

S 49 KA 59/18

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
SG München (FSB)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 49 KA 59/18
Datum
23.10.2019
2. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

1. Der Bescheid der Beklagten vom 29.07.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.02.2018 wird insoweit aufgehoben, als die Beklagte nach den GOP 03360 und 03362 EBM in Ansatz gebrachte Leistungen zurückgefordert hat. Weiter wird der Bescheid der Beklagten vom 29.07.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.02.2018 betreffend Rückforderungen von für die Quartale 3/14 bis 1/15 abgerechneten Leistungen mit der Maßgabe aufgehoben, dass die Beklagte über die Rückforderung unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden hat. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

2. Die Kosten werden gegeneinander aufgehoben.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Rücknahme und Neufestsetzung der Honorarbescheide für die Quartale 1/12 bis 1/15 (soweit sie den Honoraranspruch für Regional- und Ersatzkassen betreffen) und die daraus resultierende Rückforderung der Beklagten in Höhe von 55.375 € streitig.

Die Beklagte leitete mit Schreiben vom 13.10.2014 beim Kläger, der seit 01.04.1997 als hausärztlicher Internist in Einzelpraxis niedergelassen ist, eine Plausibilitätskontrolle für die Quartale 1/12 bis 4/13 wegen auffälligen Zeitaufwands ein. Sie bat den Kläger um Übersendung von im Einzelnen aufgeführten Patientendokumentation zu Leistungen nach den GOPen 01415 und 30800. Mit weiterem Schreiben vom 06.05.2015 teilte die Beklagte mit, es habe sich gezeigt, dass die Abrechnung hinsichtlich der GOP 01415 plausibel sei, die Prüfung werde aber auf abgerechnete Leistungen nach den GOPen 03360, 03362, 35110 und 35100 EBM sowie die Quartale bis 2/14 ausgedehnt. Weitere Patientenunterlagen wurden angefordert. Mit Schreiben vom 24.09.2015 wurde die Prüfung dann auf die Quartale 3/14 bis 1/15 ausgedehnt. Nach der nochmaligen Anforderung von Unterlagen unterschrieb der Kläger am 02.06.2016 eine Rückzahlungsvereinbarung betreffend abgerechnete Leistungen nach der GOP 30800 EBM. Was die übrigen geprüften Leistungen betraf, lehnte er eine solche von der Beklagten angebotene Vereinbarung ab. Der Klägerbevollmächtigte nahm ausführlich Stellung zu der eingeleiteten Prüfung und vertrat insbesondere die Rechtsauffassung, eine Abrechnungsprüfung der Quartale 1/12 und 3/12 bis 1/15 verbiete sich bereits aus formalen Gründen, da für diese Quartale kein Aufgreifkriterium erfüllt sei. Was die geprüfte GOP 35100 EBM betreffe, ergäben sich Dokumentationsanforderungen ausschließlich im Hinblick auf ursächliche Zusammenhänge einer psychischen Erkrankung für ein somatisches Leiden und umgekehrt. Fraglich sei, wie eine entsprechende Dokumentation ausgestaltet sein müsse, es erscheine insoweit zweifelhaft, ob das Unterlassen einer solchen Angabe ein grob fahrlässiges Verhalten darstelle.

Mit Bescheid vom 29.07.2016 nahm die Beklagte die Honorarbescheide für die Quartale zurück, soweit sie den Honoraranspruch für Regional- und Ersatzkassen betrafen. Im Übrigen blieben die Honorarbescheide bestehen. Das Honorar wurde für die einzelnen Quartale neu festgesetzt. Die Beklagte setzte den zu erstattenden Rückforderungsbetrag auf insgesamt 55.375 € fest, 14.220,76 € davon entfielen auf die GOP 35100 EBM, 15.705,14 € auf die GOP 35110 EBM, 4.558,24 € auf die GOP 03360 sowie 20.890,86 € auf die GOP 03362 EBM. Begründet wurde dies damit, dass der Klägers gegen seine Verpflichtung zur peinlich genauen Abrechnung verstoßen habe. Bei den Leistungen des Kapitels 35 EBM, wozu die geprüften GOPen 35100 und 35110 gehörten, handle es sich ausweislich des eindeutigen Wortlauts des EBM in der Kapitelüberschrift um Leistungen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie, so dass die Vorgaben der Richtlinie in der Leistungserbringung und in der Leistungsabrechnung zu beachten seien. Die psychosomatische Grundversorgung orientiere sich an der aktuellen Krankheitssituation des Patienten und könne nach der Psychotherapie-Richtlinie des GBA nur im Rahmen einer übergeordneten somato-psychischen Behandlungsstrategie Anwendung finden. Obligater Leistungsinhalt der GOP 35100 sei laut EBM die differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände und der schriftliche Vermerk über die ätiologischen

Zusammenhänge. Neben Punkt 2.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM fordere auch § 12 der Psychotherapie-Richtlinie eine schriftliche Dokumentation der diagnostischen Erhebungen und der wesentlichen Inhalte der psychotherapeutischen Interventionen. Ausweislich der Patientenunterlagen fehle in allen Fällen sowohl der im EBM geforderte schriftliche Vermerk über ätiologische Zusammenhänge als auch die in der Psychotherapie-Richtlinie geforderte schriftliche Dokumentation zum Leistungsinhalt dieser Ziffer. Nach Ansicht der Beklagten hätte der Kläger durch das Lesen der GOP erkennen können, dass er die Leistungen nur bei Patienten mit psychosomatischen Krankheitszuständen abrechnen dürfe. Die Dokumentationspflicht hätte er sowohl der Psychotherapie-Richtlinie als auch Punkt 2.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM entnehmen können. Die Auswertung der eingereichten Patientendokumentationen des Klägers durch die Beklagte habe eine Fehlerquote von 100% ergeben, im Quartal 1/15 sei bei 21 von 21 geprüften Ansätzen, im Quartal 2/14 bei 7 von 7 geprüften Ansätzen und im Quartal 4/12 bei 10 von 10 geprüften Ansätzen keine Dokumentation zu dieser Ziffer am Abrechnungstag vorgelegen, die Abrechnung sei somit nicht gerechtfertigt gewesen. Was die GOP 35110 betreffe, seien obligate Leistungsinhalte die verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen, die systematische Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion und eine Dauer von mindestens 15 Minuten. Das Gespräch entsprechend dieser Ziffer setze ein systematisches, inhaltlich strukturiertes, therapeutisches Konzept voraus. Auch bezüglich dieser GOP ergebe sich die Dokumentationspflicht aus Punkt 2.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM sowie § 12 der Psychotherapie-Richtlinie. In den Patientendokumentationen zu dieser Ziffer fehle in den meisten Fällen eine Dokumentation der abgerechneten Leistungen am Behandlungstag und somit der Nachweis einer korrekten und vollständigen Leistungserbringung. Der Kläger hätte durch das Lesen der GOP erkennen können, dass er die Leistungen nur bei Patienten mit psychosomatischen Krankheitszuständen abrechnen dürfe. Die Dokumentationspflicht hätte er sowohl der Psychotherapie-Richtlinie als auf dem Punkt 2.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM entnehmen können. Die Auswertung der eingereichten Patientendokumentationen des Klägers durch die Beklagte habe ergeben, dass im Quartal 1/2015 bei 20 von 21 geprüften Ansätzen keine Dokumentation zu dieser Ziffer am Abrechnungstag vorlag und deren Abrechnung somit nicht gerechtfertigt gewesen sei. Das entspreche einer Fehlerquote von 95,24 %. Im Quartal 2/2014 seien 11 von 11 geprüften Ansätzen und im Quartal 4/2012 seien 10 von 10 geprüften Ansätzen nicht gerechtfertigt gewesen. Das entspreche jeweils einer Fehlerquote von 100%. Die Beklagte verwies im Bescheid auch betreffend die geprüften GOPen 03360 EBM und 03362 EBM auf die im EBM aufgeführten Leistungsinhalte und vertrat die Auffassung, in den Patientendokumentationen des Klägers fehlten betreffend die GOP 03360 EBM in allen Fällen Ausführungen zu den Leistungsinhalten der abgerechneten GOPen und somit der Nachweis einer korrekten und vollständigen Leistungserbringung. Auch was die die GOP 03362 betreffe, fehle die Dokumentation in allen Fällen in den Patientendokumentationen des Klägers, so dass die Abrechnung dieser Ziffer in den geprüften Quartalen implausibel sei. In der Leistungsbeschreibung zu dieser GOP seien die Leistungsinhalte dieser Leistung eindeutig geregelt. In Punkt 2.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM sei klar geregelt, dass die Vollständigkeit der Leistungserbringung die Dokumentation der erbrachten Leistung voraussetze. Die Auswertung der eingereichten Patientendokumentationen des Klägers durch die Beklagte habe betreffend beide GOPen 03360 und 03362 eine Fehlerquote von 100% ergeben, für die GOP 03360 EBM sei im Quartal 1/15 bei 7 von 7 geprüften Ansätzen und im Quartal 2/14 bei 6 von 6 geprüften Ansätzen keine Dokumentation zu dieser Ziffer am Abrechnungstag vorgelegen, die Abrechnung sei somit nicht gerechtfertigt gewesen. Für die GOP 03362 EBM wiederum sei im Quartal 1/15 bei 30 von 30 geprüften Ansätzen, im Quartal 2/14 bei 15 von 15 geprüften Ansätzen keine Dokumentation zu dieser Ziffer am Abrechnungstag vorgelegen, die Abrechnung sei somit nicht gerechtfertigt gewesen. Die Beklagte führte im Bescheid neben den in den Referenzquartalen geprüften Ansätzen zu jedem weiteren streitgegenständlichen Quartal und zu jeder geprüften GOP namentlich zwei weitere geprüfte Patienten sowie die von ihr getroffenen Feststellungen auf. Es stehe nach ihrer Überzeugung fest, dass der Kläger bei Abgabe der Sammelerklärungen die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt habe und deshalb zumindest grob fahrlässig gehandelt habe. Die Sammelerklärungen hätten ihre Garantiefunktion damit gänzlich verloren. Die Prüfung der restlichen Quartale 1/12 bis 3/12, 1/13 bis 1/14 sowie 3/14 bis 4/14 bezüglich der GOPen 03360 und 03362 durch die Beklagte habe weiter ergeben, dass das Abrechnungsverhalten in Bezug auf den dargestellten Sachverhalt nach Art und Umfang jeweils mit dem Abrechnungsverhalten in den Referenzquartalen vergleichbar sei. Im Rahmen der zulässigen Schätzung sei daher zur Bestimmung der konkreten Schadenssumme für alle Quartale der in den Referenzquartalen festgestellte Prozentsatz an unrechtmäßig abgerechneten Leistungen herangezogen worden. Da der Umfang an unrechtmäßig abgerechneten Leistungen nicht für den gesamten Prüfungszeitraum exakt berechnet worden sei, sei ein Sicherheitsabschlag i.H.v. 15 % auf die so ermittelten Rückforderungsbeträge zur Berücksichtigung sämtlicher Unwägbarkeiten im Rahmen der Schätzung bzw. Hochrechnung gewährt worden.

Der Klägerbevollmächtigte legte am 12.08.2016 Widerspruch ein. Zur Begründung wurde u.a. ein Verstoß gegen die Begründungspflicht gemäß §35 Abs. 1 SGB X geltend gemacht. Bei den abgerechneten Leistungen nach der GOP 35100 habe der Kläger neben den für die Erbringung von Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung notwendigen psychischen Erkrankungen gemäß § 22 der Psychotherapierichtlinie durchaus somatische/funktionelle Störungen/Erkrankungen bzw. körperliche Beschwerden dokumentiert. Fraglich sei, wie eine nach Auffassung der Beklagten ordnungsgemäße Dokumentation konkret ausgestaltet sein müsse. Bei den Leistungen nach der GOP 35110 sei eine Dokumentation nicht obligater Leistungsinhalt gemäß der Leistungslegende des EBM. Davon abgesehen seien, entgegen der Ansicht des Prüfarztes, sowohl die Leistungszeit als auch die Inhalte der Leistungen in einem Großteil der Fälle dokumentiert, bekanntermaßen könne die Dokumentation auch stichwortartig geführt werden. Aus dem "Curriculum psychosomatische Grundversorgung" ergebe sich, dass durchaus auch somato-psychische Krankheitszustände gerade typischerweise Gegenstand psychosomatischer Interventionen sein könnten. Gleichmaßen ergebe sich daraus, dass auch die Beratung in Lebenskrisen, die der Prüfarzt offenbar als "akute Alltagsprobleme" bagatellisieren möchte, unter das Anwendungsspektrum psychosomatischer Interventionen falle. Die verbalen Interventionen seien vielfältig und jeweils auf den Einzelfall abzustimmen und ergäben sich aus dem Gespräch heraus. In rechtlicher Hinsicht sei es indes nach 2.1 der Allgemeinen Vorgaben des EBM nicht erforderlich, die konkrete Intervention, zum Beispiel "aktives Zuhören" zu dokumentieren, sondern sei es ausreichend, wenn die Intervention als solche, d.h. eben als "verbale Intervention" neben stichwortartigen Angaben zum Inhalt des Gesprächs dokumentiert sei. Hinsichtlich der GOP 03360 sei die Durchführung der entsprechenden Testverfahren-soweit ersichtlich-in allen Fällen dokumentiert bzw. belegt. Eine Dokumentation der Beurteilung der Selbstversorgungsfähigkeiten bzw. der Mobilität und Sturzgefahr mittels/durch die genannten Testverfahren sei nicht Gegenstand des obligaten Leistungsinhalts. Vielmehr ergebe sich die Beurteilung aus dem Testergebnis selbst bzw. lasse sich daraus herleiten. Eine weitergehende Beurteilung sei weder erforderlich noch sei überhaupt ersichtlich, wie diese inhaltlich ausgestaltet sein solle. Schon gar nicht erfordere die Leistungslegende eine Dokumentation "des jeweiligen Procedere". Auch bei den geprüften Leistungen nach der GOP 03362 sei die Einleitung von Behandlungsmaßnahmen, die Überprüfung/Anpassung verordneter Arzneimittel bzw. Aktualisierung des Medikationsplanes dokumentiert. Regelmäßig erfolge dies mittels/im Rahmen von Gesprächen mit den Betreuungspersonen /Pflegerinnen. Was die Berechnung der Rückforderung betreffe werde beanstandet, dass hinsichtlich der Mehrzahl der Quartale lediglich Überprüfungen von nur jeweils zwei Behandlungsfällen vorgenommen und auf dieser Grundlage teilweise über 100 Leistungsansätze vollständig bzw. unter

Ansatz eines Sicherheitsabschlags gestrichen worden seien, was ermessensfehlerhaft sei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 21.02.2018 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Entgegen der Auffassung des Klägerbevollmächtigten habe der Kläger nicht nur im Quartal 2/12 das Aufgreifkriterien von 780 Stunden überschritten, sondern auch im Quartal 1/12 (905,47 Stunden pro Quartal). In den zeitlich auffälligen Quartalen seien Abrechnungsauffälligkeiten festgestellt worden, die eine Ausweitung der Quartale bis auf das Quartal 1/15 gerechtfertigt hätten. Was die Dokumentationspflicht betreffend die GOPen 35100 und 35110 angehe, ergebe sich ein allgemeines Erfordernis der Dokumentation bereits aus Punkt 2.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM sowie aus § 57 BMV-Ärzte. Zudem diene eine zumindest stichwortartige Dokumentation sowohl dem behandelnden Arzt als Gedächtnisstütze als auch dessen möglichem Vertreter. Ein Rückschluss, dass in den Fällen, in denen im obligaten Leistungsinhalt keine spezielle Aufzeichnungs- oder Dokumentationsvorgabe enthalten sei, eine ärztliche Dokumentation an sich obsolet sei, sei weder der jeweiligen GOP noch den Allgemeinen Bestimmungen des EBM zu entnehmen und stehe im Widerspruch zur grundsätzlichen Dokumentationspflicht gemäß § 57 BMV-Ärzte. Der Nachweis einer ordnungsgemäßen und vollständigen Leistungserbringung entsprechend der zeitlichen und inhaltlichen Vorgaben der GOP 35100 und 35110 sei vorliegend wegen fehlender bzw. unzureichender Dokumentation nicht erbracht. Die der Beklagten vorliegenden Unterlagen enthielten keine stichwortartigen Notizen, die auf eine psychosomatische Grundversorgung hindeuteten und damit den Leistungsinhalt dieser GOPen erfüllten. Entgegen der Ansicht des Bevollmächtigten sei die Stellung einer entsprechenden Diagnose bzw. Codierung Gegenstand des Leistungsinhaltes. Dem stehe auch nicht entgegen, dass der EBM bei bestimmten Leistungen wie beispielsweise der GOP 35100 im obligaten Leistungsinhalt konkretere Dokumentationsvorgaben mache. Der darin geforderte schriftliche Vermerk über die ätiologischen Zusammenhänge stelle vielmehr einen konkreten Leistungsbestandteil dieser GOP dar, davon unberührt bleibe die allgemeine Dokumentationspflicht. Die ständige Codierung von Somatisierungsstörungen oder von körperlichen Beschwerden reiche als Dokumentation nicht aus. Vielmehr müssten die ätiologischen Zusammenhänge aus der Dokumentation hervorgehen. Im obligaten Leistungsinhalt der GOP 35110 sei die systematische Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion gefordert. Die Diagnostik an sich beinhalte nicht nur die differenzialdiagnostische Klärung zu Beginn der Behandlung sondern erfordere auch die Beurteilung des ist-Zustandes des Patienten in den darauffolgenden Sitzungen. Hier sei auch die Beurteilung erforderlich, inwieweit die durchgeführten Maßnahmen und die verbale Intervention bei den psychosomatischen Krankheitszuständen einen Behandlungserfolg hervorgebracht hätten. Demzufolge sei auch im Falle der GOP 35110 die Dokumentation der diagnostischen Erhebungen nach § 12 der Psychotherapie-Richtlinie gefordert. Auch die vom Bevollmächtigten unterbreiteten Beispielfälle in den Stellungnahmen erfüllten die Vorgaben einer ausreichenden Dokumentation dieser GOP nicht. Das nahtlose Anknüpfen an die Patientenbehandlung sei bei einer Dokumentation von zwei bis drei Stichworten bei einer Klärung von psychosomatischen Krankheitszuständen bzw. einer verbalen Intervention nicht gewährleistet. Wenn der Bevollmächtigte angebe, dass auch die Beratung in Lebenskrisen unter das Anwendungsspektrum psychosomatischer Interventionen falle, könnten akute Alltagsprobleme in Ausnahmefällen eine Psychotherapie erfordern (§ 22 Psychotherapierichtlinie). Allerdings sei hier aus den Unterlagen des Klägers nicht erkennbar, dass es eben nicht nur Bagatellprobleme seien, sondern dass es sich um eine Klärung bzw. die Behandlung von psychosomatischen Krankheitszuständen handle. Was die GOP 3360 betreffe, reiche es entgegen dem Vortrag des Klägers nicht aus, die Testergebnisse in Form von angekreuzten und ausgefüllten Testbögen vorzulegen. Der obligate Leistungsinhalt fordere den persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt, welcher aus den Aufzeichnungen des Klägers nicht hervorgehe. Auch den Nachweis des obligaten Leistungsinhalts der GOP 03362 habe der Kläger nicht erbringen können.

Dagegen wurde am 06.03.2018 Klage zum Sozialgericht München erhoben. Zur Begründung wurden nochmals Ermittlungs- und Begründungsdefizite geltend gemacht. Dass eine den gesetzlichen Maßstäben genügende Untersuchung des Sachverhalts im vorliegenden Fall im Hinblick auf den Bescheid vom 29.07.2016 nicht erfolgt sei, ergebe sich bereits aus dem Umstand, dass dieser Bescheid wenige Tage nach Eingang der umfangreichen Stellungnahme der Klägersseite vom 25.7.2016 ergangen sei. Auch im Widerspruchsbescheid sei keine Auseinandersetzung mit dem substantiierten Vortrag in den Stellungnahmen und der Widerspruchsbegründung der Klägersseite erfolgt. Vielmehr werde allein darauf abgestellt, dass angeblich keine Dokumentation vorliege, die die Leistungserbringung belegen könne. Auch betreffend die GOP 35110 treffe es bereits nicht zu, dass Dokumentationen lediglich durch "zwei bis drei Stichworte" erfolgt seien. Der Klägerbevollmächtigte verwies auf die in seinen Stellungnahmen aufgeführten Beispiele, woraus sich auch ergebe, dass eine Anknüpfung an die niedergelegte Thematik ohne weiteres auch noch nach einigen Tagen oder Wochen möglich sei. Auch seien die Ausführungen zur Begründung der Kürzung im Widerspruchsbescheid nicht konsistent. Zunächst werde dort ausgeführt, dass die Beratung in Lebenskrisen bzw. akute Alltagsprobleme unter das Anwendungsspektrum psychosomatischer Intervention fallen könne. Dann werde im nächsten Satz ausgeführt, dass aus den Unterlagen des Klägers nicht erkennbar sei, dass es "eben nicht nur Bagatellprobleme" seien, sondern dass es sich um eine Klärung bzw. Behandlung von psychosomatischen Krankheitszuständen handle. Soweit die Beklagte (vermutlich) meine, dass eine Unterscheidung zwischen akuten Alltagsproblemen, die in Ausnahmefällen eine Psychotherapie erfordern könnten und "Bagatellproblemen" vorzunehmen sei und es sich im vorliegenden Fall ausschließlich um "Bagatellprobleme" handle, so erscheine eine solche Einschätzung im Hinblick auf die konkreten Aufzeichnungen bereits aus medizinischer Laiensphäre fachlich nicht vertretbar. Die grundlegende psychosomatische Behandlung sei vor allem durch verbale Interventionen im Rahmen einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung zu leisten (Basistherapie). Genau diese Inhalte seien den verbalen Interventionen des Klägers zu Grunde gelegen, was durch seine Gesprächsaufzeichnungen belegt werde. Hinsichtlich der GOP 03360 führe die Beklagte im Widerspruchsbescheid erstmalig aus, dass der obligate Leistungsinhalt einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt erfordere und deshalb vom Kläger nicht erfüllt worden sei, denn ein solcher ergebe sich aus den Aufzeichnungen nicht. Es entstehe der Eindruck einer alternativen Verlegenheitsbegründung, da erkennbar ein Grund für die Leistungskürzungen im Hinblick auf die vorliegenden Testergebnisse offensichtlich nicht gegeben sei. Auch sei erst zum Quartal 1/15 eine Änderung der Leistungslegende betreffend das Erfordernis eines persönlichen Arzt-Patientenkontaktes erfolgt, die Ausführungen der Beklagten seien auch in diesem Punkt schlichtweg falsch. Zu den Leistungen nach der GOP 03362 wurde noch vortragen, dass ein Medikamentenplan für die Patienten regelmäßig im Pflege-/Altersheim vorgehalten werde und die entsprechenden Aktualisierungen dort vermerkt würden. Schließlich verwies der Klägerbevollmächtigte noch auf eine aus seiner Sicht relevante Entscheidung des LSG Nordrhein-Westfalen vom 22.05.2019 (L11 KA 70/18 B ER) wo festgestellt werde, dass eine fehlende oder unzureichende Dokumentation die Kassenärztlichen Vereinigungen nur dann zur Honorarkürzung berechtige, wenn diese zum ausdrücklichen Leistungsinhalt der GOP gehöre, was im vorliegenden Fall nur auf die Leistungen nach der GOP 35100 EBM zutreffe. Danach verbiete sich eine Honorarkürzung wie vorliegend allein mit dem Argument einer unvollständigen Dokumentation. Ein Nachweis für einen Fehlansatz der Leistungen liege gerade nicht vor. Auch die Berechnung der Honorarforderung wurde nochmals beanstandet. Neben der bereits in vorherigen Stellungnahmen gerügten Überprüfung von lediglich zwei Behandlungsfällen in einer Vielzahl der Quartale werde auch der von der Beklagten in Ansatz gebracht Sicherheitsabschlag i.H.v. 15 % beanstandet. Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG zu Einzelfallprüfungen mit Hochrechnung sei mindestens ein Sicherheitsabschlag i.H.v. 25 % in Ansatz zu bringen. Im vorliegenden Fall sei für die überwiegende Anzahl der betroffenen Quartale lediglich die Überprüfung eines Anteils im geringen einstelligen Prozentbereich erfolgt, die Ausführungen des BSG seien daher im Sinne eines mindestens zu berücksichtigten Sicherheitsabschlags von 25 % auf die hiesige Hochrechnung zu

übertragen.

In der mündlichen Verhandlung am 24.04.2019 beanstandete der Klägerbevollmächtigte darüber hinaus, dass im Rahmen der Berechnung der Honorarrückforderung nicht berücksichtigt worden sei, dass die Beklagte in den Quartalen 03/14 bis 1/15 aufgrund fehlenden Nachweises von Fortbildungspunkten bereits Honorarkürzungen gemäß §95d SGB V in Höhe von 10% vorgenommen habe, so dass insoweit eine unzulässige "Doppelbestrafung" betreffend die streitgegenständlichen GOPen vorliege. Der Klägervertreter vertrat in einem weiteren Schriftsatz die Ansicht, dies sei rechtlich unzulässig. Der daraus resultierende Sicherheitsabschlag von nur noch 5% stehe im Widerspruch zu den Ausführungen und Bewertungen des Beklagten im angegriffenen Bescheid. Es erscheine auch fernliegend, wenn der Beklagte die Idee vertrete, dass es rechtlich zulässig sei, Sicherheitsabschläge für mehrere Quartale zu saldieren. Vielmehr stelle die Abänderung der ursprünglichen Entscheidung zur Gewährung eines 15%igen Sicherheitsabschlags eine unzulässige Schlechterstellung des Klägers aufgrund eines Fehlers dar, der allein in der Sphäre der Beklagten zu verorten sei. In der mündlichen Verhandlung am 24.04.2019 gab der Kläger außerdem betreffend die nach der GOP 03360 EBM abgerechneten Leistungen zu Protokoll, dass er bei allen Patienten, bei denen er diese Leistungsziffer abgerechnet habe, die sich in den Akten befindenden Testverfahren persönlich mit den Patienten durchgeführt habe und in vielen Fällen die Ergebnisse von den Praxismitarbeiterinnen zur besseren Lesbarkeit übertragen worden seien. In der mündlichen Verhandlung am 23.10.2019 legte der Kläger ein weiteres Gebinde mit Patientenunterlagen vor. Der Klägerbevollmächtigte stellt den Antrag aus dem Schriftsatz vom 17.05.2018.

Die Beklagtenvertreterin beantragt, die Klage abzuweisen.

Die Beklagte vertrat auch im Klageverfahren die Ansicht, eine ordnungsgemäße Untersuchung des Sachverhalts nach § 20 SGB X sowie eine ausreichende Begründung nach § 35 SGB X lägen vor. Insbesondere seien die eingereichten Dokumentationen ausführlich geprüft und zur abschließenden Beurteilung einem medizinischen Fachexperten übergeben worden. Darüber hinaus könne die Beklagte Art und Umfang der Ermittlungen selbst bestimmen. Für die Begründung nach § 35 Abs. 1 S. 2 SGB X reiche die Angabe der tragenden Erwägungen aus. Soweit von Klägerseite die Höhe des Sicherheitsabschlags i.H.v. 15 % beanstandet werde, verkenne diese, dass es sich bei dem zitierten Urteil des BSG um eine Entscheidung aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung und damit um ein völlig anderes Prüfverfahren, nämlich eine rein statistische Prüfung des Abrechnungsverhaltens im Vergleich zur Fachgruppe, handle. Auch verbleibe vorliegend kein Restrisiko, dass der hochgerechnete Kürzungsbetrag unrichtig und damit zu hoch sei. Die Quartale 4/12, 2/14 und 1/15 seien als Referenzquartale festgesetzt und umfassend geprüft worden. Insgesamt seien, anknüpfend an die Ansatzhäufigkeit der jeweiligen GOPs in den Referenzquartalen, 10 % der Dokumentationen angefordert und auch unter Hinzuziehung des medizinischen Fachexperten ausgewertet worden mit dem Ergebnis einer Fehlerquote von 100% in fast allen Fällen. Die Prüfung der Abrechnung habe ergeben, dass die Ansatzhäufigkeit in sämtlichen von der Prüfung umfassenden Quartalen im Wesentlichen gleich gewesen sei. Außerdem habe die Beklagte anhand der für die Zwischenquartale angeforderten Dokumentationen feststellen können, dass auch hier eine unvollständige Dokumentation vorliege und somit der Nachweis der vollständigen Leistungserbringung nicht habe erbracht werden können. Da das Abrechnungsverhalten in Art und Umfang mit den geprüften Quartalen vergleichbar gewesen sei, sei die Fehlerquote im Rahmen der zulässigen Schätzung auf diese Quartale umgelegt worden. Wegen des über einen längeren Zeitraum gleichbleibenden Sachverhalts, welcher von der Beklagten umfassend geprüft worden sei, sei auch ein Sicherheitsabschlag von 15 % angemessen. Auch sei die Anforderung von lediglich zwei Behandlungsfällen in den Zwischenquartalen nicht ermessensfehlerhaft, da die Prüfung der Zwischenquartale lediglich dem Nachweis der falschen Abrechnung diene, die Berechnungsbasis sei jedoch ausschließlich aus den vollumfänglich geprüften Referenzquartalen herangezogen worden. Die Beklagte sei nicht verpflichtet, sämtliche Quartale umfassend zu prüfen, sondern könne die in den Referenzquartalen festgestellten Fehlerquoten im Rahmen der Schätzung auf die übrigen Quartale übertragen, in denen ebenfalls ein Pflichtverstoß festgestellt worden sei. Es sei ständige Rechtsprechung des BSG, dass eine gewissenhafte, peinlich genaue Abrechnung zu den Grundpflichten des Vertragsarztes gehöre. Der Leistungsinhalt der geprüften GOP 35100 sei in den geprüften Fällen entgegen der Ansicht des Klägervertreters nicht vollständig erfüllt. Es fehle in allen Fällen der im EBM geforderte schriftliche Vermerk der ätiologischen Zusammenhänge, sowie die in § 12 der Psychotherapierichtlinie geforderte schriftliche Dokumentation zum Leistungsinhalt dieser GOP. Aus den vorgelegten Dokumentationen lasse sich nicht erkennen, ob die Ursachen der Beschwerden abgeklärt worden seien, folglich, ob überhaupt eine psychosomatische Erkrankung vorliege. Es handle sich nicht um Dauerdiagnosen, sondern z. T. nur um kurzfristige Erkrankungen. Außerdem fehle in den schriftlichen Aufzeichnungen ein Therapieansatz als Ausdruck der übergeordneten Behandlungsstrategie und Abgrenzung zu anderen Arzt-Patienten-Gesprächen. Auch das BSG habe in einem Beschluss vom 17.3.2016 auf das Erfordernis einer ordnungsgemäßen Dokumentation hingewiesen. Entgegen der Ansicht des Klägers sei auch bei der GOP 35110 eine Dokumentation der erbrachten Leistungen erforderlich. Neben Punkt 2.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM fordere § 12 der Psychotherapierichtlinie eine schriftliche Dokumentation der diagnostischen Erhebungen und der wesentlichen Inhalte der psychotherapeutischen Interventionen. Der Begriff "diagnostische Erhebungen" beschränke sich somit nicht auf die Klärung des Krankheitszustands im Rahmen der GOP 35100, sondern beschreibe die jeweilige Beurteilung des Ist-Zustandes und bisherigen Behandlungsansatzes/-erfolges im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung. Zum Nachweis der ordnungsgemäßen Leistungserbringung seien daher zumindest stichpunktartig die wesentlichen Behandlungsschritte erforderlich. Auch hier finde die Richtlinie durch den Verweis in der Überschrift in Kapitel 35 des EBM ("gemäß") Anwendung. Die unterschiedlichen Zwecke und Zielsetzungen der Dokumentationspflichten eines Arztes ergäben sich auch aus dem Urteil des SG Stuttgart vom 14.9.2017. In den Dokumentationen des Klägers fehle immer die Beurteilung des Ist-Zustandes des Patienten. Aufgeführt werde allein die differenzialdiagnostische Klärung zu Beginn der Behandlung. Auch nach § 21a Abs. 1 der Psychotherapierichtlinie müsse zumindest stichpunktartig das aktuelle psychosomatische Krankheitsbild des Patienten aus den Dokumentationen hervorgehen. Ohne entsprechende Dokumentation aus der sich die Behandlungsansätze und die entsprechenden Behandlungserfolge oder -misserfolge ergäben, sei es aus Sicht der Beklagten nicht möglich, über einen längeren Zeitraum hinweg eine Behandlungsstrategie zu entwickeln bzw. einem strukturierten therapeutischen Konzept zu folgen. Gerade bei den psychosomatischen GOP sei eine Abgrenzung zu simplen Gesprächsleistungen sowie zur Grundpauschale erforderlich. Im Gegensatz zu allgemeinen Gesprächsleistungen wie beispielsweise der GOP 03230, handle es sich bei der verbalen Intervention im Sinne der GOP 35110 um eine spezielle genehmigungspflichtige Leistung, die eine entsprechende Qualifikation des Arztes voraussetze und die Teil einer übergeordneten Behandlungsstrategie sei. Aus der Dokumentation müsse sich zumindest stichpunktartig der Inhalt der verbalen Intervention ergeben, um eine Abgrenzung zu normalen Gesprächsleistungen vornehmen zu können. Dass eine Abgrenzung zur Grundpauschale vorgenommen werden müsse, bestätige auch das SG Kiel in einer aktuellen Entscheidung vom 7.11.2017. Klarzustellen sei weiter, dass die Kürzung der GOP 03360 erfolgt sei, weil die obligaten Leistungsinhalte ausweislich der eingereichten Dokumentationen nicht erfüllt worden seien. Zwar habe die Prüfung der Dokumentationen ergeben, dass die geforderten Testverfahren durchgeführt worden seien. Eine ärztliche Bewertung der durchgeführten Tests wie vom Klägervertreter behauptet- finde sich jedoch an keiner Stelle. Dass die bloße Durchführung der Testverfahren nicht ausreichend sei, folge bereits aus dem obligaten Leistungsinhalt dieser GOP. Würde alleine die Durchführung der Testverfahren ausreichen, hätte es der weiteren Formulierung "Beurteilung" nicht bedurft. Nichts Anderes ergebe sich aus dem erwähnten Beschluss des Bewertungsausschusses, wonach

die Aufnahme des persönlichen Arzt-Patienten-Kontaktes in den obligaten Leistungsinhalt lediglich zur Klarstellung erfolgt sei, dass das geriatrische Basis-Assessment mit ärztlicher Beteiligung erbracht werden müsse. Bezüglich der geprüften GOP 03362 EBM lege schon Abschnitt 3.2.4. Punkt 2 des EBM fest, dass die Berechnung dieser GOP die Angabe eines ICD-Codes gemäß der ICD-10-GM voraussetze, der den geriatrischen Versorgungsbedarf dokumentiere. In den vorgelegten Dokumentationen fehle jedoch in allen Fällen die Dokumentation des hausärztlich-geriatrischen Betreuungskomplexes. Eine Einleitung oder Koordination der Behandlung sei nicht ersichtlich. Außerdem sei kein Medikationsplan vorgelegt worden. Sämtliche Leistungen, die der Arzt in seinen Aufzeichnungen nicht dokumentiert habe, gälten als nicht erbracht. Entgegen der Ausführungen des Klägers sei der obligate Leistungsinhalt dieser GOP nicht vollständig erfüllt. Was die vom Klägervertreter angesprochene Kürzung gemäß §95d SGB V, die sich jeweils auf die gesamte Leistungsgruppe beziehe, betreffe, sei diese bei den streitgegenständlichen gekürzten Leistungen nicht automatisiert berücksichtigt worden. Dies stehe der Rechtmäßigkeit der streitigen Kürzungen aber nicht entgegen, ein zusätzlicher Abschlag sei in den drei betroffenen Quartalen angesichts des durchweg gewährten Sicherheitsabschlags in Höhe von 15%, der die vorangegangene Kürzung in Höhe von 10% übersteige, nicht zwingend geboten. Entscheidend sei, dass die Höhe des Sicherheitsabschlags vorliegend ausreiche, um sowohl die durchgeführte Schätzung als auch die Kürzung nach §95d SGB V in 3 der 13 Quartale hinreichend zu berücksichtigen. Dies sei gerade im Hinblick auf die hohen festgestellten Fehlerquoten von 100% bzw. von 97,92% bei der GOP 35110 EBM, die eine grundsätzlich unzureichende Dokumentation und somit fehlerhafte Abrechnung des Klägers belegten, der Fall. Außerdem ergäbe sich, selbst wenn man davon ausginge, dass in den 3 von 13 betroffenen Quartalen der gewährte Sicherheitsabschlag zum großen Teil zur Berücksichtigung der vorangegangenen Kürzung aufgebraucht werde, für den gesamten Prüfzeitraum immer noch ein durchschnittlicher Sicherheitsabschlag von deutlich über 10%. Schließlich wies die Beklagte noch darauf hin, dass über die Frage der Rechtmäßigkeit der og. Honorarkürzung nach §95d SGB V eine Berufung vor dem Bayerischen LSG anhängig sei und sie diese Frage im Hinblick auf die Klärung einer möglichen Doppelkürzung für vorgreiflich halte.

Zur Ergänzung des Tatbestands wird auf die vom Gericht beigezogene Akte der Beklagten sowie die Gerichtsakte und die dort enthaltenen Schriftsätze, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig und in der Sache zum Teil auch begründet. Der Kläger ist durch den angefochtenen Bescheid vom 29.07.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 21.02.2018 insoweit in seinen Rechten verletzt, als die Beklagte zu Unrecht vom Kläger in Ansatz gebrachte Leistungen nach den GOP 03360 und 03362 aufgehoben, ein niedrigeres Honorar festgesetzt und den überzahlten Betrag vom Kläger zurückgefordert hat. Der Bescheid war auch insoweit aufzuheben und an die Beklagte zurückzuverweisen, als bei der Rückforderung von in den Quartalen 03/2014 bis 1/2015 in Ansatz gebrachten Leistungen bei Berechnung der Rückforderungssumme die Honorarkürzung gemäß §95d SGB V nicht berücksichtigt wurde. Die Beklagte hat über die Kürzungen in diesen drei Quartalen unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden. Im Übrigen war die Klage abzuweisen, da sich der Bescheid als rechtmäßig erweist.

Die Zulässigkeitsvoraussetzungen der erhobenen Anfechtungsklage sind erfüllt, insbesondere wurde das Widerspruchsverfahren durchgeführt und die Klagefrist eingehalten. Wie von der Beklagten vorgetragen, ist die Frage der Rechtmäßigkeit der Honorarkürzung nach §95d SGB V durch die Beklagte in den Quartalen 3/2014 bis 1/2015, die von der Kammer bejaht wurde (S 49 KA 575/17) und wogegen eine Berufung beim Bayerischen LSG (L 12 KA 22/19) anhängig ist, vorgreiflich gemäß §114 Abs. 2 S.1 SGG. Wie unten ausgeführt hält die Kammer die Nichtberücksichtigung dieser Kürzung im Rahmen der von der Beklagten vorzunehmenden Schätzung für ermessensfehlerhaft. Die Kammer sieht vorliegend aber nach Anhörung der Beteiligten, die sich gegen bzw. nicht für eine Aussetzung aussprachen, aus prozessökonomischen Gründen von einer Aussetzung, die im Ermessen des Gerichts liegt, ab. Dies insbesondere im Hinblick auf den Vortrag der Klägerseite, dass von Seiten der Beklagten bereits weitere Plausibilitätsverfahren zu den streitgegenständlichen Gebührenordnungspositionen für nachfolgende Quartale sowie ein Disziplinarverfahren eingeleitet worden seien, so dass ein dringendes Interesse an zeitnaher Entscheidung über die streitgegenständlichen Fragen bestehe.

Rechtsgrundlage für die Honoraraufhebung und Neufestsetzung ist § 106d SGB V (in der Fassung vom 16.07.2015), wonach die Kassenärztliche Vereinigung die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte feststellt. Eine Richtigstellung hat demnach zu erfolgen, wenn ein Vertragsarzt Gebührenordnungspositionen zur Abrechnung bringt, deren Tatbestand durch seine Leistungen nicht erfüllt ist oder die er aus anderen Gründen nicht in Ansatz bringen darf. Eine Leistungsposition darf von der Beklagten richtiggestellt werden, wenn deren Voraussetzungen erweislich nicht vorliegen oder wenn sich ihr Vorliegen im Einzelfall nicht nachweisen lässt (BSG vom 6.9.2000, B 6 KA 17/00 B). Die Beklagte kann nach gefestigter Rechtsprechung des BSG (BSG vom 17.09.1997, 6 RKA 86/95) über die Berichtigung einzelner Leistungspositionen hinausgehend den gesamten Honorarbescheid aufheben und das Quartalshonorar neu festsetzen, wenn die Honorarabrechnung des Vertragsarztes erwiesenermaßen einen Fehlansatz aufweist, bei dem ihm - wie teilweise vorliegend - grobe Fahrlässigkeit vorzuwerfen ist. In diesem Fall erfüllt die der Quartalsabrechnung beizufügende sogenannte Sammelerklärung nicht mehr ihre Garantiefunktion und gilt damit als nicht wirksam abgegeben, so dass die gesamte quartalsbezogene Honorarabrechnung zu Fall kommt (Clemens, jurisPK-SGB V, 3.Aufl., §106d Rn. 248). Die Aufhebung des gesamten Honorarbescheids hat zur Folge, dass das Honorar insgesamt neu festzusetzen ist, wobei eine Schätzung erfolgen kann.

Eine formelle Rechtswidrigkeit des streitgegenständlichen Bescheids vermag die Kammer entgegen der Argumentation des Klägerbevollmächtigten nicht zu erkennen. Sofern der Klägerbevollmächtigte den Erlass des Bescheids vom 29.07.2016 wenige Tage nach Eingang einer umfangreichen Stellungnahme moniert, ergeben sich daraus keine Hinweise auf einen Anhörungsmangel. Eine Rechtswidrigkeit vermag die Kammer insbesondere auch weder im Hinblick auf einen Begründungsmangel (§35 Abs. 1 S.1 SGB X) zu erkennen noch liegt eine fehlende Bestimmtheit (§33 SGB X) vor. Die Beklagte hat vielmehr im Einzelnen dargestellt, welche GOPen geprüft wurden und aus welchen rechtlichen Erwägungen die rückgeforderten Leistungspositionen als nicht erbracht angesehen wurden. Weiter enthalten der Bescheid bzw. der Anhang dazu eine detaillierte, nach Quartalen unterteilte Aufstellung der im Einzelnen geprüften Fälle und die von der Beklagten jeweils getroffenen Feststellungen. Auch die Berechnung der Rückforderungssumme wurde nachvollziehbar dargestellt. Darüberhinausgehende Belehrungen des seit über 20 Jahren als Vertragsarzt niedergelassenen Klägers zum Inhalt einer ordnungsgemäßen Dokumentation sind nicht notwendiger Bestandteil eines Honoraraufhebungs- und Rückforderungsbescheides.

Eine Rechtswidrigkeit der streitgegenständlichen Entscheidung ergibt sich entgegen der Ansicht der Klägerseite auch nicht daraus, dass es für die Einleitung einer Abrechnungsprüfung durch die Beklagte am Vorliegen von Aufgreifkriterien (nach der Anlage 1 zur Vereinbarung nach §106a Abs. 5 SGB V) fehlen würde. Abgesehen davon, dass von Seiten der Beklagten vorgetragen wurde, dass diese Aufgreifkriterien

in zwei Quartalen erfüllt gewesen seien, handelt es sich insofern nicht um eine Frage der Rechtmäßigkeit der durchgeführten sachlich-rechnerischen Richtigstellungen.

Der streitgegenständlichen Honoraraufhebung steht auch nicht der Ablauf einer Ausschlussfrist entgegen, da der Bescheid vom 29.07.2016 noch vor Ablauf der Vierjahresfrist ergangen ist.

Als rechtswidrig erweist sich die Honoraraufhebung allerdings insoweit, als Leistungen nach den GOP 03360 und 03362 EBM aufgehoben wurden, so dass der Bescheid der Beklagten insoweit aufzuheben war. Der Kläger hat in den geprüften Quartalen 04/13 bis 01/15 nach Ansicht der Kammer bei den abgerechneten Leistungen nach der GOP 03360 EBM jeweils den obligaten Leistungsinhalt erbracht, so dass die Voraussetzungen für eine Richtigstellung durch die Beklagte nicht vorliegen. Nach der Leistungslegende setzt die Abrechnung des hausärztlich-geriatrischen Basisassessments obligat die Erhebung und/oder Monitoring organbezogener und übergreifender motorischer, emotioneller und kognitiver Funktionseinschränkungen, die Beurteilung der Selbstversorgungsfähigkeiten mittels standardisierter, wissenschaftlich validierter Testverfahren und die Beurteilung der Mobilität und Sturzgefahr durch standardisierte Testverfahren voraus. Erst ab dem letzten geprüften Quartal sieht die Leistungslegende einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt vor. Unstreitig zwischen den Beteiligten und durch die Kammer anhand der vorgelegten Beklagtenakte nachvollziehbar, enthält die Patientendokumentation des Klägers in den geprüften Fällen die ausgefüllten und den Anforderungen der Leistungslegende entsprechenden Testbögen. Wie vom Klägervertreter ausgeführt, ergibt sich aus den jeweiligen Testbögen das Testergebnis, woraus sich wiederum anhand der auf den Bögen z. B. enthaltenen "Erklärung" oder "Interpretation des Testergebnisses" eine Beurteilung der Selbstversorgungsfähigkeiten und der Mobilität und Sturzgefahr ergibt. Aufgrund der Aussage des Klägers in der mündlichen Verhandlung 24.04.2019, die Testverfahren jeweils persönlich durchgeführt zu haben, so dass unabhängig von der expliziten Regelung ab dem Quartal 01/2015 jeweils ein persönlicher Arzt-Patientenkontakt stattfand, ist die Kammer deshalb der Ansicht, dass der Kläger die Voraussetzungen für die Abrechnung dieser Leistungsziffer erfüllt hat. Ebenfalls als rechtswidrig erweist sich die Aufhebung der abgerechneten Leistungen für den hausärztlich-geriatrischen Betreuungskomplex nach der GOP 03362 EBM in den Quartalen 04/2013 bis 01/2015 durch die Beklagte. Entgegen der Ansicht der Beklagten ist die sachkundig besetzte Kammer nach einer Durchsicht der vom Kläger vorgelegten Patientendokumentationen der Ansicht, dass daraus ersichtlich ist, dass der Kläger die Leistungslegende dieser GOP erfüllt hat. Zwar ist die Ansicht der Beklagten, dass eine ordnungsgemäße Dokumentation z. B. erfordere, dass nicht lediglich dokumentiert wird, "Gespräch Schwester, MedPlanänderung", nachvollziehbar. Allerdings ist die Kammer, auch vor dem Hintergrund des Vortrags des Klägers, der Medikamentenplan werde jeweils im Pflegeheim aufbewahrt, gleichwohl der Ansicht, dass sich aus der Dokumentation des Klägers jedenfalls die Tatsache der Leistungserbringung durch den Kläger nachweisen lässt.

Im Grundsatz nicht zu beanstanden ist die Honoraraufhebung und -neufestsetzung hinsichtlich der in den Quartalen 0 abgerechneten Leistungen nach den GOPen 35100 und 35110. Obligater Leistungsinhalt der differentialdiagnostischen Klärung psychosomatischer Krankheitszustände nach GOP 35100 ist unter anderem ein schriftlicher Vermerk über ätiologische Zusammenhänge. Ein solcher Vermerk findet sich in keiner der geprüften Dokumentationen zu dieser Leistungsziffer, so dass schon aus diesem Grund in keinem der geprüften Fälle der Leistungsinhalt dieser GOP erfüllt ist. Auch von Klägerseite wird nicht vorgetragen, dass eine dementsprechende Dokumentation erfolgt sei, es wird lediglich die Notwendigkeit einer solchen in Frage gestellt. Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass die vorgelegten Patientendokumentationen in den meisten Fällen keinerlei Dokumentation oder Hinweise darauf enthalten, dass der Kläger eine somatische Befundung vorgenommen hat, die nach Ansicht der sachverständig besetzten Kammer aber unabdingbar notwendig wäre, um rein somatische Ursachen auszuschließen. Rechtlich zutreffend geht die Beklagte auch davon aus, dass der Kläger in den von ihr geprüften Fällen den Leistungsinhalt der verbalen Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen nach der GOP 35110 EBM nicht vollständig erbracht hat. Auf die diesbezüglichen zutreffenden und ausführlichen Ausführungen der Beklagten im angegriffenen Bescheid sowie im Widerspruchsbescheid wird ausdrücklich verwiesen ([§136 Abs. 3 SGG](#)). Auch nach Ansicht der sachkundig besetzten Kammer fehlt es in der Patientendokumentation des Klägers insbesondere jeweils an einer nach §§12 und 21a der im Zeitpunkt der Leistungserbringung geltenden Psychotherapie-Richtlinie erforderlichen Dokumentation des jeweiligen Ist-Zustandes am Behandlungstag sowie von Fortschritten, Erfolgen und Misserfolgen der Interventionen. Auch wesentliche Inhalte der verbalen Interventionen müssen dokumentiert werden, um eine Anknüpfung an die verbale Intervention zu einem späteren Zeitpunkt zu ermöglichen. Im Hinblick auf die Argumentation der Klägerseite, die Dokumentationspflicht sei kein obligater Leistungsinhalt dieser Ziffer sowie den diesbezüglichen Verweis auf den Beschluss und die Argumentation des LSG NRW (aaO) vertritt die Kammer die Rechtsansicht, dass die Dokumentation ärztlicher Leistungen auch der Nachweisführung dient, ob eine Leistung erbracht ist (SG München vom 25.07.2018, [S 38 KA 645/16](#)). Nicht hinreichend dargelegte, dokumentierte und nachgewiesene Leistungen sind deshalb als nicht erbracht bzw. als nicht erfüllt anzusehen und können nicht abgerechnet werden. Darüber hinaus befindet sich die vorliegend geprüfte GOP, ebenso wie die geprüfte GOP 35100, im Kapitel 35 des EBM mit der Überschrift "Leistungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien)" und darf gemäß 35.1 Nr. 1 des EBM ausschließlich von Vertragsärzten bzw. -therapeuten berechnet werden, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen gemäß den Psychotherapievereinbarungen verfügen. Die Kammer ist insoweit nicht der Ansicht des LSG NRW, dass der Verweis auf die Psychotherapie-Richtlinien eine rein abgrenzende bzw. systematische Funktion habe. In Verbindung mit der Anforderung in 35.1. Nr. 1, dass die Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung eine Genehmigung nach dieser Richtlinie voraussetzen, ergibt sich daraus vielmehr ein Qualifikationserfordernis. Die Anforderungen der Psychotherapie-Richtlinie, vorliegend insbesondere §12 und §21a, wonach die psychosomatische Grundversorgung eine schriftliche Dokumentation der diagnostischen Erhebungen und der wesentlichen Inhalte der psychotherapeutischen Interventionen bedarf, sind deshalb notwendiger Leistungsinhalt der GOP 35110 EBM. Das BSG führt im Leitsatz einer Entscheidung vom 16.05.2018 (B 6 KA 16/17R) aus, dass der notwendige Leistungsinhalt einer GOP des EBM für die ärztlichen Leistungen sich auch nach den normativen Vorgaben der Bundesmantelvertragspartner zur Qualitätssicherung bestimme. Auch die GOP, um deren Auslegung es in dieser Entscheidung ging, nahm in ihrer obligaten Leistungslegende keinen Bezug auf die Vereinbarung zu Ultraschalldiagnostik, auf die das BSG in dieser Entscheidung abstellt. Da auch die Psychotherapie-Richtlinie des GBA insoweit eine normative Vorgabe darstellen, auf die der EBM in der Kapitelüberschrift sowie der Präambel 35.1 Nr. 1 ausdrücklich Bezug nimmt, sind die dort enthaltenen Dokumentationsanforderungen für den Kläger verbindlich. Erfüllt er diese nicht, darf die Beklagte die betreffende Leistung absetzen.

Der Kläger hat diese Abrechnungsverstöße auch zumindest grob fahrlässig verursacht. Gem. [§ 45 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 SGB X](#) liegt grobe Fahrlässigkeit vor, wenn der Begünstigte die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt hat. Vorliegend handelt es sich um die Nichterbringung obligater Leistungsinhalte, die deutlich in den EBM-Leistungslegenden bzw. der Psychotherapie-Richtlinie, auf die der EBM Bezug nimmt, benannt werden und zudem gebräuchliche Gebührenordnungsziffern betreffen. Zweifel hinsichtlich des Vorliegens zumindest grob fahrlässigen Handelns bestehen daher nicht.

Nach der Rechtsprechung des BSG entfällt im Fall der grob fahrlässigen unrichtigen Abrechnungs-Sammelerklärung für die Kassenärztliche Vereinigung grundsätzlich die Verpflichtung, als Voraussetzung der Rechtswidrigkeit des Honorarbescheides dem Arzt mehr als eine unrichtige Abrechnung pro Quartal nachzuweisen. Sie ist rechtlich nicht gehalten, in allen Behandlungsfällen, in denen sie unrichtige Abrechnungen vermutet, den Nachweis der Unrichtigkeit zu führen. Im Ergebnis liegt somit das Honorar-Risiko auf der Seite des Arztes, der in seiner Honorarabrechnung unrichtige Angaben gemacht hat (BSG, Urteil vom 17.09.1997, Az. [6 RKa 86/95](#)). Der Wegfall der Garantiefunktion der Abrechnungs-Sammelerklärung bei Vorliegen schon einer einzelnen grob fahrlässig falschen Angabe auf einem Behandlungsausweis - mit der Folge, dass der Honorarbescheid für das Quartal im Ganzen rechtswidrig ist - unterliegt nach dieser Rechtsprechung auch keinen Bedenken unter dem Gesichtspunkt der Verhältnismäßigkeit. Denn das bedeutet nicht, dass dem Arzt überhaupt kein Anspruch auf Vergütung für die in dem Quartal erbrachten Leistungen zusteht. Soweit davon auszugehen ist, dass Leistungen tatsächlich und ordnungsgemäß erbracht wurden, hat die Kassenärztliche Vereinigung nach Aufhebung des unrichtigen Honorarbescheides das dem Vertragsarzt für diese Leistungen zustehende Honorar neu festzusetzen. Bei der Neufestsetzung hat sie, wie von der Beklagten in ihrem Bescheid ausgeführt, allerdings ein weites Schätzungsermessen. Bei Schätzungen besteht nach der Rechtsprechung kein der Gerichtskontrolle entzogener Beurteilungsspielraum. Sie gehören vielmehr zu den Tatsachenfeststellungen, für die die Tatsacheninstanzen ihrerseits zuständig sind. Das Gericht hat deshalb die Schätzung selbst vorzunehmen bzw. jedenfalls selbst nachzuvollziehen (BSG, ebenda, Rn. 28). Nach neuerer Rechtsprechung des BSG kann der Bescheid in den Fällen, in denen klar ist, dass ein neuer Richtigstellungsbescheid mit geringerer Rückforderung zu erlassen ist, auch zurückverwiesen werden (Clemens in juris-PK-SGB V, 3. Aufl., §106d Rn. 67.1 mwN).

Vorliegend hat die Beklagte das ihr im Rahmen der Honorarneufestsetzung zustehende weite Schätzungsermessen teilweise fehlerhaft ausgeübt. Nicht zu beanstanden ist es, dass die Beklagte jeweils (nur) 10% der Leistungsansätze in 3 Referenzquartalen geprüft hat. Die von der Klägerseite zitierte Rechtsprechung zu einer statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung ist hier nicht übertragbar, insoweit ist auf die Ausführungen der Beklagten zu verweisen. Nicht zu beanstanden ist weiter, dass die Beklagte in den verbleibenden Quartalen jeweils lediglich zwei im Bescheid im Einzelnen aufgeführte Leistungsansätze geprüft hat. Diese Prüfungen mit dem Ergebnis der Falschabrechnung führen vorliegend zum Wegfall der Garantiefunktion der Sammelerklärung in allen geprüften Quartalen. Nach der Rechtsprechung des BSG (aaO) wäre, wie ausgeführt, auch der Nachweis einer einzigen Falschabrechnung ausreichend. Im Hinblick auf die hohe Fehlerquote von 100% bzw. 97,92 % erscheint vorliegend auch ein Sicherheitsabschlag von 15% unbedenklich. In rechtlicher Hinsicht zu beanstanden ist lediglich, dass der Beklagte bei Ausübung seines Schätzungsermessens die zuvor durchgeführte und auch die hier streitgegenständlichen Ziffern betreffende Honorarkürzung gemäß [§95d SGB V](#) unstreitig nicht berücksichtigt hat. Die bereits erfolgte Kürzung um 10% wurde von der Beklagten ausweislich ihres Vortrags und der Ausführungen im Bescheid nicht in die Ermessenserwägungen einbezogen. Die Beklagte wird über die Höhe des Sicherheitsabschlages deshalb unter Berücksichtigung der bereits erfolgten Kürzung um 10% erneut zu entscheiden haben. Aufgrund der Tatsache, dass über die Frage der Rechtmäßigkeit der Honorarkürzung noch nicht rechtssicher entschieden ist, hält die Kammer deshalb insoweit eine Zurückverweisung der Entscheidung an die Beklagte für sachgerecht.

Die Kostenentscheidung basiert auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 155 Abs. 1 Satz 1 VwGO](#). Da sich Obsiegen bzw. Unterliegen vorliegend in etwa die Waage hielten, waren die Kosten gegeneinander aufzuheben (vgl. Schmidt in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Auflage, §197a, Rn.15a).

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-11-03