

## S 17 KA 12/18 und S 17 KA 13/18

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
SG Marburg (HES)  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
1. Instanz  
SG Marburg (HES)  
Aktenzeichen  
S 17 KA 12/18 und S 17 KA 13/18  
Datum  
12.10.2022  
2. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
3. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

1. Die GOP 35110 EBM ist im Rahmen der Reproduktionsmedizin neben den GOP 08230 EBM und GOP 01822 EBM abrechenbar.
2. Soweit psychosomatische Krankheitszustände im Rahmen der Reproduktionsmedizin behandelt werden müssen, sind diese Beratungen nicht regelhaft über die Grundpauschalen abgegolten.
3. Führen die Prüfungsgremien ausdrücklich eine Einzelfallprüfung durch, haben Sie im konkreten Behandlungsfall die Behandlungsdokumentation auf die Wirtschaftlichkeit des Ansatzes der GOP 35110 EBM hin zu überprüfen.
4. Die Abrechnung der GOP 35110 EBM setzt nicht die Kodierung einer F-Diagnose voraus.

Die Beschlüsse des Beklagten jeweils vom 28. Dezember 2017 werden aufgehoben und der Beklagte jeweils verpflichtet, den Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Im Übrigen werden die Klagen abgewiesen.

Der Beklagte trägt jeweils 80% der Gerichtskosten, der Kläger 20%. Der Beklagte trägt jeweils 80% der erstattungsfähigen außergerichtlichen Kosten des Klägers.

### Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit einer repräsentativen Einzelfallprüfung der GOP 35110 EBM in den Jahren 2012 und 2013/2014.

Der Kläger ist seit dem 4. Oktober 2006 in einer Einzelpraxis als Gynäkologin in A-Stadt niedergelassen und nimmt seitdem an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Er betreibt ein Kinderwunschzentrum.

Da der Kläger mit der Abrechnung der GOP 35110 EBM in den Jahren 2012 und 2013 in allen Quartalen jeweils um ca. +4.000 bis 5.000% über den Durchschnittswerten der maßgeblichen Vergleichsgruppe/Fachgruppe (FG) der vollzugelassenen Gynäkologinnen lag, leitete die Prüfungsstelle jeweils von Amts wegen ein Prüfverfahren in Gestalt einer repräsentativen Einzelfallprüfung ein. Sie teilte dem Kläger eine Patientenliste der zu prüfenden Patientinnen mit.

Der Kläger wendete ein, dass die vom BSG aufgestellten Anforderungen an die repräsentative Einzelfallprüfung nicht eingehalten worden seien. Ferner hätten die Patientinnen, die seine Praxis aufsuchten, einen Leidensweg von mehreren, meist zwei bis drei Jahren hinter sich. Sie seien zunächst in allgemein frauenärztlicher oder allgemeinärztlicher Behandlung und Diagnostik gewesen und hätten sich erst, nachdem allgemeine Maßnahmen zur Herstellung der Empfängnisfähigkeit gescheitert seien, in seine Behandlung begeben. Aufgrund der dargelegten Umstände sei zu diesem Zeitpunkt in der Regel die psychische Gesundheit der Patientinnen bereits stark angegriffen und es lägen häufig korrelierende psychosomatische Krankheitsbilder vor. Der unerfüllte Kinderwunsch rufe bei den Betroffenen eine Kränkung mit Ausbildung von Minderwertigkeitskomplexen und Insuffizienzgefühlen hervor.

Die Sterilität müsse von dem betroffenen Paar als Krise bewältigt werden. Dies sei nur unter Einbeziehung von psychosozialen und psychosomatischen Gesichtspunkten möglich. Der langjährig unerfüllt gebliebene Kinderwunsch mit seine verschiedenen frustrierenden verlaufenden Behandlungsversuchen stelle ein komplexes Krankheitsgeschehen dar, bei dem nach ärztlicher Erfahrung psychische

Belastungen häufig eine (mit-)tragende Rolle spielten.

Die Patienten seien in 4 Gruppen einzuteilen:

1. Kinderwunschpatientinnen, die zum Erstgespräch vor eingeleiteter Behandlung kämen. Bei diesen Patientinnen seien im Rahmen der verbalen Intervention psychologische Faktoren zu klären, es müssten partnerschaftliche Probleme eruiert werden. Gesellschaftliche, soziale und kulturelle Aspekte der Kinderwunschbehandlung und deren Folgen würden thematisiert. Psychosoziale Faktoren und bestehende oder aufkommende psychische Belastungen würden verbal bearbeitet.
2. Kinderwunschpatientinnen - Zweitgespräch bei erfolgloser Behandlung. Diese Gruppe stelle den größten Teil der Frauen in der Prüfgruppe dar. Grundsätzlich stelle ein solcher frustrierender Versuch aber stets eine große psychische Belastung dar. Diese führe über Störungen in der Sexualität zu Problemen in der Partnerschaft als solcher bis hin zu depressiven Phasen, denen mit der verbalen Intervention begegnet werden müsse.
3. Gynäkologische Patientinnen mit Migrationshintergrund und psychosozialer Belastung. Aufgrund ihres kulturellen und religiösen Hintergrundes hätten diese Frauen Probleme in ihrer Rolle und ihrem Selbstverständnis als Frau auch bzw. insbesondere im Verhältnis zu ihren Partnern.
4. Maligne oder schwere chronische gynäkologische Erkrankung. Die 3 geprüften Patientinnen hätten an schweren lebensbedrohlichen Erkrankungen gelitten, die an sich eine psychische Belastung darstellten.

Die Prüfungsstelle befasst für das Jahr 2012 einen Prüfreferenten (Gynäkologe) mit der Prüfung der Fälle. Dieser führte in seiner Stellungnahme vom 16. Juli 2015 aus, dass die Ziffer 08230 EBM für die Reproduktionsmediziner eine deutliche Aufwertung der Grundpauschale im Vergleich zu übrigen Fachgruppe bedeute. Durch eine Kombination mit der Ziffer 01822 EBM werde die Grundwertigkeit des Patientenkontaktes deutlich erhöht. Die taggleiche Verbindung der GOP 35110 EBM mit diesen Ziffern erscheine nicht gerechtfertigt. Ein Ansatz der Ziffern der Reproduktionsmedizin sei grundsätzlich nur nach entsprechender Beratung über die Inhalte und Konsequenzen der Therapie möglich. Die Punktwerte seien darauf entsprechend ausgerichtet, ein taggleicher Ansatz der GOP 35110 deshalb nicht nachvollziehbar. Der alleinige Ansatz der GOP 35110 EBM sei im Einzelfall zu bewerten. Die deutliche Häufung im vorliegenden Prüfungsfall müsse durch einen Vergleich mit anderen Reproduktionsmedizinern erfolgen.

Mit Bescheid vom 21. September 2015 (für das Jahr 2012) und Bescheid vom 7. Dezember 2016 (für das Jahr 2013) setzte die Prüfungsstelle Regresse in Höhe von 18.659,36€ bzw. 79.742,92€ fest, wobei sie ihrer Begründung im Wesentlichen die Einschätzung des Beratungsarztes zugrunde legte.

Der Kläger legte jeweils Widerspruch ein. Der Beklagte habe eine sachlich-rechnerische Prüfung durchgeführt, für die er nicht zuständig sei. Ausgehend vom Bescheid der Prüfungsstelle werde nicht die Wirtschaftlichkeit gerügt, sondern grundsätzlich die Zulässigkeit der Abrechnung der GOP 35110 EBM in Frage gestellt. Begründet würde die Honorarkürzung nämlich im Wesentlichen damit, dass sich im Rahmen der durchgeführten Einzelfallprüfung nur in vereinzelten Fällen die gemäß § 22 PT-RL aufgeführten Indikationen hätten finden lassen. Auffällig sei gewesen, dass die GOP 35110 EBM in der Regel mit dem ICD-Code Z31.6, also Allgemeine Beratung im Zusammenhang mit Fertilisation dokumentiert sei. Eine verbale Intervention bei der Diagnose Z31.6 sei aber bei psychosomatischen Krankheitszuständen ohne Vorliegen einer weiteren F-Diagnose, wie sie explizit in § 22 PT-RL genannt sei, nicht zulässig. Die Prüfungsstelle habe damit eine weitergehende sachlich-rechnerische Berichtigung vorgenommen, die sie als Wirtschaftlichkeitsprüfung „getarnt“ habe.

Der Beklagte wies die Widersprüche mit Beschlüssen jeweils vom 28. Dezember 2017 überwiegend zurück. Die Psychosomatik könne kein automatischer Bestandteil der Reproduktionsmedizin sein, da hier in der Regel klare organische Ursachen vorlägen. Beratungen zu diesem Thema fänden typischerweise beim zuweisenden Gynäkologen über die GOP 08521 EBM sowie beim Reproduktionsmediziner über die GOP 08520 EBM statt. Der standardmäßige Ansatz der Ziffer 35110 EBM sei daher als unwirtschaftlich anzusehen.

Im Zeitraum 2013 und 2014 sei die GOP 35110 EBM 6.186-mal ohne entsprechende F-Diagnose angesetzt worden. Damit zeige sich, dass die erheblichen Überschreitungen nicht auf Besonderheiten in der Patientenstruktur oder Behandlungsausrichtung, sondern auf dem Abrechnungsverhalten des Klägers beruhten.

Gegen diese Beschlüsse richten sich die zum Sozialgericht Marburg am 15. Januar 2018 erhobenen Klagen zu den Aktenzeichen [S 17 KA 12/18](#) (2012) und [S 17 KA 13/18](#) (2013 und 2014).

Der Kläger vertieft im Wesentlichen seinen Vortrag aus dem Verwaltungsverfahren. Entgegen den Ausführungen des Prüfarztes stehe die Abrechnung der GOP 08230 EBM ebenso wenig wie die Abrechnung der GOP 01822 EBM oder die Abrechnung der GOP 08521 EBM einer weitergehenden Abrechnung der GOP 35110 EBM entgegen. Der Zuschlag zur Grundpauschale im Rahmen der Reproduktionsmedizin solle keinesfalls die notwendigen Leistungen, die im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung durch die verbale Intervention entstünden, mit abgelten. Die Aufwertung der Grundpauschale durch den Zuschlag nach Ziffer 08230 EBM finde sich im allgemeinen gynäkologischen Kapitel. Sie solle gegenüber der „normalen frauenärztlichen“ Behandlung den generell erhöhten Betreuungs- und Behandlungsaufwand, der im Rahmen der Reproduktionsmedizin per se entstehe, abgelten. Weder aus der Leistungslegende selbst, noch aus der Präambel, noch aus entsprechenden Kommentierungen lasse sich herleiten, dass mit der Zuschlagziffer nach 08230 EBM auch die im Rahmen der Reproduktionsmedizin häufig notwendige psychosomatische Behandlung im Sinne der verbalen Interventionen (GOP 35110 EBM) auszugleichen seien.

Die Gespräche, die im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung mit den Patientinnen geführt würden, sollten damit nicht abgegolten sein.

Auch mit der im Prüfbericht ausdrücklich erwähnten Ziffer 01822 EBM (Beratung) sei eine ganz andere Zielrichtung und ein ganz anderer Beratungsinhalt verbunden.

Die Ziffer 01822 EBM beinhalte eine Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung. Die Beratungen und die Gespräche, die seitens des Klägers im Rahmen einer verbalen Intervention nach Ziffer 35110 EBM geführt würden, seien hiermit in keiner Weise deckungsgleich.

Vielmehr orientiere sich die verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen unter Nutzung des Arzt-Patienten-Kontaktes immer an der Diagnose des unerfüllten Kinderwunsches und sei fester rechtlicher Bestandteil der Richtlinie zur Durchführung der

assistierenden Reproduktionsmedizin in der Novelle von 2006.

In dieser Richtlinie sei verbindlich dargelegt, welche Maßnahmen im Rahmen einer Behandlung mit den Methoden der assistierenden Reproduktionsmedizin zu erbringen seien. Verwiesen werde insoweit auf Punkt 3.2.2 der beigefügten Richtlinie "Musterrichtlinie zur Durchführung der assistierenden Reproduktionsmedizin". Danach seien insbesondere Beratungen zu folgenden Punkten zu geben:

- physische Belastung unter der Therapie
- mögliche Auswirkung auf die Paarbeziehung
- mögliche Auswirkung auf die Sexualität
- mögliche depressive Reaktion bei Misserfolg
- mögliche Steigerung des Leidensdrucks der Kinderlosigkeit bei erfolgloser Behandlung
- mögliche psychosoziale Belastung bei Mehrlingen.

Auf die vorgenannten Problematiken müsse nicht nur im Rahmen der reproduktionsmedizinischen Behandlung hingewiesen werden. Vielmehr träten diese gerade im Rahmen der reproduktionsmedizinischen Behandlung fast regelhaft bei allen Patientinnen auf und diese Problematiken müssten dann im Sinne einer verbalen Intervention nach Ziffer 35110 EBM besprochen und aufgearbeitet werden. Die entsprechende Leistung sei verpflichtend von dem Arzt zu erbringen, der letztlich die Maßnahme im Rahmen der Kinderwunschbehandlung erbringe.

Insoweit seien diese Leistungen streng von der Ziffer 01822 EBM ebenso wie von der Ziffer 08521 EBM abzugrenzen. Schon gar nicht erschließe sich die Begründung des Prüfarztes, weshalb die Ziffer 35110 EBM nicht neben der Ziffer 33044 EBM erbracht werden könne und weshalb eine Streichung bei gleichzeitiger Erbringung der Ziffern 08530 bzw. 08540 oder 08541 EBM erfolgen müsse. Hierbei handele es sich um Sonographieleistungen sowie Maßnahmen zur Gewinnung und Untersuchung des Spermas, der Eientnahme oder einer In vitro Fertilisation. Keine dieser Maßnahmen schließe eine verbale Intervention der Patientin vor oder nach Durchführung der Maßnahme aus.

Im Übrigen verwies der Kläger auf das vorangegangene Prüfverfahren betreffend das Jahr 2011 und den im Rahmen des Widerspruchsverfahrens abgegebenen Bericht des Prüferreferenten, der ganz klar festgestellt habe, dass die angegebene Diagnose der Fertilitätsstörung grundsätzlich einen vermehrten Ansatz der GOP 35110 EBM rechtfertige und gerade die verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen unter Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion bei unerfülltem Kinderwunsch von herausragender Bedeutung sei. Dort sei ausgeführt worden: „Die emotionalen Strapazen einer künstlichen Befruchtung sind den Paaren in der Regel nicht bewusst. Die seelischen Belastungen sind enorm. Angefangen von dem Gefühl, eine Versagerin zu sein, bis hin zu Suizidgedanken, wenn die künstliche Befruchtung nicht von Erfolg gekrönt ist. Die Paarbeziehung wird auf die Probe gestellt, da es nun ihre Sexualität nach einem Zeitplan und nicht nach ihrer Lust leben muss.“

Zur Meidung von Spätfolgen, insbesondere Depressionen etc., müsse vermehrt die verbale Intervention erfolgen.

Der Kläger beantragt jeweils,  
den Beschluss des Beklagten vom 28. Dezember 2017 aufzuheben.

Der Beklagte beantragt jeweils,  
die Klage abzuweisen.

Er nimmt im Wesentlichen auf die Gründe seiner Beschlüsse Bezug. Selbst wenn der Bescheid Ausführungen zur Leistungslegende der Gebührenordnungsposition 35110 EBM enthalte, sei die Begründung nicht der sachlich-rechnerischen Berichtigung zuzuordnen, sondern es liege eindeutig eine Wirtschaftlichkeitsprüfung vor. Die Einzelfallprüfung sei an den Gesichtspunkten der Wirtschaftlichkeit und nicht der sachlich-rechnerischen Berichtigung ausgerichtet worden. Im Gegensatz zur statistischen Vergleichsprüfung nach Durchschnittswerten werde bei der repräsentativen Einzelfallprüfung mit Hochrechnung die Unwirtschaftlichkeit durch Überprüfung von einer bestimmten Anzahl von Einzelfällen ermittelt und nicht aufgrund des Vorliegens eines offensichtlichen Missverhältnisses des geprüften Arztes oder Ärztin im Vergleich zu den durchschnittlichen Kosten der Vergleichsgruppe. Demzufolge sei die Festlegung des für das offensichtliche Missverhältnis maßgeblichen Grenzwertes für die repräsentative Einzelfallprüfung nicht relevant.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Verwaltungsakten des Beklagten sowie die Prozessakten verwiesen, die in der mündlichen Verhandlung vorgelegen haben und Gegenstand der Entscheidungsfindung waren.

#### Entscheidungsgründe

Die Kammer hat in der Besetzung mit einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Vertragsärzte und einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Krankenkassen verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit des Vertragsarztrechts handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG). Sie konnte dies trotz Ausbleibens eines Vertreters der Beigeladenen zu 1) bis 7) tun, weil diese ordnungsgemäß geladen worden sind.

Die zulässigen Klagen sind auch insoweit begründet, als der Beklagte zu einer Neubescheidung zu verurteilen war.

Die Klagen sind zulässig.

Gegenstand des Verfahrens ist jeweils nur der Beschluss des Beklagten, nicht auch der der PS. In Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung beschränkt sich die gerichtliche Kontrolle auf die das administrative Verfahren abschließende Entscheidung des Beschwerdeausschusses. Dieser wird mit seiner Anrufung für das weitere Prüfverfahren ausschließlich und endgültig zuständig. Sein Bescheid ersetzt den ursprünglichen Verwaltungsakt der Prüfungsstelle, der abweichend von [§ 95 SGG](#) im Fall der Klageerhebung nicht Gegenstand des Gerichtsverfahrens wird.

Die Klagen sind auch überwiegend begründet.

Die Beschlüsse des Beklagten vom 28. Dezember 2017 sind rechtswidrig und verletzen den Kläger in seinen Rechten. Er hat einen Anspruch auf Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts.

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

Die Erwägungen des Beklagten im Rahmen der Beschlüsse vom 28. Dezember 2017 tragen den Vorwurf der Unwirtschaftlichkeit jedenfalls in materieller Hinsicht nicht.

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

Rechtsgrundlage für Honorarkürzungen wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise ist [§ 106 Abs. 2 SGB V](#) in der hier maßgebenden Fassung des Gesetzes vom 19. Oktober 2012 ([BGBl. I, 2192](#)), gültig bis zum 31. Dezember 2016. Danach wird die Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch arztbezogene Prüfungen ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben, die mindestens 2 vom Hundert der Ärzte je Quartal umfassen (Zufälligkeitsprüfung), geprüft ([§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#)). Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können gemeinsam und einheitlich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen über die in Satz 1 vorgesehenen Prüfungen hinaus Prüfungen ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten oder andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren ([§ 106 Abs. 2 Satz 4](#) HS 1 SGB V). Die in Absatz 2 Satz 4 genannten Vertragspartner vereinbaren Inhalt und Durchführung der Beratung nach Absatz 1a und der Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Absatz 2 gemeinsam und einheitlich ([§ 106 Abs. 3 Satz 1](#) HS 1 SGB V). In den Verträgen ist auch festzulegen, unter welchen Voraussetzungen Einzelfallprüfungen durchgeführt und pauschale Honorarkürzungen vorgenommen werden; festzulegen ist ferner, dass der Prüfungsausschuss auf Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenkasse oder ihres Verbandes Einzelfallprüfungen durchführt. Für den Fall wiederholt festgestellter Unwirtschaftlichkeit sind pauschale Honorarkürzungen vorzusehen ([§ 106 Abs. 3 Satz 3](#) und 4 SGB V). Für die streitgegenständlichen Quartale gilt die Prüfvereinbarung (PV) gemäß [§ 106 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) ab dem 1. Januar 2008. Die PV ermächtigt insbesondere auch zu Einzelfallprüfungen.

Bei der Prüfung der Behandlungsweise in Einzelfällen ist bei Überschreitung des Arztes gegenüber der FG im normalen Steuerungsbereich eine Einzelfallprüfung durchzuführen, sofern dies vom Verwaltungsaufwand her zumutbar ist, [§ 11 Abs. 1 PV 2008](#). Eine Einzelfallprüfung ist darüber hinaus durchzuführen, wenn bei anerkannten Praxisbesonderheiten wegen fehlender Vergleichbarkeit der statistische Vergleich nicht möglich ist ([§ 11 Abs. 2 PV 2008](#)). Die Ergebnisse der Einzelfallprüfung sind im Referentenbericht durch Kennzeichnung der unwirtschaftlichen Leistungen und ihres Gebührenwertes sowie des Grundes der Unwirtschaftlichkeit zu dokumentieren. Das sich hieraus ergebende Ausmaß der Unwirtschaftlichkeit bildet die Grundlage für die Festsetzung einer notwendigen Honorarkürzung, [§ 11 Abs. 3 PV 2008](#).

Der Beklagte hat vorliegend - entgegen der Auffassung des Klägers - im Rahmen seiner Zuständigkeit auch eine Wirtschaftlichkeitsprüfung und keine Abrechnungsprüfung durchgeführt.

Nach [§ 75 Abs. 1 SGB V](#) haben die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung sicher zu stellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Nach [§ 75 Abs. 2 Satz 2](#) 1. HS haben die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen die Erfüllung der den Vertrags(zahn)ärzten obliegenden Pflichten zu überwachen. Zu den Pflichten der Vertrags(zahn)ärzte gehört unter anderem auch eine ordnungsgemäße Abrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen. Während die Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß [§ 106 SGB V](#) bei der Menge der erbrachten Leistungen ansetzt, erstreckt sich die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung auf die Frage, ob die abgerechneten Leistungen ordnungsgemäß - also ohne Verstoß gegen gesetzliche oder vertragliche Bestimmungen mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebotes - erbracht worden sind. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung im Sinne des [§ 106 SGB V](#) zielt ihrer Tendenz nach dabei nicht auf die Überprüfung, ob ein Behandlungsverhalten im Sinne der Einkommensvermehrung des Arztes ökonomisch sachgerecht ist, sondern ist im Gegenteil allein darauf gerichtet, einer unwirtschaftlichen Leistungsmengenausweitung entgegenzuwirken. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach der Konzeption des [§ 106 SGB V](#) ist nur gegen einen unwirtschaftlichen Mehraufwand gerichtet (dazu z.B. schon Bundessozialgericht Urteil vom 30. November 1994, [6 RKA 16/93 - SozR 3-2500 § 106 Nr. 25 S. 142](#)). Vorliegend moniert der Beklagte nicht die fehlerhafte Erbringung der GOP 35110 EBM durch den Kläger, sondern die Frage der Abrechnung der GOP 35110 EBM in Bezug auf andere Leistungen der Reproduktionsmedizin.

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

Das Bundessozialgericht hat in ständiger Rechtsprechung besondere Anforderungen an die Begründung der die Wirtschaftlichkeitsprüfung abschließenden Entscheidung des Beschwerdeausschusses gestellt. Die Prüfungsgremien müssen danach ihre Ausführungen zum Vorliegen der Voraussetzungen für Maßnahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung derart verdeutlichen, dass im Rahmen der - in Folge von Beurteilungs- und Ermessensspielräumen eingeschränkten - gerichtlichen Überprüfung zumindest die zutreffende Anwendung der einschlägigen Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist (ständige Rechtsprechung, vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 30. November

2016, [B 6 KA 29/15 R](#), SozR 4-2500 § 106 Nr. 56; Bundessozialgericht, Beschluss vom 30. November 2016, [B 6 KA 21/16 B](#) Rdnr. 17, zitiert nach juris, m.w.N.). Diese Anforderungen dürfen zwar nicht überspannt werden, da sich gerade Maßnahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung regelmäßig an einen sachkundigen Personenkreis richten, sodass sich die Begründung auf die Angabe der maßgebend tragenden Erwägungen beschränken kann; jedoch müssen die Ausführungen erkennen lassen, wie das Behandlungsverhalten des Arztes bewertet wurde und auf welchen Erwägungen die betroffene Kürzungsmaßnahme beruht (Bundessozialgericht, Beschluss vom 30. November 2016, [B 6 KA 21/16 B](#) Rdnr. 17, zitiert nach juris m.w.N.). Unter Zugrundelegung dieser Kriterien ist für die Kammer aus den Beschlüssen des Beklagten vom 28. Dezember 2017 kaum nachzuvollziehen, inwiefern und mit welchem Ergebnis eine eingeschränkte Einzelfallprüfung durch den Beklagten erfolgt ist, d.h. es ist im Grunde nicht zu erkennen, worin aus Sicht des Beklagten – außer in der Häufung der GOP 35110 EBM im Vergleich zu „Fachgruppe“, die im Verfahren der Einzelfallprüfung ja gerade nicht von Bedeutung ist – der Unwirtschaftlichkeitsvorwurf besteht. Die maßgeblichen Erwägungen werden im Rahmen des Beschlusses nicht dargelegt. Eine Auswertung der geprüften Einzelfälle findet nicht statt.

Letztlich kann diese Frage vorliegend offenbleiben, da die Beschlüsse des Beklagten jedenfalls in materieller Hinsicht zu beanstanden sind.

Grundsätzlich nicht zu beanstanden ist, dass der Beklagte wegen der Besonderheiten der Reproduktionsmedizin und der fehlenden Vergleichbarkeit mit der Fachgruppe der Gynäkologen allgemein von einer statistischen Vergleichsprüfung zu einer eingeschränkten oder beschränkten Einzelfallprüfung übergegangen ist, die die Grundlage seiner Entscheidung bildete. Die Auswahl unter verschiedenen Prüfmethode liegt grundsätzlich im Ermessen der Prüfgremien. Die Prüfung nach Durchschnittswerten stellt wegen ihres hohen Erkenntniswerts bei verhältnismäßig geringem Verwaltungsaufwand zwar die Regelprüfmethode dar. Soweit die Prüfung anhand von Durchschnittswerten der Arztgruppe nicht effektiv ist oder aus anderen Gründen nicht in Betracht kommt, darf bzw. muss eine andere Prüfmethode gewählt werden (zum Gebot effektiver Wirtschaftlichkeitsprüfungen siehe u.a. Bundessozialgericht, Urteil vom 27. Juni 2007, [B 6 KA 44/06 R](#), zitiert nach juris).

Charakteristisch für Einzelfallprüfungen ist, dass diese Prüfungen nicht an dem allgemeinen Vergleich mit dem durchschnittlichen Aufwand der Fachgruppe ansetzen, sondern einen direkten Bezug zu dem tatsächlichen (konkreten) Behandlungs- oder Ordnungsverhalten des geprüften Arztes haben. Aus dieser Charakterisierung wird deutlich, dass Einzelfallprüfungen sich auf "bestimmte einzelne Behandlungsfälle" beziehen.

Die Auswahl des Prüferferenten, der sich als „Frauenarzt“ bezeichnet und mit großer Wahrscheinlichkeit kein Reproduktionsmediziner ist, berührt die Nachvollziehbarkeit seiner Beurteilung. Dies gilt umso mehr, als im Prüfverfahren für das Vorjahr – worauf der Kläger unwidersprochen hingewiesen hat – der Prüferferent eine genau gegenläufige Einschätzung zum identischen Sachverhalt abgegeben hat. Dieser hatte darauf hingewiesen, dass die emotionalen Strapazen einer künstlichen Befruchtung den Paaren in der Regel nicht bewusst seien. Die seelischen Belastungen seien enorm. Die Paarbeziehung werde auf die Probe gestellt, da es nun ihre Sexualität nach einem Zeitplan und nicht nach ihrer Lust leben müsse. Zur Meidung von Spätfolgen, insbesondere Depressionen etc., müsse vermehrt die verbale Intervention erfolgen.

Die vom Prüferferenten gerügte Abrechnung der GOP 35110 EBM neben der Abrechnung der GOP 08230 EBM sowie neben der GOP 01822 EBM begründet zur Überzeugung der Kammer keine Unwirtschaftlichkeit.

Nach der Leistungslegende des EBM steht ebenso wenig wie die Abrechnung der GOP 01822 EBM oder die Abrechnung der GOP 08521 EBM einer weitergehenden Abrechnung der GOP 35110 EBM entgegen. Der Zuschlag zur Grundpauschale im Rahmen der Reproduktionsmedizin ist – worauf der Kläger zutreffend hinweist – keine Leistung, die dem Ansatz der psychosomatischen Grundversorgung durch die verbale Intervention entgegensteht. Die Aufwertung der Grundpauschale durch den Zuschlag nach Ziffer 08230 EBM findet sich im allgemeinen gynäkologischen Kapitel. Sie soll gegenüber der „normalen frauenärztlichen“ Behandlung den generell erhöhten Betreuungs- und Behandlungsaufwand, der im Rahmen der Reproduktionsmedizin per se entsteht, abgeltet. Weder aus der Leistungslegende selbst, noch aus der Präambel, noch aus entsprechenden Kommentierungen lässt sich herleiten, dass mit der Zuschlagziffer nach 08230 EBM auch die im Rahmen der Reproduktionsmedizin häufig notwendige psychosomatische Behandlung im Sinne der verbalen Interventionen (GOP 35110 EBM) auszugleichen seien.

Auch mit der im Prüfbericht ausdrücklich erwähnten Ziffer 01822 EBM (Beratung) ist eine ganz andere Zielrichtung und ein ganz anderer Beratungsinhalt verbunden. Die Ziffer 01822 EBM beinhaltet eine Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung. Dies kann – worauf der Kläger zutreffend hingewiesen hat – nicht nur eine Beratung zur Verhütung, sondern auch zur Herstellung der Empfängnisfähigkeit sein. Die Beratungen und die Gespräche, die seitens des Klägers im Rahmen einer verbalen Intervention nach Ziffer 35110 EBM geführt würden, sind hiermit nicht deckungsgleich. Vielmehr orientiert sich die verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen unter Nutzung des Arzt-Patienten-Kontaktes immer an der Diagnose des unerfüllten Kinderwunsches und ist auch nach Einschätzung der Kammer essentieller Bestandteil der Therapie. Dementsprechend ist auch in der Richtlinie zur Durchführung der assistierenden Reproduktionsmedizin in der Novelle von 2006 verbindlich dargelegt, dass insbesondere Beratungen zu folgenden Punkten zu geben sind:

- physische Belastung unter der Therapie
- mögliche Auswirkung auf die Paarbeziehung
- mögliche Auswirkung auf die Sexualität
- mögliche depressive Reaktion bei Misserfolg
- mögliche Steigerung des Leidensdrucks der Kinderlosigkeit bei erfolgloser Behandlung
- mögliche psychosoziale Belastung bei Mehrlingen.

Dass diese Belastungen im Rahmen der reproduktionsmedizinischen Behandlung fast regelhaft bei allen Patientinnen auftreten erscheint der Kammer ohne Weiteres nachvollziehbar. Insofern ist konsequent, diese Problematiken durch verbalen Intervention nach Ziffer 35110 EBM aufzuarbeiten.

Die Kammer hält zudem an Ihrer Rechtsprechung (Urteil vom 19. Juni 2019, Az. [S 17 KA 409/17](#)) dahingehend fest, dass die Abrechnung der GOP 35110 EBM nicht grundsätzlich des Ansatzes einer F-Diagnose bedarf. Es fehlt an einer Vorschrift, die die Angabe einer F-Diagnose bereits in der Abrechnung als Voraussetzung für die Erbringung der hier streitigen GOP 35110 EBM vorsieht und deshalb den Ausschluss weiteren Tatsachenvortrages im Ansatz rechtfertigen könnte. Aus den EBM Ziffern ergibt sich keine Pflicht zur Angabe einer bestimmten Diagnose, es sind auch keine bestimmten Diagnosen aufgezählt, die Voraussetzung für die Leistungserbringung wären. Die GOP 35110 EBM

sieht allein eine mindestens 15minütige Arzt-Patienten-Interaktion bei psychosomatischen Krankheitszuständen vor.

Die PT-RL lautet in § 22 Abs. 1 wie folgt:

„(1) Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie gemäß Abschnitt B und Maßnahmen der Psychosomatischen Grundversorgung gemäß Abschnitt C der Richtlinie bei der Behandlung von Krankheiten können nur sein:

1. Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie;
2. Angststörungen und Zwangsstörungen;
3. Somatoforme Störungen und Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen);
4. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen;
5. Essstörungen;
6. Nichtorganische Schlafstörungen;
7. Sexuelle Funktionsstörungen;
8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen;
9. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.“

Die hier streitige Leistung der GOP 35110 ist im Kapitel 35 EBM genannt, das überschrieben ist mit: Leistungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien). Sie fallen also unter die PT-RL und sind daher nur bei Vorliegen der in § 22 Abs. 1 PT-RL genannten Indikationen wirtschaftlich. Jedoch folgt daraus nicht, dass diese Indikationen nur dann gegeben sind, wenn sie als F-Diagnosen in der Abrechnung benannt sind. Vielmehr ist insoweit die Patientendokumentation des Arztes zu prüfen. Die PT-RL selbst erfordert eine Dokumentation allein in § 12. Danach erfordern Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung eine schriftliche Dokumentation der diagnostischen Erhebungen und der wesentlichen Inhalte der psychotherapeutischen Interventionen. Daraus ergibt sich aber nicht, dass die Diagnosen als Abrechnungsdiaognosen anzugeben sind, vielmehr ist eine entsprechende Patientendokumentation in den Unterlagen des Vertragsarztes vorgesehen, die dann auch vom Beklagten zu prüfen ist (so auch SG Berlin, Urteil vom 9. Januar 2019, [S 87 KA 77/18](#)).

Dies gilt umso mehr im Rahmen der Einzelfallprüfung, bei der ja gerade eine konkrete Betrachtung des jeweiligen Abrechnungsfalles geboten ist. Bei der Neubescheidung muss dies durch den Beklagten nachgeholt werden.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 VwGO](#) und folgt der Entscheidung in der Hauptsache. Die Kostenquote spiegelt den Anteil des Obsiegens/Unterliegens nach Ermessen der Kammer wieder.

Rechtskraft  
Aus  
Saved  
2022-12-29