

## S 11 KA 665/13

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
SG Marburg (HES)  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
11  
1. Instanz  
SG Marburg (HES)  
Aktenzeichen  
S 11 KA 665/13  
Datum  
10.08.2016  
2. Instanz  
Hessisches LSG  
Aktenzeichen  
L 4 KA 58/16  
Datum  
20.02.2019  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 6 KA 15/19 R  
Datum  
15.07.2020  
Kategorie  
Urteil

Der Bescheid vom 07.03.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11.12.2013 wird aufgehoben.

Die Beklagte hat die Gerichtskosten und die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin zu zahlen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um einen Honorarberichtigung für die Quartale I/08 bis IV/08 aufgrund einer Plausibilitätsprüfung in Höhe von 56.458,99 EUR. Streitig ist insbesondere die Frage, ob für eine Anästhesieleistung bei Katarakt-Operationen im Regelfall die Leistung nach Nr. 31822 EBM (Anästhesie und/oder Narkose) abgerechnet werden kann und ob diese Leistung auch unterhalb der festgelegten Prüfzeiten noch ordnungsgemäß ausgeführt werden kann.

Die Klägerin ist als Fachärztin für Anästhesie zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxisstz in A-Stadt zugelassen.

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. 09.07.2008 27.10.2008 20.01.2009 31.03.2009  
Honorar in EUR 105.994,27 131.308,66 110.577,52 88.131,11

Im Jahr 2012 führte sie eine Plausibilitätsprüfung durch, übersandte der Klägerin mit Schreiben vom 15.05.2012 die zeitbezogenen Rechnungsergebnisse für die Quartale I/2008 bis IV/2008 unter Erläuterung der Ermittlung der Zeitprofile und bat um eine schriftliche Stellungnahme, insbesondere auch zu der regelhaft abgerechneten GOP 31822 EBM.

Mit Schreiben vom 21.05.2012 führte die Klägerin aus, dass die ermittelten Zeitprofile von mehr als 15 Stunden am Tag stets die OP- Tage bei dem Kataraktchirurgen Dr. D. betreffen. Die von der Beklagten ermittelten Spitzentage seien darauf zurückzuführen, dass an manchen Tagen die Anwesenheit in der Taunusklinik erforderlich sei und dort ebenfalls Narkosen für den dortigen Augenarzt durchgeführt worden seien. An diesen Tagen ließe es sich nicht vermeiden, dass sie für zwei Operateure sowohl vormittags, als auch nachmittags zum Einsatz komme. Aus den Narkoseprotokollen sei ersichtlich, dass an solchen Operationstagen eine hohe Anzahl an Operationen stattfinde. Diese hochspezialisierten Abläufe mit sehr kurzen Wechselzeiten zwischen den einzelnen Operationen und die hocheffiziente Organisation im OP funktioniere nur mit gut ausgebildetem Praxispersonal und einem seit vielen Jahren eingespielten OP-Team. So sei es möglich, dass viele Aufgaben an das Personal delegiert werden könnten und dadurch Leistungen überlappend und zeitsparend stattfinden könnten. Die eigentliche OP-Zeit einer Kataraktoperation sei ebenfalls sehr kurz, da der Chirurg ebenfalls sehr erfahren sei. So sei es möglich, dass die OP- und Wechselzeiten in der Regel 35 Minuten nicht überschreiten würden. Dadurch ergebe sich die Differenz zu den von der Beklagten als Prüfzeit angesetzten 53 Minuten. In den Fällen, in denen die Ziffer 31822 abgerechnet worden sei, sei auch eine Kombinationsnarkose erbracht worden.

Mit Schreiben vom 10.07.2012 teilte die Beklagte mit, dass sie nach wie vor begründete Zweifel habe, dass die Klägerin ordnungsgemäß abgerechnet habe. Diesbezüglich wurde die Klägerin gebeten, die Narkoseprotokolle eines Beispieltages zu übersenden.

Dem kam die Klägerin nach und legte 22 Narkoseprotokolle und die dazugehörigen Anamnesebögen vor.

Mit Bescheid vom 07.03.2013 hob die Beklagte die Honorarbescheide für die Quartale III bis IV/08 auf und setzte die unter Prüfungsvorbehalt gezahlte Vergütung neu fest. Hieraus errechnete sie eine von ihr festgesetzte Honorarrückforderung in Höhe von insgesamt 56.458,99 EUR netto. Die Prüfung der Quartale I und II wurde wegen zeitlicher Verfristung eingestellt. Zur Begründung der Aufhebung und Rückforderung wurde ausgeführt, dass die Klägerin überwiegend im Rahmen von augenärztlichen Eingriffen tätig werde. Hinsichtlich der regelhaft abgerechneten Ziffer 31822 EBM vertrete die Beklagte aber die Auffassung, dass diese nur in Ausnahmefällen erforderlich sei und bei Kataraktoperationen nicht regelhaft abgerechnet werden könne. Im Übrigen sei aus den eingereichten Narkoseprotokollen auch nicht ersichtlich, dass der Leistungsinhalt der Ziffer 31822 vollständig erbracht worden sei. Insbesondere sei der obligate Bestandteil der Kombinationsnarkose mit Maske aus der Narkoseprotokollführung nicht ersichtlich. Eine Kombinationsnarkose bestehe darüber hinaus aus einem Analgetikum, Hypnotikum und ggf. eines Relaxans. In den Protokollen sei aber nur die Gabe eines oder zwei Hypnotika ersichtlich. Darüber hinaus sei die notwendige Initialdosis für eine Narkose unterschritten worden, so dass von einer Sedierung auszugehen sei. Dies sei auch der Normalfall bei Kataraktoperationen. Zu Gunsten der Klägerin seien aber 10% der Leistung nach 31822 als plausibel bewertet worden. Der Rest sei aus der Honorarberechnung herausgenommen und gegen die Ziffer 31831 getauscht worden.

Hiergegen legte die Klägerin am 18.03.2013 Widerspruch ein. Zur Begründung ihres Widerspruchs führte sie aus, dass bereits in der Vergangenheit entsprechende Plausibilitätsprüfungen stattgefunden hätten, diese nach entsprechender Erläuterung aber immer eingestellt worden seien. Die angesetzte Prüfzeit von 53 Minuten für die Nr. 31822 EBM sei unrealistisch, da erfahrene Operateure die Operation oft in 10 Minuten abschließen würden. Es sei auch nicht ersichtlich, welcher Prüfarzt die Narkoseprotokolle ausgewertet habe. Aus den eingereichten Protokollen ergebe sich zweifelsfrei, dass eine Überwachung des CO<sub>2</sub> - Gehaltes und eine Sauerstoffgabe stattgefunden habe. Damit sei auch klar, dass eine Maske verwendet worden sei. Eine diesbezügliche Dokumentationspflicht sehe die streitgegenständliche GOP nicht vor. Auch sei nicht beachtet worden, dass unter "Kombinationsnarkose" sowohl die Verwendung unterschiedlicher Anästhesieverfahren, als auch die Verwendung mehrerer Mittel verstanden werde. Im Übrigen sei die Ansicht der Beklagten, dass die GOP 31822 nicht regelhaft angewendet werden dürfe, nicht im Rahmen einer Plausibilitätsprüfung zu rechtfertigen. Dies sei vielmehr Gegenstand einer Wirtschaftlichkeitsprüfung. Letztlich sei auch die Einschätzung der Beklagten, dass 90% der abgerechneten Leistungsziffer nicht plausibel seien, willkürlich.

Mit Widerspruchsbescheid vom 11.12.2013 wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie aus, 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 Prüfzeiten seien nicht zu beanstanden. Sie beruhten auf der Einschätzung eines ärztlich - sachverständigen Fachgremiums. In die Prüfzeit werde nur die Zeit eingerechnet, die ein Tätigwerden des Arztes selbst voraussetze, wohingegen die Kalkulationszeit auch Zeiteile für delegierbare Leistungsbestandteile enthalte. Zudem seien diese Durchschnittszeiten so bemessen, dass auch ein erfahrener Arzt die Leistung in kürzerer Zeit schlechterdings nicht ordnungsgemäß und vollständig erbringen könne. Das spreche auch dafür, dass die von der Klägerin beschriebene kurzzeitige Narkose mit reiner Maskenbeatmung zum alleinigen Durchführen der Retrobuläranästhesie nicht unter die Ziffer 31822 falle. Die Klägerin habe diesbezüglich grob fahrlässig fehlerhaft abgerechnet. Die Beklagte habe hinsichtlich der Absetzungen ein Schätzungsermessens.

Hiergegen hat die Klägerin am 17.12.2013 Klage erhoben. Zur Begründung hat sie nochmals ausgeführt, dass die OP- und Wechselzeiten für eine Kataraktoperation in der Regel 35 Minuten nicht überschreiten würden. Darüber hinaus sei es an den Tagen, an denen es zu Spitzenzeiten gekommen sei, so gewesen, dass sie vormittags bei Dr. D. tätig gewesen sei und nachmittags noch bei Dr. F. Narkosen durchgeführt habe. Der Leistungsinhalt der GOP 31822 sei vollständig erfüllt worden. Auffallend sei, dass die Plausibilitätsprüfung in den Vorjahren -bei derselben Sachlage- immer zugunsten der Klägerin ausgefallen sei. Hier werde offensichtlich versucht, im Rahmen der Plausibilität, eine Überprüfung der GOP 31822 zu ermöglichen. Der von der Beklagten hinzugezogene Prüfarzt habe sich offensichtlich nicht mit den Narkoseprotokollen auseinandergesetzt, da daraus ersichtlich sei, dass eine Beatmung der Patienten notwendig gewesen und auch erfolgt sei. Eine Dokumentationspflicht über die Benutzung einer Maske oder Tubus gebe es nicht. Unter einer Kombinationsanästhesie werde sowohl die Verwendung verschiedener Mittel, als auch die Kombination von Allgemein - und Regionalanästhesieverfahren verstanden. Fragen der Wirtschaftlichkeit dürften nicht in das Plausibilitätsverfahren verlagert werden. Hier komme es nur auf die ordnungsgemäße Leistungserbringung an. Im Übrigen handele es sich bei der behandelten Patientengruppe überwiegend um betagte Leute über 70 Jahren, bei denen in der medizinischen Literatur eine niedrigere Dosierung der Narkosemittel empfohlen werde. Dies sei auch auf der Zulassung des Medikaments "Propofol" entsprechend formuliert. Darüber hinaus sei auch das Medikament "Dormicum" verwendet worden, was ebenfalls dazu führe, dass geringere Einleitungs Dosen benötigt würden.

Die Klägerin beantragt,  
den Bescheid der Beklagten über die Plausibilitätsprüfung nach Zeitprofilen für die Quartale 1/2008 bis 4/2008 vom 07.03.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11.12.2013, aufzuheben.

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. Würde man hypothetisch davon ausgehen, dass die Klägerin tatsächlich in jedem 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. Nach der Beschreibung der Kataraktoperation in Nr. 31351 EBM sei die

Sedierung/Analgesie nach der Nr. 31831 EBM als typische "Anästhesie" bei einer Kataraktoperation vorgesehen. Auch dies spreche für ihre Rechtsauffassung. Letztlich spreche auch die dokumentierte Dosierung der Medikamente für eine Sedierung.

Auf Anforderung der Kammer hat die Beklagte sodann das Prüfprotokoll von ihrem Prüfarzt Dr. E. vorgelegt. Darin schreibt dieser, dass aus keinem Protokoll ersichtlich sei, ob der Patient intubiert gewesen sei. Weiterhin sei nicht ersichtlich, ob eine zusätzliche Anästhesie (z.B. am Auge) stattgefunden habe. Darüber hinaus widersprechen die gegebenen Mengen der Narkosemittel den Angaben der Herstellerfirma. Dies spreche dafür, dass eine Sedierung vorgenommen worden sei, um die Lokalanästhesie am Auge durchführen zu können. Auffällig sei weiterhin, dass es keine Wechselzeiten zwischen den einzelnen Operationen gebe. So sei das OP- Ende der ersten Operation auch die erste Minute der zweiten Operation usw.

Mit Schriftsatz vom 08.05.2015 legte die Klägerin ein von ihr in Auftrag gegebenes Privatgutachten von Herrn Prof. Dr. G. vor. Darin wird ausgeführt, dass Augenoperationen oft in Allgemeinanästhesie durchgeführt würden und es in der internationalen Fachliteratur keine allseits akzeptierte Methode gebe, die als Standard gelte. Der "Trend" bei Kataraktoperationen gehe infolge sehr kurzer Operationszeiten (ca. 10 Minuten) klar in Richtung sehr kurz wirksamer Anästhesiesubstanzen, wie z.B. Propofol. Dabei werde zunächst eine Allgemeinnarkose durchgeführt, um dann eine Paralytikanästhesie anzulegen. Die Klägerin habe in allen ihm vorgelegten Fällen eine Kombinationsnarkose durchgeführt, wobei eine Kombination der Mittel Propofol und Midazolam verwendet worden sei, welche sich in ihrer Wirkungsweise potenzieren. Dabei sei auch das Alter der Patienten zu beachten. Die von der Klägerin applizierte Dosis Propofol von über 1 Milligramm pro Kilogramm Körpergewicht reiche im Regelfall schon aus, wenn dieses als Monosubstanz verwendet werde. Gekoppelt mit der Midazolam- Dosis sei hier in jedem Fall eine Anästhesie bewirkt worden. Darüber hinaus sei die Wirkung von Anästhetika mit zunehmendem Alter des Patienten stärker, so dass bei älteren Patienten niedrigere Dosen verwendet werden. Ausgeschlossen sei insoweit, dass nur eine Sedierung bewirkt worden sei. Bei diesen Dosen sei es auch unvermeidbar, eine dicht sitzende Atemwegsmaske zu verwenden, was auch durch die Protokolle dokumentiert sei.

Mit Schriftsatz vom 09.05.2016 hat die Klägerseite ein weiteres Sachverständigengutachten von Dr. H. vorgelegt, welches im Rahmen des strafrechtlichen Ermittlungsverfahrens von Seiten der Staatsanwaltschaft eingeholt wurde. Darin führt der Sachverständige aus, dass ophthalmologische Operationen sowohl in Allgemeinanästhesie, in reiner Lokalanästhesie oder in einer Kombination aus Allgemeinanästhesie mit einer regionalen Betäubung durchgeführt würden und in der nationalen und internationalen Literatur beschrieben sei, dass es diesbezüglich keine allgemein akzeptierten anästhesiologischen Methoden gebe, die als Standard uneingeschränkt empfohlen würden. Die Wahl der Methode sei abhängig vom Alter und den Vorerkrankungen des Patienten, der Erfahrung der beteiligten Ärzte und der vorhandenen Infrastruktur. Kataraktoperationen seien sehr kurze Operationen, die ein geübter Chirurg oft in 10 bis 20 Minuten abschließe. Die bevorzugte Methode sei heutzutage die Verwendung sehr kurz wirkender Anästhesiesubstanzen, wie z.B. Propofol. Dieses werde auch oft in Kombination mit Midazolam, Remifentanyl oder Ketamin eingesetzt. Die Methode der Kombination einer Allgemein- mit einer Regionalanästhesie komme hauptsächlich bei älteren Patienten zur Anwendung und eine absolute Schmerz- und Stressfreiheit zu erreichen. Auch werde durch die vorherige Allgemeinanästhesie eine vollständige Bewegungslosigkeit des Auges erreicht, was für das Setzen der Regionalanästhesie wichtig sei. Hinsichtlich der Initialdosis sei es so, dass diese sich sowohl nach dem Alter der Patienten richte, als auch danach, ob ein Kombinationsmittel verwendet werde. Soweit die Kombination von Propofol/Midazolam und Ketamin zur Kurznarkose eingesetzt werde, müsse zwangsläufig eine Messung der Kreislaufparameter und die Gabe von Sauerstoff erfolgen, da die Atmung beeinträchtigt sei. Dabei sei die Registrierung der endexpiratorischen Kohlendioxidkonzentration ein sehr sensibles Kriterium für die Atemfunktion und setze zwangsläufig eine spezielle Atemwegsinstrumentierung, wie z.B. eine dicht sitzende Gesichtsmaske voraus. Im Falle der Klägerin sei in allen Fällen die CO<sub>2</sub>- Konzentration gemessen worden, so dass eine dicht abschließende Maske verwendet worden sein muss. Die verwendeten Mittel in der verwendeten Dosierung entspreche der Dosierung einer Narkose. Insoweit seien in allen Fällen eine Narkose im Sinne der GOP 31822 EBM erbracht worden.

Auf Nachfrage der Kammer hat die Klägerin sowohl schriftsätzlich, als auch im Termin zur mündlichen Verhandlung am 10.08.2016 ausgeführt, dass die Vorbereitung des Patienten durch die Anästhesieschwester erfolge. Diese lege die intravenöse Verweilkanüle und schließe den Patienten an den Vitalparametermonitor an. Sie selbst leite dann die intravenöse Narkose ein. Nach ca. 30 Sekunden werde dem Patienten die Maske festaufgesetzt und Sauerstoff zugeführt. Wenn eine ausreichende Sauerstoffsättigung erreicht sei, werde die Maskenbeatmung kurz unterbrochen, damit die Regionalanästhesie durchgeführt werden könne. Anschließend werde die Maskenbeatmung weitergeführt und je nach Bedarf die Narkosemittel erneut injiziert. Nach Ausleitung der Narkose und bei Kreislaufstabilität werde der Patient durch die OP- Schwester mobilisiert und in den Überwachungsraum verbracht. Dadurch, dass mit zwei OP-Tischen gearbeitet werde, seien so gut wie keine Wechselzeiten notwendig. Denn sobald die OP beim ersten Patienten beginne, werde der nächste Patient auf dem zweiten OP- Tisch schon vorbereitet. Dadurch ergebe sich eine Maximalzeit von 35 Minuten.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte Bezug genommen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren.

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 zulässige Klage ist begründet.

Die Honorarrückforderungsbescheide der Beklagten vom 07.03.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11.12.2013, sind rechtswidrig und verletzen die Klägerin in ihren Rechten. Bei der Klage handelt es sich um eine Anfechtungsklage nach [§ 54 Abs. 1, 1 HS. SGG](#)), so dass die angegriffenen Bescheide aufzuheben sind. Denn die von der Beklagten vorgenommene sachlich- rechnerische Berichtigung ist rechtswidrig.

Nach [§ 75 Abs. 1 SGB V](#) haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die vertragsärztliche Versorgung sicher zu stellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen

und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Dazu haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen, [§ 75 Abs. 2 S. 2](#) 1. HS SGB V. Zu den Pflichten der Vertragsärzte gehört unter anderem die ordnungsgemäße Abrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen.

Nach [§ 106 a SGB V](#) stellt die Kassenärztliche Vereinigung 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](#)). Dabei erstreckt sich 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 Befugnis zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung der Honoraranforderung besteht nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sowohl im Falle rechnerischer und gebührenordnungsmäßiger Fehler und zum anderen auch in Fallgestaltungen, in denen der Vertragsarzt Leistungen unter Verstoß gegen Vorschriften über formale oder inhaltliche Voraussetzungen der Leistungserbringung durchgeführt und abgerechnet hat (vgl. Bundessozialgericht, Urteile vom 8. September 2004, BSG [SozR 4-2500 § 39 Nr. 3](#) Rn. 7, 14, m.w.N., vom 28. September 2005, [B 6 KA 14/04 R](#), vom 28. September 2005, [B 6 KA 14/04 R](#) und vom 22. März 2006, [B 6 KA 76/04 R](#)).

Bei der Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Abrechnung ist also zu untersuchen, ob die abgerechneten Leistungen ordnungsgemäß - somit ohne Verstoß gegen gesetzliche oder vertragliche Bestimmungen - mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebotes - erbracht worden sind.

Zur Feststellung der sachlichen und rechnerischen Richtigkeit gehört auch die arztbezogene Plausibilitätsprüfung der Abrechnungen, deren Gegenstand insbesondere der Umfang der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand des Vertragsarztes ist. Ziel der Plausibilitätsprüfung ist es Abrechnungsmanipulationen zu verhindern. Dies ergibt sich aus der Entstehungsgeschichte und der Gesetzesbegründung zu [§ 83 Abs. 2 SGB V](#) a.F. (vgl. [BT-Drs. 11/2237 S. 193](#) zu § 91). Die Plausibilitätsprüfung dient allein der Feststellung von Abrechnungsauffälligkeiten. Eine danach erkannte unplausible Abrechnung allein, gibt der Kassenärztlichen Vereinigung nicht das Recht die Abrechnung zu berichtigen (vgl. [BSGE 86, 30](#) (31)). Vielmehr liefert sie nur Anhaltspunkte (so genanntes Aufgreifkriterium) für ein nachfolgendes Berichtigungsverfahren.

Zur Beurteilung, ob abgerechnete Leistungen vollständig erbracht worden sind, ist es zulässig, so genannte Tagesprofile zu verwenden. Tagesprofile sind das Ergebnis einer Addition aller Behandlungszeiten für Leistungen, die der Arzt an einem Tag abgerechnet hat (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 24. November 1993, [6 RKA 70/91](#) und Urteil vom 8. März 2000, [B 6 KA 16/99 R](#)).

Für die Ermittlung der Gesamtbehandlungszeit des Arztes an einem Tag werden so genannte Prüfzeiten verwendet, welche berücksichtigen, dass ein erfahrener, geübter und zügig arbeitender Arzt die Leistungen im Durchschnitt in kürzerer Zeit schlechterdings nicht ordnungsgemäß und vollständig erbringen kann. Die Festlegung, der für eine ärztliche Leistung aufzuwendenden Durchschnittszeit, beruht auf ärztlichem Erfahrungswissen. Sie ist deshalb ebenso und in dem Umfang gerichtlich überprüfbar, in dem auch im Übrigen auf ärztlichem Erfahrungswissen beruhende Festlegungen überprüft werden (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 24. November 1993, [6 RKA 70/91](#); Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 11. Februar 2004, [L 11 KA 72/03](#); Hessisches Landessozialgericht, Beschluss vom 10. November 2009, [L 4 KA 70/09 B ER](#)). Erfolgt daher eine Anknüpfung an den statistischen Mittelwert (Durchschnittswert), sind die bei seiner Zugrundelegung auftretenden Fehleranfälligkeiten zu berücksichtigen, wenn es um die Einschätzung der Plausibilität der Abrechnung geht. Denn für den Mittelwert werden alle Werte eines Datensatzes addiert und die Summe wird durch die Anzahl aller Werte geteilt. Damit steht aber auch fest, dass dieser für "Ausreißer" anfällig ist, weil einem Durchschnittswert regelmäßig Werte zugrunde liegen, die niedriger als der Durchschnitt sind. Insoweit spiegelt sich z.B. die bei den Spezialisten vorliegende Routine regelmäßig in der Schnelligkeit der Leistungserbringung wider. Einer Durchschnittszeit ist es daher immanant, dass sie im Einzelfall unterschritten werden kann (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 24. November 1993; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 10. Oktober 2007, [L 7 KA 56/03](#)).

Die Beweisführung mit Tagesprofilen ist daher dem Indizienbeweis zuzuordnen (vgl. BSG, Urteil vom 18.08.2011 - [B 6 KA 27/11 B](#)). Wesensmerkmal des Indizienbeweises ist es, dass vom Vorliegen einer oder mehrerer Tatsachen auf die eigentlich zu beweisende Haupttatsache logisch geschlossen werden kann. Er verliert seinen Beweiswert jedoch dann, wenn das Vorliegen einer oder mehrerer Indiztatsachen zur Überzeugung des Gerichts nicht feststeht.

Ausgehend davon war die Beklagte zwar grundsätzlich berechtigt, Tages- und Quartalsprofile zu erstellen. Bei der Erstellung der Tagesprofile hat die Beklagte auch die im EBM festgelegten Prüfzeiten zugrunde gelegt. Dabei geht die Leistung nach Nr. 31822 EBM, die die Klägerin abrechnet, mit einer Prüfzeit von 53 Minuten in das Zeitprofil ein.

Das Gericht ist aber davon überzeugt, dass die Klägerin die abgerechneten Leistungen tatsächlich in kürzerer Zeit vollständig erbracht hat.

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 Blutleere,
- 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

Für die Abrechnung nach Nr. 31822 EBM kommt es entscheidend auf die vollständige Erfüllung der Leistungslegende an. Im Falle der Klägerin liegt eine Kombinationsnarkose mit Maske i.S.d. Nr. 31822 EBM vor.

Die Kammer bezieht sich insoweit auf die von der Klägerin vorgelegten Fachärztlichen Gutachten von Prof. Dr. G. und Dr. H., die beide im Wege des Urkundsbeweises verwertet werden.

Beide Gutachter sind übereinstimmend davon ausgegangen, dass die Klägerin bei allen Patienten eine Allgemeinanästhesie vorgenommen hat, bevor die Regionalanästhesie verabreicht wurde. Zwar wurde die Verwendung einer "Maske" nicht ausdrücklich dokumentiert. Die Sachverständigen haben aber übereinstimmend ausgeführt, dass sich die Verwendung einer "Maske" aus dem Protokoll und dort durch den Nachweis der kontinuierlichen Sauerstoffgabe, bzw. CO<sub>2</sub>- Messung ergibt. Insoweit geht auch die fachkundig besetzte Kammer davon aus, dass eine solche Messung nur mithilfe einer dicht sitzenden Maske erfolgen kann, da andernfalls keine validen Werte gemessen werden können, welche zur Kontrolle der Atemfunktion aber notwendig sind. Allein die Tatsache, dass auf den Protokollen nicht wörtlich dokumentiert ist, dass eine "Maske" verwendet wurde, ist unschädlich, da sich aus dem Gesamtzusammenhang der protokollierten Parameter ergibt, dass eine Maske verwendet worden sein muss. Insoweit wäre die Forderung, dass die Klägerin noch das Wort "Maske" auf der Dokumentation vermerkt, bloße Förmelerei. Jedenfalls kann dies nicht dazu führen, dass hier von einer unvollständigen Leistungserbringung auszugehen ist, zumal die EBM- Ziffer selbst diese Forderung nicht aufstellt.

Auch die Ausführungen der Gutachter zu der Menge der verwendeten Medikamente sind für die Kammer schlüssig und nachvollziehbar und entsprechend den aktuellen medizinischen Erkenntnissen. Insbesondere ist für das Medikament "Propofol" in der Herstellerbeschreibung ausgeführt, dass "ältere Patienten normalerweise niedrigere Dosen benötigen". Darüber hinaus ist auch durch die Narkoseprotokolle dokumentiert, dass die Klägerin eine Kombination mehrerer Narkosemittel verwendet hat, was ebenfalls dazu führt, dass pro Medikament niedrigere Dosen verwendet werden müssen.

Soweit die Beklagte auf das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein- Westfalen vom 23.07.2003 ([L 10 KA 51/02](#)) verwiesen hat, ist dem entgegen zu halten, dass der dem Urteil zugrundeliegende EBM 96 eine andere Regelung beinhaltete, als der nunmehr streitgegenständliche. Insoweit fand sich in der Vorgängerregelung, welche dem Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein- Westfalen zugrunde lag, folgende Formulierung in den allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt D, S. 2: "Als Narkosedauer gilt die Dauer von zehn Minuten vor Operationsbeginn bis zehn Minuten nach Operationsende."

Die im entschiedenen Fall betroffene Klägerin hatte die Allgemeinnarkose nach Setzen der Regionalanästhesie ausgeleitet und die Maskenbeatmung beendet. Vor Beginn der Operation waren die dortigen Patienten daher wieder ansprechbar und die geforderte Narkosedauer daher nicht erfüllt.

Dies ist hier aber nicht der Fall. Zum einen findet sich im streitgegenständlichen EBM die oben genannte Formulierung nicht. Und zum anderen hat die Klägerin ausgeführt, dass die Maskenbeatmung auch nach Setzen der Retrobulbäranästhesie weitergeführt wird und auch während der Operation noch Narkosemittel intravenös verabreicht werden.

Für die Kammer besteht daher kein Zweifel, dass die Klägerin die geforderte Kombinationsnarkose in den abgerechneten Fällen auch erbracht hat.

Zur Überzeugung der Kammer steht darüber hinaus auch fest, dass die Klägerin die abgerechneten Leistungen überwiegend in deutlich kürzerer Zeit erbringt, als dies die Prüfzeiten vorsehen.

Die Klägerin hat zuletzt in der mündlichen Verhandlung nachvollziehbar und anschaulich beschrieben, dass sie ein hochspezialisiertes Team hat und daher viele Aufgaben (zulässigerweise) delegieren kann. Insoweit sieht die "Entschließung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. und des Bundesverbandes Deutscher Anästhesisten e.V. vom 26.10.2007/08.11.2007" vor, dass die vorbereitenden Maßnahmen (Vorbereitung und Überprüfung von Medikamenten und medizinischen Gerätschaften, der Gerätecheck und das Setzen perivenöser Verweilkanülen) delegierbare Tätigkeiten sind, die von geschultem Personal übernommen werden dürfen. Gleiches gilt für die sich der Postanästhesiephase anschließende Überwachungsphase. Darüber hinaus fallen übliche Wechselzeiten weg, da mit zwei Operationstischen gearbeitet wird. Auch durch die Vorlage der Anästhesieprotokolle wurde nachvollziehbar dargelegt, dass die Durchschnittszeit der Leistungserbringung, die von der Beklagten herangezogene Prüfzeit grundsätzlich unterschritten hat. Letztlich hat die Klägerin auch substantiiert dargelegt, wie sich die von der Beklagten ermittelten "Spitzenzeiten" an einzelnen Tagen ergeben haben. Die Beklagte hat sich mit dem substantiierten und durch Gutachten belegten Vortrag der Klägerin auch nicht detailliert auseinandergesetzt.

Hiervon ausgehend steht zur Überzeugung der Kammer fest, dass die Klägerin die Leistungen, wie sie in der Abrechnungssammelerklärung abgerechnet wurden, tatsächlich erbracht hat.

Die Frage der medizinischen Notwendigkeit einer Leistung oder der Leistungsmenge ist der Plausibilitätsprüfung fremd. Dafür steht das

Instrument der Wirtschaftlichkeitsprüfung zur Verfügung, das in der ausschließlichen Zuständigkeit der der Wirtschaftlichkeitsprüfungsgremien steht (vgl. BSG, Urteil vom 01.07.1998 - [B 6 KA 48/09 R](#)).

Da bei der Erstellung der Tagesprofile die festgelegten Prüfzeiten zugrunde gelegt worden sind, erweisen sich diese als falsch. Denn deren Beweiswert war –wie oben ausgeführt- aufgehoben. Im Ergebnis ist die Beklagte bei ihrer Entscheidung daher von einer fehlerhaften Tatsachengrundlage ausgegangen, was zu einer fehlerhaften Rechtsanwendung geführt hat, so dass die angefochtenen Bescheide aufzuheben waren.

Nach allem war der Klage in vollem Umfang stattzugeben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#).

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2020-11-12