben, dass aus den eingereichten Dokumentationen die vollständige Erfüllung des Leistungsinhaltes der Nr. 31822 nicht entnommen werden könne. Bei sämtlichen der vorgelegten Narkoseprotokolle sei eine Retrobulbäre Anästhesie als sog. Hauptbetäubung für den Eingriff dokumentiert. Darüber hinaus sei auch keine Masken- oder Intubationsnarkose dokumentiert worden. Zudem würden die verwendeten Anästhetikamengen belegen, dass hier nur eine Sedation im Rahmen eines Stand-By erfolgt sei. Als weiteres Indiz, dass die anästhesiologische Leistung die eines Stand-By nach Nr. 31381 EBM gewesen sei, belege zudem, dass keine Wechselzeiten zwischen den einzelnen Operationen gelegen hätten. Eine Leistung sei nur dann berechnungsfähig, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht worden sei. Sie verweise auch auf das Urteil des LSG Nordrhein-Westfalen vom 23.07.2003 ([L 10 KA 51/02](#)). Aufgrund der Tagesprofile und der ergänzenden Feststellungen der Abrechnung nicht oder nicht vollständig erbrachter Leistungen, des mehrfachen im quartalsübergreifenden Ansatz der falschen Gebührennummer und somit der Nichtbeachtung der vertraglich vereinbarten Abrechnungsbestimmungen komme sie zum Ergebnis, dass ein Verstoß gegen die rechtliche Ordnungsmäßigkeit der Abrechnung vorliege und eine Honorarberichtigung vorzunehmen sei. Die Berichtigung errechne sich aus der Differenz der punktzahlmäßigen Bewertung der einzelnen Leistungen (Nr. 31822 zu Nr. 31831 EBM) entsprechend der für jedes Quartals geltenden Quotierungen in der jeweiligen Honorargruppe. Dazu seien zu Gunsten der Klägerin im Wege der Schätzung 10% der Leistung nach Nr. 31822 als plausibel bewertet worden. Sie verweise auf die beigefügten Berechnungsbögen. Ihr komme ein Schätzungsermessen zu.

Hiergegen legte die Klägerin am 03.04.2013 Widerspruch ein. Zur Begründung ihres Widerspruchs führte die Klägerin aus, die angesetzte Prüfzeit von 53 Minuten für die Nr. 31822 EBM sei unrealistisch und weit überzogen. In Bayern würden ambulante Kataraktoperationen von erfahrenen Augenärzten OP-Zeiten von 10 Minuten akzeptiert werden. Ihre tatsächliche zeitliche Inanspruchnahme habe bei Phakoemulsifikationen bei ruhigem Ablauf ausweislich der vorgelegten Anästhesieprotokolle maximal 25 bis 30 Minuten je Eingriff betragen. Bei 16 Katarakt-Operationen reduziere sich die zeitliche Inanspruchnahme auf ca. 8 Stunden. Es sei damit an keinem einzigen Tag zu einer implausiblen Überschreitung der Tagesprofilzeiten gekommen. Sie könne sich auch auf Vertrauensschutz berufen. Bis zum EBM 2005 sei die Abrechnung nach dem Strukturvertrag erfolgt. Danach sei es zu großen Unsicherheiten in Bezug auf die Frage gekommen, welche Leistungsziffer für das hier relevante Verfahren bei Phakoemulsifikationen abgerechnet werden könne. Sie habe von der Beklagten die Auskunft erhalten, dass die Abrechnung mit der Nr. 31822 EBM erfolgen müsse. Diese mündliche Auskunft entspreche auch den späteren offiziellen Verlautbarungen der Beklagten. Sie verweise auf das Rundschreiben vom 20.05.2005. Die Nr. 31831 EBM sei im Rundschreiben nicht genannt. Im Übrigen hätte die damals zugelassene Abrechnungssoftware die Abrechnung der Nr. 31831 oder 31821 für Eingriffe der Leistungskategorie X2 nicht zugelassen. Sie habe sehr wohl Kombinationsnarkosen mit Maske im Sinne der Nr. 31822 EMB vorgenommen. Durch eine Kombination verschiedener Arzneimittel (Propofol, Dormicum und Ketanest) sei das Narkoseziel erreicht worden. Bereits bei dieser total intravenösen Anästhesie (TIVA) handele es sich terminologisch um eine Kombinationsnarkose. Zusätzlich werde aber diese intravenöse Anästhesie mit der Retrobulbäranästhesie als Lokalanästhesie kombiniert, sodass auch dann eine Kombinationsnarkose vorliege, wenn man unter einer Kombinationsnarkose die gleichzeitige Durchführung von Allgemein- und Regionalanästhesieverfahren verstehe. Aus dem Wortlaut Nr. 31822 EMB folge, dass einer der dort genannten Varianten der Atemwegssicherheit erbracht worden sein müsse, was immer der Fall gewesen sei und auch entsprechend dokumentiert worden sei. Eine "Maskennarkose" im Sinne der Gabe eines Narkosegases über die Maske müsse nach der Leistungslegende nicht durchgeführt werden. Das Urteil des LSG Nordrhein-Westfalen betreffe eine andere EBM-Systematik. Die Anästhetikamengen seien noch ausreichend gewesen, um eine Vollnarkose herbeizuführen. Der Patient müsse kurzzeitig nicht erweckbar sein. Das sei während der Setzung der Retro-/bzw. Parabolbulbäranästhesie der Fall gewesen. Gerade bei älteren Patienten reichten die verwendeten Anästhetikamengen mit je nach Alter zwischen 30 und 100 mg Propofol aus. Die intravenösen Anästhesien seien auf Wunsch der operierenden Augenärzte, der die Entscheidung über das Anästhesieverfahren treffe, durchgeführt worden um eine motorische Antwort auf den Schmerzreiz bei der Retro-/Parabolbulbäranästhesie zu vermeiden, vegetativ-adrenerge Antworten bei der Retro-/Parabolbulbäranästhesie zu unterdrücken und unvorhergesehene Reaktionen und Nichtführbarkeit bei Verständnisproblemen durch Demenz zu vermeiden. Die Anästhesistin prüfe lediglich, ob Kontraindikationen gegen den Wunsch des Augenarztes sprächen. Es komme nicht mehr darauf an, ob die Vollnarkose auch während des gesamten Zeitraums der Katarakt-Operation fortwirke oder nicht. Sie erhebe vorsorglich die Einrede der Verjährung. Die Implausibilität könne nicht mit dem Argument, das Verfahren werde nur ausnahmsweise notwendig sein, begründet werden. Dies sei allenfalls in einem Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren in Erwägung zu ziehen.

Die Beklagte führte für die Quartale I/09 bis IV/11 eine weitere Plausibilitätsprüfung durch und übersandte der Klägerin unter Datum vom 24.04.2013 die zeitbezogenen Rechnungsergebnisse für diese Quartale unter Erläuterung der Ermittlung der Zeitprofile.

Die Klägerin verwies in der Stellungnahme ihrer Prozessbevollmächtigten vom 31.07.2013 im wesentlichen auf ihre Widerspruchsbegründung zu den Vorquartalen. Es fehle bereits an einem Aufgreifkriterium in allen Quartalen.

Die Beklagte hob mit Bescheid vom 22.08.2013 im Rahmen der zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung der Honorarabrechnung der Praxis der Klägerin für die Quartale I/09 bis IV/11 die Honorarbescheide für diese Quartale auf und setzte die unter Prüfungsvorbehalt gezahlte Vergütung neu fest. Hieraus errechnete sie eine von ihr festgesetzte Honorarrückforderung in Höhe von insgesamt 97.910,65 EUR netto. Im Einzelnen setzte sie folgende Honorarrückforderungen fest:

Quartal Kürzungsbetrag in EUR netto

I/09 13.044,36
II/09 11.695,36
III/09 6.088,92
IV/09 8.151,47
I/10 9.716,76
II/10 10.448,69

III/10 7.987,04
IV/10 9.717,97
I/11 7.160,14
II/11 8.479,05
III/11 4.028,21
IV/11 1.392,68
gesamt 97.910,65

Die Erstellung der Tages- und Quartalsprofile für die Praxis der Klägerin habe zu folgendem Ergebnis geführt:

Quartal Tagesprofil

Anzahl der Tage davon Maximale Arbeitszeit
pro Tag im Quartal Quartalsprofil
Zeitsumme Überschreitung

) 12 Std.) 16 Std. Std.: Min. Std.: Min.

1/2009 7 1 19:13 384:43 0:00
2/2009 7 2 16:48 335:51 0:00
3/2009 5 2 18:17 218:23 0:00
4/2009 3 0 15:22 304:48 0:00
1/2010 4 0 14:57 350:53 0:00
2/2010 5 0 15:45 321:47 0:00
3/2010 4 0 15:45 186:39 0:00
4/2010 5 0 13:31 206:54 0:00
1/2011 2 0 12:36 191:58 0:00
2/2011 3 0 13:39 191:13 0:00
3/2011 2 0 15:45 153:23 0:00
4/2011 0 0 10:13 111:41 0:00

Beispielhaft verweise sie auf das Tagesprofil für Dienstag, den 17.02.2009, Zeit gesamt: 19:13 Stunden:

GOP Anzahl Zeit Zeit gesamt Tagesprofil Zeit gesamt Quartalsprofil

05340 Überwachung der Vitalfunktionen 1 15,00 0:15 00:15
31503 Postoperative Überwachung 11 10,00 1:50 1:50
31822 Anästhesie/Narkose 11 53,00 9:43 9:43
31823 Anästhesie/Narkose 2 68,00 2:16 2:16
31824 Anästhesie/Narkose 1 83,00 1:23 1:23
31825 Anästhesie/Narkose 2 98,00 3:16 3:16
31828 Zuschlag 2 15,00 0:30 0:30

Im Vergleich zu ihrer Fachgruppe rechne die Klägerin wie folgt ab:

Quartal Fallzahl Praxis Fallzahl Prüfgruppe Fallwert Praxis Fallwert Prüfgruppe

1/2009 247 343 272,69 171,76
1/2010 237 319 263,80 180,36
3/2010 123 282 260,26 170,16
2/2011 145 312 219,99 170,75

Die Überprüfung der Abrechnungen habe ergeben, dass neun von zwölf Quartalen an insgesamt 43 Behandlungstagen zeitliche Überschreitungen vorgelegen hätten, davon werde die Grenze von 16 Stunden an fünf Tagen überschritten. Im Übrigen machte sie im Wesentlichen die gleichen Ausführungen wie im Berichtigungsbescheid für die Vorquartale.

Hiergegen legte die Klägerin am 24.09.2013 Widerspruch mit weitgehend gleichlautender Begründung wie zu den Vorquartalen ein. Ergänzend führte die Klägerin aus, die Honorarrückforderung sei auch der Höhe nach rechtswidrig. Es sei lediglich die Nr. 31831 EBM angesetzt worden, nicht aber die im jeden Fall ebenfalls verwirklichte Nr. 31820 EBM. Der Regress sei daher in jedem Fall um 23.611,14 EUR zu hoch angesetzt worden.

Die Beklagte fasste beide Widerspruchsverfahren zusammen und wies mit Widerspruchsbescheid vom 20.11.2013, dem Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 22.11.2013 zugestellt, den Widerspruch als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie aus, die Ausschlussfrist von vier Jahren seit Erlass des Quartalshonorarbescheides sei noch nicht abgelaufen. Der Honorarbescheid für das Quartal III/08 sei am 09.03.2009 und für das Quartal IV/08 am 18.05.2009 verschickt worden. Folglich seien mit Erlass des Rückforderungsbescheides vom 07.03.2013 noch keine vier Jahre verstrichen gewesen. Gleiches gelte für die Folgequartale. Der Honorarbescheid für das Quartal I/09 sei am 26.08.2009 verschickt worden, die Folgequartale entsprechend später. Die Frist sei mit dem Ausgangsbescheid vom 22.08.2013 eingehalten worden. Die Zuständigkeit sei gegeben. Aus dem Indiz der Häufigkeit der abgerechneten Narkoseziffer zusammen mit der Ungewöhnlichkeit der Leistung bei Kataraktoperationen und den weiteren Indizien habe geschlossen werden können, dass die Leistung nach Nr. 31822 EBM tatsächlich nicht oder nicht vollständig erbracht worden sei. Bei einer Wirtschaftlichkeitsprüfung werde hingegen unterstellt, dass die Leistung tatsächlich erbracht, jedoch wirtschaftlich nicht angemessen eingesetzt worden sei. Die Bescheide seien auch materiell rechtmäßig. Die Überschreitung der Tagesprofile an den Tagen über zwölf Stunden zeige, dass die Klägerin diese Zeiten nicht habe erbringen können und ihre Abrechnungen nicht plausibel seien. Die Prüfzeit sei nicht zu beanstanden. Die regelmäßige Unterschreitung der Prüfzeit belege gerade die unvollständige Erbringung der Nr. 31822 EBM. Die angegebenen Anästhetika würden in nur (tief-)sedierender Dosierung unmittelbar vor der Retrobulbäranästhesie appliziert werden. Eine Maskennarkose oder endotracheale Intubation seien nicht dokumentiert worden. Insofern sei nur der Leistungsinhalt der Nr. 31831 EBM

"Einleitung und Unterhaltung einer Analgesie und/oder Sedierung während eines operativen oder stationersetzenden Eingriffs nach der Nr. 31531" vollständig erbracht worden. Für dieses Ergebnis sprächen auch die kaum feststellbaren Wechselzeiten. Ein Vertrauensschutz bestehe nicht. Insbesondere stelle sie nicht die Abrechnungsmöglichkeit der Leistung der Nr. 31822 EBM im Rahmen der Kataraktoperationen als solche in Frage, sondern die von der Klägerin praktizierte Abrechnungsweise. Soweit die Gebührenordnung den Phakoemulsifikationen bestimmte Anästhesieziffern zuordne, bedeutet dies lediglich, dass bei einer tatsächliche im Einzelfall notwendigen Vollnarkose im Rahmen der Operation diese Leistung nach der Nr. 31822 EMB zu berechnen sei. Allgemein geltende Leistungsziffern für Sedierungen würden hierdurch nicht ausgeschlossen werden. Die Prüfzeit für die Nr. 31831 EMB von 32 Minuten entspreche dabei auch eher dem von der Klägerin erwähnten Zeitaufwand im Zusammenhang mit Kataraktoperationen. Die lange Prüfzeit von 53 Minuten sowie die hohe Punktebewertung für die Nr. 31822 EBM stelle klar, dass unter diese Leistung nicht die von der Klägerin beschriebene kurzzeitige Narkose mit reiner Maskenbeatmung zum alleinigen Durchführen der Retrobulbäranästhesie falle. Der EBM 2008 bestimme insoweit ausdrücklich, dass retrobulbäre Anästhesien neben der Nr. 31831 EBM berechnet werden könnten. Den Narkoseprotokollen und dem Vortrag der Klägerin könne darüber hinaus entnommen werden, dass bei den Patienten die Spontanatmung (autonome Atmung) erhalten geblieben und die Eigenatmung über eine Gesichtsmaske unterstützt worden sei. Den Einsatz einer endotrachealen Intubation, der nach dem Wortlaut der Nr. 31822 EBM zusätzlich zur Kombinationsnarkose mit Maske erfolgen müsse, dokumentierten die Protokolle gerade nicht. Es komme daher im Ergebnis nicht darauf an, ob die Dosierung der Anästhetika bei älteren Patienten niedriger ausfallen könnte. Die Nr. 31831 EBM werde von der Klägerin in keinem der Quartale in Rechnung gestellt. Es sei auch bei überwiegend älteren und multimorbiden Patienten nicht nachzuvollziehen, dass in keiner einzigen der von der Klägerin betreuten Kataraktoperationen eine Tropfanästhesie bzw. Sedierung nach Nr. 31831 EBM ausreichend gewesen sein solle. Es sei daher festzustellen, dass die Leistungsinhalte der abgerechneten Leistungen nicht immer vollständig erbracht worden sein könnten. Die Klägerin habe zumindest grob fahrlässig fehlerhaft abgerechnet. Ein Anspruch auf Anerkennung und zusätzliche Vergütung der von der Klägerin nicht abgerechneten Leistungen nach Nr. 31820 EBM (Leitungsanästhesie eines Nerven oder Ganglions an der Schädelbasis) bestehe nicht. Sie habe ein Schätzungsermessen. Der Honoraranspruch erstrecke sich nicht darauf, dass die Klägerin bei korrekter Abrechnung vergleichsweise erhalten hätte.

Hiergegen hat die Klägerin am 14.04.2014 die Klage erhoben. Sie trägt ergänzend zu ihrem Vorbringen im Verwaltungsverfahren vor, die Beklagte habe speziell die Notwendigkeit der strittigen Leistung überprüft. Die zitierte Aussage eines Chefarztes sei nicht überprüfbar. Im Übrigen bestreite sie diese Aussage ausdrücklich. In einem Parallelverfahren unter dem Aktenzeichen S 12 KA 17/14 habe Herr Prof. Dr. C., stellvertretender Direktor der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin der A-Uni, im Rahmen eines schriftlichen Gutachtens die Korrektheit dieser Behauptung widerlegt. Sie biete ein lediglich eingeschränktes Leistungsspektrum an, woraus sich der häufige Ansatz der Nr. 31822 EBM bereits erkläre. Das bereits von ihr dargelegte Anästhesieverfahren erfülle die Leistungslegende. Die von ihr verwendeten Anästhetikamengen sprächen zwingend für eine Allgemeinanästhesie. Die konkrete Art der Anästhesieführung erlaube sehr kurze Wechselzeiten. Eine Allgemeinanästhesie liege auch vor, wenn die Spontanatmung erhalten bleibe. Die Auslegung der Nr. 31822 EBM, wie die Beklagte vorgenommen habe, sei nicht vertretbar. Sie erbringe die Kombinationsnarkose allein durch die Gabe intravenöser Anästhetika (Gabe von Midazolam, Ketamin-S und Propofol). Herr Prof. Dr. D. habe bereits darauf hingewiesen, dass die Gabe intravenöser und inhalativer Anästhetika aus anästhesiologischer Sicht nicht zwingend erforderlich sei. Anders als die Vorgängerbestimmungen würden in der Präambel nur Anästhesien im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen genannt, die Nr. 31822 EBM verlange nur eine Anästhesie "im Rahmen der Durchführung" von Leistungen, sie müssten nicht mehr bei, d. h. während der Operation erbracht werden. Die Verwendung der Maske ergebe sich aus der Dokumentation. Unter LM werde die Larynx-Maske vermerkt. Sie ergebe sich aus dem Protokoll durch den Nachweis der kontinuierlichen Sauerstoffgabe, die eben mit einer Maske unter Dokumentation von Dauer und Sättigung erfolge. Selbst wenn eine Falschabrechnung vorläge, liege keine grobe Fahrlässigkeit vor. Eine Auslegung, die die Abrechnung der Nr. 31822 EBM zulasse, sei ohne weiteres möglich. Die Vergütung für die Nr. 31822 EBM erfolge extrabudgetär. Es seien also keine verteilungswirksamen Honorarbestandteile betroffen. Andere Vertragsärzte seien durch ihre Abrechnung nicht geschädigt worden. Für ein Schätzungsermessen sei kein Raum. Allenfalls käme eine sachlich-rechnerische Richtigstellung in Betracht. Darüber hinaus sei auch die Honorarrückforderung unverhältnismäßig.

Die Klägerin beantragt,
die Bescheide der Beklagten vom 07.03.2013 und vom 22.08.2013, beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.03.2014, aufzuheben,

hilfsweise
die Beklagte zu verpflichten, in all denjenigen Fällen, in denen sie die Nr. 31822 EBM sachlich-rechnerisch berichtigt und in die Nr. 31831 EBM umgesetzt hat, darüber hinaus die Nr. 31820 EBM nach zu vergüten.

weiter hilfsweise
für den Fall der Klageabweisung die Einholung eines Sachverständigengutachtens durch einen vom Gericht zu benennenden Sachverständigen über die Frage, ob mit der von der Klägerin angewandten Methode der Zustand einer Kombinationsnarkose im Sinne der Nr. 31822 EBM erreicht wird.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf ihre Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid sowie in den Ausgangsbescheiden. Ergänzend trägt sie vor, die Menge der Leistungen nach Nr. 31822 EBM sei eine Auffälligkeit beziehungsweise ein Indiz für nicht vollständig erbrachte Leistungen, aufgrund dessen sie die anlassbezogene Plausibilitätsprüfung durchgeführt habe. Die Wirtschaftlichkeit habe sie nicht geprüft. Sie gehe von der Unvollständigkeit der Leistungserbringung aus. Auf die Frage, ob eine Kombinationsnarkose oder eine Anästhesie in Abgrenzungen zur Sedierung vorgelegen habe, komme es nicht an. Entscheidend sei, ob die Klägerin mit dem von ihr angewandten Anästhesieverfahren die Nr. 31822 EBM tatsächlich erfüllt habe oder nur die geringer vergütete Nr. 31831 EBM. Würde man hypothetisch davon ausgehen, dass die Klägerin tatsächlich in jeden von ihr abgerechneten Fall bei einer Kataraktoperation vor dem Setzen der Retrobulbäranästhesie eine Vollnarkose durchgeführt habe, sei dies medizinisch fraglich, da hier eine Verletzung des Bulbus bei einem vollständig anästhesierten Patienten häufig nicht bemerkt werde. Des Weiteren sei es an sich fragwürdig, zunächst eine Allgemeinanästhesie (bei Abrechnung der Nr. 31822 EBM somit eine Vollnarkose) durchzuführen, damit dann eine Lokalanästhesie angelegt werden könne. Wenn ein Patient bereits in

Vollnarkose versetzt sei, sei es nicht mehr notwendig, noch eine Lokalanästhesie durchzuführen. Sie sei daher zutreffend davon ausgegangen, dass die Klägerin lediglich eine Sedierung oder eine geringe Analgosedierung vorgenommen habe. Dies erfülle jedoch nicht die Leistungslegende der Nr. 31822 EBM. Nach der Beschreibung der Kataraktoperation in Nr. 31351 EBM sei die Sedierung/Analgese nach der Nr. 31831 EBM als typische "Anästhesie" bei einer Kataraktoperation vorgesehen. Auch dies spreche für ihre Rechtsauffassung. Es liege grobe Fahrlässigkeit vor. Wenn die Klägerin die Leistungslegende der Nr. 31351 EBM beachtet hätte, hätte sie sich zumindest dabei Gedanken machen müssen, ob sie mit ihrer Anästhesie tatsächlich immer die Leistungslegende der Nr. 31822 EBM erbringe. Sie habe die von der Klägerin seinerzeit vorgelegten 17 Narkoseprotokolle Herrn Dr. E., Facharzt für Anästhesie und Chefarzt einer Abteilung für Perioperative Medizin, der auch Fachreferent und Prüfer bei der Bezirksärztekammer Pfalz sei, vorgelegt. Für ihn sei eine Allgemeinanästhesie nicht nachvollziehbar. Über die Dosierung habe er wegen fehlender Angaben zum Körpergewicht keine Aussage machen können. Auch werde nicht angegeben, wie den Patienten Sauerstoff zugeführt worden sei. Bei einer Sauerstoffmaske handele es sich jedenfalls nicht um eine Atemwegssicherungsмасke i.S.d. Nr. 31822 EBM. Letztlich liege eben nur eine Sedierung vor. Dies zeige auch die Beschreibung des Behandlungsfalls G ...

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit einer ehrenamtlichen Richterin und einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz – SGG](#)).

Die Klage ist zulässig, denn sie ist insbesondere form- und fristgerecht bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben worden.

Die Klage ist aber nur z. T. begründet. Die Honorarrückforderungsbescheide der Beklagten vom 07.03.2013 und vom 22.08.2013, beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.03.2014, sind rechtswidrig, soweit sie Beklagte in den Behandlungsfällen nicht jeweils die Nr. 31820 EBM zugesetzt hat. Hierzu war die Beklagte zu verpflichten. Im Übrigen sind die Bescheide rechtmäßig und waren nicht weitergehend aufzuheben. Der Klage war nur im ersten Hilfsantrag stattzugeben, im Hauptantrag und zweiten Hilfsantrag war sie aber abzuweisen.

Die Beklagte war grundsätzlich zuständig für die sachlich-rechnerische Berichtigung.

Nach [§ 75 Abs. 1 SGB V](#) haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die vertragszahnärztliche Versorgung sicher zu stellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragszahnärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Nach [§ 75 Abs. 2 Satz 2 1. Halbsatz](#) haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen. Zu den Pflichten der Vertragsärzte gehört unter anderem auch eine ordnungsgemäße Abrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen. Die Kassenärztliche Vereinigung stellt die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte fest; dazu gehört auch die arztbezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten ([§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#), eingefügt durch das GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003, [BGBl. I 2003, 2190](#), mit Wirkung zum 01.01.2004).

[§ 106a SGB V](#) ist nicht auf den Bereich der Primär- und Ersatzkassen im Gegensatz zu den früher allein maßgeblichen Vorschriften nach [§ 45 des Bundesmantelvertrages-Ärzte \(BMV-Ä\)](#) bzw. [§ 34 des Ersatzkassenvertrages-Ärzte \(EKV-Ä\)](#) beschränkt, wonach die Kassenärztliche Vereinigung die vom Vertragsarzt eingereichten Honoraranforderungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und ggf. zu berichtigen hat. Aus Sicht der Zuständigkeit ist es daher nicht zu beanstanden, dass die Beklagte bei Erstellung der Zeitprofile auch die Leistungen gegenüber Versicherten anderer Versicherungsträger oder der Sozialhilfeträger einbezogen hat. [§ 106a SGB V](#) erstreckt die Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigung auf alle Bereiche, in den sie aufgrund gesetzlicher Erweiterung des Sicherstellungsauftrags (vgl. [§ 75 Abs. 3 bis 6 SGB V](#)) auch die Abrechnung vornimmt.

Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Abrechnung erstreckt sich auf die Frage, ob die abgerechneten Leistungen ordnungsgemäß – somit ohne Verstoß gegen gesetzliche oder vertragliche Bestimmungen mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebotes – erbracht worden sind. Solche Verstöße können z. B. darin liegen, dass die Leistungen überhaupt nicht, nicht in vollem Umfang, ohne die zur Leistungserbringung erforderliche spezielle Genehmigung oder unter Überschreitung des Fachgebietes erbracht worden sind (vgl. BSG, [Urt. v. 01.07.1998 - B 6 KA 48/97 R - SozR 3-2500 § 75 Nr. 10](#) = [Breith 1999, 659](#) = [USK 98163](#), zitiert nach [juris, Rdnr. 15 m.w.N.](#)). Zur Feststellung, ob abgerechnete Leistungen vollständig erbracht worden sind, ist es zulässig, Tagesprofile zu verwenden (vgl. BSG, [Urt. v. 24.11.1993 - 6 RKA 70/91 - SozR 3-2500 § 95 Nr. 4](#) = [BSGE 73, 234](#) = [MedR 1994, 206](#) = [NJW 1995, 1636](#) = [USK 93141](#), [juris Rdnr. 24 ff.](#); BSG, [Urt. v. 08.03.2000 - B 6 KA 16/99 R - SozR 3-2500 § 83 Nr. 1](#) = [BSGE 86, 30](#) = [NZS 2001, 213](#) = [USK 2000-111](#), [juris Rdnr. 48](#)).

Die Beklagte hat die Tagesprofile nicht falsch berechnet. Sie hat die Tagesprofile auf der Grundlage der Zeitangaben im EBM erstellt. Dies ist zwischen den Beteiligten nicht streitig. Letztlich kommt es auf die Tagesprofile nicht an, da diese für die Beklagte lediglich ein Aufgreifkriterium für die Überprüfung der Abrechnung bildeten und die Beteiligten nicht über den - zeitlichen - Umfang der abrechenbaren Leistungen, sondern darüber streiten, ob für die von der Klägerin erbrachten Anästhesieleistungen bei den Katarakt-Operationen die nach dem EBM 2008 mit 3.080 Punkten bzw. nach dem EBM 2009 mit 3.555 Punkten - dies galt jedenfalls bis zum Quartal IV/11, eine Absenkung auf 1.257 Punkte erfolgte erst mit dem EBM 2013 - bewertete Leistung nach Nr. 31822 EBM oder die mit 1.120 bzw. 1.295 Punkten (EBM 2013: 458 Punkte) bewertete Leistung nach Nr. 31831 EBM im Regelfall abzurechnen ist. Dabei geht die Leistung nach Nr. 31822 EBM, die die Klägerin abrechnet, mit einer Prüfzeit von 53 Minuten, die Leistung nach Nr. 31831 EBM mit einer Prüfzeit von lediglich 32 Minuten in das Zeitprofil ein. Die Überschreitung des Zeitprofils beruht damit letztlich auf einer Verkennung der Leistungslegende seitens der Klägerin, wovon auch die Beklagte zu Recht ausgeht. Dabei ist die Dauer der Operation, die die Klägerin mit wesentlich kürzeren Zeiten als 53 Minuten angibt, unerheblich, da die Leistungslegende selbst eine Mindestzeit nicht voraussetzt und die Prüfzeit selbst nicht Bestandteil der Leistungslegende ist.

Liegt aber eine grundsätzliche Verkennung der Leistungslegende vor, bedarf es keiner Einzelfallprüfung, soweit der tatsächliche Vorgang

der Leistungserbringung unstreitig ist und es ausschließlich um dessen (gebühren)rechtliche Bewertung geht. Von einzelnen fehlerhaften Abrechnungen kann zwar nicht der Schluss auf die Fehlerhaftigkeit der übrigen Leistungen geschlossen werden. Wird aber die Erfüllung einer Leistungslegende bei einem im Wesentlichen gleichbleibenden Vorgehen behauptet, dann können diese Leistungen abgesetzt oder umgewandelt werden, wenn dieses Vorgehen die Leistungslegende nicht vollständig erfüllt. Macht der Vertragsarzt ein grundsätzliches Verständnis von der Abrechnungsfähigkeit der betroffenen Leistungen deutlich und sind alle Fälle gleichgelagert, kann davon ausgegangen werden, dass die aufgedeckten Abrechnungsfehler in sämtlichen streitbefangenen Quartalen vorhanden sind und kann deshalb das aus Prüfung von exemplarischen Fällen gewonnene Ergebnis auf die übrigen Fälle, auch in weiteren Quartalen, hochgerechnet werden (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 17.02.2015 - [L 11 KA 82/14 B ER](#) - www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris Rdnr. 26 f.). Grundsätzlich ist von einer vollständigen Leistungserbringung und richtigen Abrechnung des Vertragsarztes auszugehen. Bestehen jedoch hieran Zweifel, dann ist es Sache des Vertragsarztes, die volle Leistungserbringung nachzuweisen oder darzulegen, in welchen Fällen die Annahme einer nicht vollständigen Leistungserbringung oder richtigen Abrechnung wegen eines abweichenden Geschehens unzutreffend ist. Der Vertragsarzt muss dann wie allgemein im allgemeinen Geschäftsverkehr seine Leistung bzw. die Erfüllung der Leistungslegende nachweisen.

Hier kann davon ausgegangen werden, dass die Klägerin in allen Behandlungsfällen wie von ihr angegeben Narkosemittel verabreicht, eine Retrobulbäranästhesie vorgenommen und die Operation durch Gabe von Sauerstoff durch eine einfache, starre Maske, die mit einem Gummizug am Kopf des Patienten befestigt wird, begleitet hat. Die Beklagte hat ihr zugestanden, dass sie in 10 % der Behandlungsfälle die Leistung zutreffend abgerechnet hat, da nach allgemeinem Erfahrungswissen im Umfang von etwa 5 % nach der geforderten Leistungslegende vorzugehen sei. Die Klägerin hat entsprechende Unterlagen für keinen Behandlungsfall in den streitbefangenen Quartalen vorgelegt.

Die Annahme der Beklagten, das Vorgehen der Klägerin erfüllte nicht die Leistungslegende nach Nr. 31822 EBM, sondern nur nach Nr. 31831 EBM, die in allen streitbefangenen Quartalen unverändert galt, war von der Kammer nicht zu beanstanden.

Für die Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsbestimmungen ist in erster Linie der Wortlaut der Regelungen maßgeblich. Dies gründet sich zum einen darauf, dass das vertragliche Regelwerk dem Ausgleich der unterschiedlichen Interessen von Ärzten und Krankenkassen dient und es vorrangig Aufgabe des Normgebers des EBM - also 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 als einer abschließenden Regelung, die keine Ergänzung oder Lückenfüllung durch Rückgriff auf andere Leistungsverzeichnisse oder Gebührenordnungen oder durch analoge Anwendung zulässt. Raum für eine systematische Interpretation im Sinne einer Gesamtschau der in innerem Zusammenhang stehenden vergleichbaren oder ähnlichen Leistungstatbestände ist 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 (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 11.02.2015 - [B 6 KA 15/14 R](#) - SozR 4-2500 § 106a Nr. 13 = [NZS 2015, 433](#) = USK 2015-1, juris Rdnr. 21 m.w.N.).

Nr. 31822 EBM hat folgende Leistungslegende:

Anästhesie und/oder Narkose, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der Gebührenordnungspositionen 31102, 31112, 31122, 31132, 31142, 31152, 31162, 31172, 31182, 31192, 31202, 31212, 31222, 31232, 31242, 31252, 31262, 31272, 31282, 31292, 31302, 31312, 31322, 31332, 31342 oder 31351 einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren:

- Plexusanästhesie und/oder
- Spinal- und/oder Periduralanästhesie und/oder
- Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität und/oder
- Kombinationsnarkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation Obligater Leistungsinhalt
- Anästhesien oder Narkose Fakultativer Leistungsinhalt
- Anästhesien nach der Nr. 05320,
- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Legen einer Bluteleere,
- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Magenverweilsoneinführung (Nr. 02320),
- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02321),
- Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02322),
- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter (Nr. 02323),
- arterielle Blutentnahme (Nr. 02330),
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

Nr. 31831 EBM hat folgende Leistungslegende: Einleitung und Unterhaltung einer Analgesie und/oder Sedierung während eines operativen oder stationärsersetzenden Eingriffs nach der Nr. 31351 Obligater Leistungsinhalt

- Verabreichung von Analgetika und/oder Sedativa,
- Intravenöser Zugang und/oder Infusion,
- Pulsoxymetrie.

Nr. 31351 EBM "Intraocularer Eingriff der Kategorie X2" hat als obligaten Leistungsinhalt einen "chirurgischen Eingriff der Kategorie X2 entsprechend Anhang 2". Diese Voraussetzung, die für beide Abrechnungsalternativen gilt, liegt vor. Anästhesieleistungen für diesen chirurgischen Eingriff können sowohl unter die Leistung nach Nr. 31822 EBM als auch nach Nr. 31831 EBM fallen. Für die Abrechnung nach Nr. 31822 EBM kommt es entscheidend auf die vollständige Erfüllung der Leistungslegende an. Die Verfahren Plexusanästhesie, Spinalanästhesie, Periduralanästhesie und intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität scheiden von vornherein aus. Auch wurde keine Larynxmaske (Kehlkopfmaske) verwandt oder eine Intubation vorgenommen. Eine Kombinationsnarkose mit Maske i.S.d. Nr. 31822

EBM liegt aber ebf. nicht vor.

Die Verwendung einer "Maske" hat die Klägerin nicht dokumentiert. Aus den von der Klägerin vorgelegten exemplarischen Dokumentationen bzw. OP-Protokollen wird die Verwendung einer "Maske" nicht angegeben. Eine entsprechende Dokumentation wird aber ausdrücklich in der Präambel Nr. 5.1.5 und 6 EBM verlangt. Die Klägerin hat diesbezüglich angegeben, die Verwendung einer "Maske" ergebe sich aus dem Protokoll durch den Nachweis der kontinuierlichen Sauerstoffgabe, die eben mit einer Maske unter Dokumentation von Dauer und Sättigung erfolge. Die Klägerin verwendete eine einfache Plastikmaske zur Gabe von Sauerstoff, die über die Nase gestülpt und mit einem Gummizug am Kopf befestigt wird. Es handelte sich nicht um eine Atemmaske mit weichem Gummi, die der Gesichtsform angepasst und die mit dem Gesicht luftdicht abgeschlossen werden kann. Erst bei dieser Vorgehensweise kann die Atemluft über Messung der Sauerstoffkonzentration genau kontrolliert werden, was dann auch entsprechend zu dokumentieren ist. Die routinemäßige Gabe von Sauerstoff über eine "Maske" reicht jedenfalls in Zusammenhang mit den Operationen nach Nr. 31351 EBM nicht aus. Dies wird ferner deutlich durch die Systematik des EBM, der ausdrücklich als Regelleistung die Nr. 31831 EBM vorsieht. Nr. 31831 EBM ist als besondere, ausschließlich auf Augenoperationen bezogene Leistung geschaffen worden, da im Regelfall eben gerade nicht eine der in Nr. 31822 EBM beschriebenen besonderen Vorgehensweisen zur Sicherung der Atmung erforderlich sind. Zutreffend weist die Beklagte ferner auf Nr. 31351 EBM hin, wonach im Zusammenhang mit der Erbringung dieser Leistung die Retrobulbäranästhesie nach der Nr. 31801 EBM bei der Erbringung durch den Operateur bzw. 31820 EBM bei Erbringung durch den Anästhesisten gemeinsam mit der Sedierung/Analgesie nach der Nr. 31831 EBM berechnet werden. Ginge man vom Verständnis der Klägerin bei der Auslegung des EBM aus, so würde sich eine offensichtlich widersprüchliche Systematik des EBM bzgl. der Anästhesien bei Katarakt-Operationen ergeben. Von daher konnte sich die Kammer nicht auf die "einfachste" Wortlautauslegung beschränken, sondern waren die medizinische Vorgehensweise und die Systematik des EBM heranzuziehen.

Soweit seitens der Klägerin durch ihre Prozessbevollmächtigten auf die Entstehungsgeschichte hingewiesen wurde, wonach die Kataraktoperationen ausdrücklich in Abkehr zur Vorläuferbestimmung und LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.07.2003 - [L 10 KA 51/02](#) - juris in Nr. 31822 EBM einbezogen werden sollten, fehlt es an einem Nachweis, was dies aber vor allem für die Kammer nicht nachvollziehbar. Insofern ist nicht ersichtlich, was sich an der medizinischen Vorgehensweise wesentlich geändert haben soll. Nach wie vor wird die Narkose oder Sedierung wesentlich dazu gebraucht, um die Anästhesie des Auges mittels einer Spritze durch das Auge zu ermöglichen, was vom Patienten bei Bewusstsein nicht toleriert wird. LSG Nordrhein-Westfalen hat bereits für die Vorgängerbestimmung darauf hingewiesen, dass die Kombinationsnarkose allein zur Vorbereitung der für die Operation notwendigen Retrobulbäranästhesie erfolgt sei, nicht aber zur Durchführung der Operation selbst. Insofern verlangt auch die hier maßgebliche Leistungslegende, dass die Kombinationsnarkose mit Maske zur Durchführung der Operation benötigt wird. Insofern muss nach der Legende auch die medizinische Indikation für die Leistung vorliegen. Die von der Klägerin vorgenommene Abrechnungsweise würde im Ergebnis auch zu einer etwa doppelt so hohen Vergütung führen, was nicht annähernd den Prüfzeiten und insbesondere den Kalkulationszeiten und damit zu den Arbeitszeiten für andere medizinische Leistungen entspricht.

Auf die Frage der Dosierung oder Anästhesie im wissenschaftlichen Sinn kommt es nicht an, weil die Abrechnung bereits aus anderen Gründen fehlerhaft war. Von daher war auch der zweite Hilfsantrag abzuweisen.

Auf einen Vertrauensschutz kann sich die Klägerin nicht berufen. Die Beklagte hat keinen Vertrauenstatbestand dahingehend gesetzt, dass sie die Abrechnungsweise der Klägerin für zutreffend hält oder dass sie von einer Berichtigung absehen werde. Nichtstun allein kann einen Vertrauenstatbestand nicht begründen. Soweit sich die Klägerin auf eine mündliche Auskunft seitens der Beklagten beruft, fehlt es an Angaben, welcher Mitarbeiter/welche Mitarbeiterin wann und wo genau in welchem Zusammenhang wem gegenüber eine solche Auskunft gegeben haben soll. Das Rundschreiben vom 20.05.2005 beinhaltet nur allgemeine Aussagen zur Erbringung von Leistungen des ambulanten Operierens nach einer Entscheidung des Landesschiedsamts, erläutert aber nicht die Abrechnung nach Nr. 31822 und Nr. 31831 EBM.

Verjährung bzw. Ausschluss einer Berichtigung wegen Zeitablaufs ist nicht eingetreten. Die Beklagte kann eine Berichtigung innerhalb von vier Jahren nach Zugang des Honorarbescheids vornehmen (vgl. BSG Urt. v. 15.11.1995 - [6 RKa 57/94](#) - SozR 3-5535 Nr. 119 Nr. 1 = USK 95136, juris Rdnr. 10 und BSG, Urt. v. 28.03.2007 - [B 6 KA 22/06 R](#) - SozR 4-2500 § 85 Nr. 35 = BSGE 98, 169 = GesR 2007, 461 = USK 2007-35 = ZMGR 2008, 144, juris Rdnr. 16 m. w. N.). Der Honorarbescheid für das Quartal III/08 wurde erst am 09.03.2009 und für das Quartal IV/08 am 18.05.2009 verschickt, so dass der Rückforderungsbescheid vom 07.03.2013 noch vor Ablauf der vierjährigen Ausschlussfrist erging.

Hinsichtlich eines Verschuldens weist die Beklagte zutreffend darauf hin, dass jedenfalls grobe Fahrlässigkeit bei Verkennung der Leistungslegende vorgelegen hat, indem die Klägerin regelhaft die Nr. 31822 EBM abgerechnet hat, obwohl diese Leistung nur ausnahmsweise bei Katarakt-Operationen anfällt. Im Übrigen kommt es bei einer sachlich-rechnerischen Berichtigung auf ein Verschulden nicht an (vgl. BSG, Urt. v. 22.03.2006 - [B 6 KA 76/04 R](#) - BSGE 96, 99 = SozR 4-5520 § 33 Nr. 6, juris Rdnr. 28).

Nicht zu beanstanden war auch die Berechnung des Berichtigungsbetrages. Im Rahmen ihres Schätzungsermessens hat die Beklagte die Leistungen nach Nr. 31822 EBM abgesetzt und durch Leistungen nach Nr. 31831 EBM ersetzt, wobei sie zu Gunsten der Klägerin 10 % der Leistungen nach Nr. 31822 EBM anerkannt hat. Es wäre Sache der Klägerin gewesen, im Einzelfall nachzuweisen, in welchen Behandlungsfällen sie die Leistung nach Nr. 31822 EBM vollständig erbracht hat, was sie aber in keinem Fall getan hat. Von daher ist die Vorgehensweise der Beklagten nicht zu beanstanden, da offensichtlich eine Verkennung der Leistungslegende in allen Behandlungsfällen vorliegt. Auf Fragen einer budgetären oder extra-budgetären Vergütung kommt es nicht an, da eine fehlerhafte Abrechnung immer zu unzulässigen Honorarverschiebungen führt.

Der Klage war aber im Hilfsantrag stattzugeben. Die Beklagte ist verpflichtet, in all denjenigen Fällen, in denen sie die Nr. 31822 EBM sachlich-rechnerisch berichtigt und in die Nr. 31831 EBM umgewandelt hat, darüber hinaus die Nr. 31820 EBM jeweils einmal im Behandlungsfall zuzusetzen. Im Ergebnis ist in Höhe der Zusetzungen der Berichtigungsbetrag zu vermindern.

Die Beklagte ist berechtigt, aufgrund der systematisch fehlerhaften Abrechnung die Nr. 31822 EBM sachlich-rechnerisch zu berichtigen. Sie hat dafür die Leistungspositionen anzusetzen, die erbracht worden sind und die richtigerweise von Anfang an anzusetzen waren.

Hinsichtlich der Nr. 31831 EBM hat die Beklagte dies gemacht. Die Klägerin hat aber in allen Behandlungsfällen auch die Nr. 31820 EBM erbracht, was die Beklagte nicht bestritten hat. Sie hat diese Leistung nur deshalb nicht abgerechnet, weil sie die Nr. 31822 EBM angesetzt hat.

Nach allem war der Klage im tenorierten Umfang stattzugeben, war sie aber im Übrigen abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Die Quotelung folgt dem Anteil des jeweiligen Unterliegens.
Rechtskraft

Aus
Login
HES
Saved
2020-11-12