S 83 KA 101/18

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Berlin-Brandenburg
Sozialgericht	Landessozialgericht Berlin-Brandenburg
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	7.
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Vertragsärztliche Vergütung – sachlich-rechnerische Richtigstellung – Plausibilitätsprüfung – Hausärztliche Versichertenpauschale – Chronikerzuschlag – Dokumentation
Leitsätze	1. Die hausärztliche Versichertenpauschale kann nur bei einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet werden, der auf die Feststellung des Vorliegens bzw. Nichtvorliegens einer Erkrankung ausgerichtet ist und ggf. auf die Ergreifung von Behandlungsmaßnahmen abzielt, die die Krankheit heilen oder lindern. 2. Die grob-fahrlässige Abgabe einer unrichtigen Abrechnungs-Sammelerklärung bzgl. eines Behandlungsfalles berechtigt die Kassenärztliche Vereinigung zu einer umfassenden sachlich-rechnerischen Richtigstellung auch hinsichtlich solcher GOP, in denen sie eine unrichtige Abrechnung aufgrund von Auffälligkeiten annimmt, wenn der Vertragsarzt mangels ausreichender Dokumentation eine vollständige Leistungserbringung nicht nachweisen kann. 3. Die bloße Befragung eines

	Patienten zum Grund seiner Vorsprache am Empfangstresen durch den Vertragsarzt persönlich und die „medizinische Verwertung“ der getätigten Angaben stellt keine kurativ-ambulante Behandlung dar, die zur Abrechnung der hausärztlichen Versichertenpauschale berechtigt.
Normenkette	SGB V § 106 d

1. Instanz

Aktenzeichen	S 83 KA 101/18
Datum	29.07.2020

2. Instanz

Aktenzeichen	L 7 KA 29/20
Datum	20.09.2023

3. Instanz

Datum	-

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Berlin

vom 29. Juli 2020 geÃ¤ndert. Die Klage wird insgesamt abgewiesen.

Â

Der KlÃ¤ger trÃ¤gt die Kosten des gesamten Verfahrens.

Â

Die Revision wird nicht zugelassen.

Â

Â

Tatbestand

Â

Umstritten ist die RechtmÃ¤Ãigkeit einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung desÂ Honorars des KlÃ¤gers fÃ¼r die Quartale I/2012 bis III/2013 und IV/2014 bis III/2015 in HÃ¶he von insgesamt noch 332.115,13 Euro.

Â

Der KlÃ¤ger ist Facharzt fÃ¼r Allgemeinmedizin und nimmt seit dem 1. Juli 1978 an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung teil (hausÃ¤rztlicher Bereich).

Â

Im streitigen Zeitraum beschÃ¤ftigte er in seiner Einzelpraxis keine Mitarbeiter. Der KlÃ¤ger organisierte daher seinen Praxisalltag wie folgt: Der KlÃ¤ger fÃ¼hrte ausschlieÃlich offene Sprechstunden ohne Vorbestellung durch. Die Patienten stellten sich in eine Warteschlange, die teilweise bis in den Hausflur reichte. In seiner Praxis begrÃ¼Ãte der KlÃ¤ger die Patienten selbst am Empfangstresen in der Reihenfolge ihres Erscheinens, nahm die Versichertenkarte entgegen und befragte sie bereits dort nach dem Grund ihres Besuches, ihrem Befinden und/oder nach der Medikamenteneinnahme. Die von den Patienten getÃ¤tigten Angaben verwertete er nach seinen eigenen Angaben medizinisch. Er selbst stellte sodann Rezepte (auch im Wiederholungsfall) und ArbeitsunfÃ¤higkeitsbescheinigungen sowie Atteste Ã¼ber SchulunfÃ¤higkeit aus. Der TÃ¤tigkeitsschwerpunkt des KlÃ¤gers lag an Tagen mit vielen Patienten in der Ausstellung von ArbeitsunfÃ¤higkeitsbescheinigungen und SchulunfÃ¤higkeitsattesten aufgrund von Diagnosen wie R51 (Kopfschmerz), J00 (ErkÃ¤ltungsschnupfen), K29.1 (akute Gastritis), M54.4 (Lumboischialgie), J03.9 (akute Tonsillitis) und R11 (ÃbelKeit und Erbrechen). In seiner Patientenkartei dokumentierte er die gestellte Diagnose, die abgerechnete Leistung (GOP), ggf. verordnete Medikamente, ausgestellte Bescheinigungen sowie die Dauer einer etwaigen ArbeitsunfÃ¤higkeit. Wegen der Einzelheiten wird auf Blatt 106 bis 224 der Gerichtsakte [GA] verwiesen.

Â

FÃ¼r seine Leistungen als Hausarzt rechnete der KlÃ¤ger Â gegenÃ¼ber der Beklagten in den streitigen Quartalen Ã¼berwiegend die Versichertenpauschale ab, wohingegen Leistungen wie Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen selten und die Verwaltungspauschale gar nicht abgerechnet wurden.

Â

DarÃ¼ber hinaus rechnete er in den Quartalen I/2012 bis III/2013 den Chronikerzuschlag fÃ¼r Patienten mit chronischen Erkrankungen bereits bei erstmaliger Vorsprache im jeweiligen Quartal ab. Auf die von der Beklagten eingereichten Abrechnungsscheine (Bl. 424 ff. GA) wird insoweit Bezug genommen.

Â

Im Einzelnen rechnete der KlÃ¤ger in den streitigen Quartalen die Versichertenpauschale und den Chronikerzuschlag zur Versichertenpauschale im Vergleich zum Fachgruppendurchschnitt wie folgt ab:

Â

Quartal	Anzahl VP Fachgruppe	Anzahl VP KlÃ¤ger	GOP 03110	GOP 03111	GOP 03112	GOP 03212	Bl. VA
I/2012	805	2427	13	2332	82	134	15, 17
II/2012	762	2160	6	2073	81	132	31, 33
III/2012	760	2562	5	2470	87	134	46, 48
IV/2012	803	2436	5	2366	65	113	62, 64
I/2013	877	2971	11	2891	69	133	76, 78
II/2013	824	2972	6	2889	77	142	91, 93
III/2013	822	3176	5	3100	71	121	105, 107
Bl. GA	15	Â	Â	Â	Â	Â	Â

Â

Quartal	Anzahl VP Fachgruppe	Anzahl VP KlÃ¤ger	GOP 03001	GOP 03002	GOP 03003	GOP 03004	GOP 03005	Bl. VA
IV/2014	745	4208	1	692	3433	83	5	121
I/2015	786	4599	1	734	3777	88	6	134
II/2015	747	3961	â□□	628	3254	79	8	152
III/2015	735	3773	â□□	412	3280	81	8	167
Bl. GA	15	Â	Â	Â	Â	Â	Â	Â

Â

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die in der Tabelle angegebenen Seiten der Verwaltungs- bzw. Gerichtsakte Bezug genommen.

Â

Zu Beginn der jeweiligen Quartale rechnete der KlÃ¤ger wiederholt Leistungen fÃ¼r Ã¼ber 100 Patienten tÃ¤glich bei der KlÃ¤gerin ab. Spitzentage waren im Jahr 2012 der 9. Januar (113 Patienten), der 2. April (129 Patienten), der 2. Juli (133 Patienten), der 1. Oktober (113 Patienten); im Jahr 2013 der 7. Januar (118 Patienten), derÂ Â Â Â Â Â Â 8. Januar (131 Patienten), der 2. April (135 Patienten), der 8. April (130 Patienten), der 22. April (149 Patienten), der 1. Juli (123 Patienten); im 4. Quartal 2014 derÂ Â Â Â Â Â 2. Oktober (206 Patienten), der 6. Oktober (230 Patienten), der 7. Oktober (181 Patienten), der 9. Oktober (148 Patienten), der 13. Oktober (167 Patienten), derÂ Â Â Â Â 16. Oktober (154 Patienten). Im Quartal I/2015 rechnete der KlÃ¤ger an 18 Tagen Ã¼ber 100 Patienten ab; Spitzentage waren der 5. Januar (218 Patienten), derÂ Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â 6. Januar (178 Patienten), der 8. Januar (198 Patienten), der 12. Januar (148 Patienten), der 13. Januar (142 Patienten), der 15. Januar (144 Patienten) und der 19. Januar mit 153 Patienten. Im Quartal II/2015 rechnete er an 17 Tagen Ã¼ber 100 Patienten und im Quartal III/2015 an 11 Tagen Ã¼ber 100 Patienten ab. Absolute Spitzentage waren der der 13. April (180 Patienten), der 27. April (184 Patienten), der 28. April (185

Patienten), der 2. Juli 2015 (182 Patienten) und der 6. Juli 2015 (190 Patienten). Wegen der Einzelheiten wird auf die PlausibilitÃ¤t-Tagesprofile in der Verwaltungsakte der Beklagten (Bl. 16, 32, 47, 63, 77, 92, 106, 120, 133, 152, 166 VA) verwiesen.

Â

Die Beklagte unterzog die Quartale I/2012 bis III/2013 und IV/2014 bis III/2015 einer PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fung nach Â§ 106a Sozialgesetzbuch FÃ¼nftes Buch (in der Fassung vom 16. Juli 2015 â im Folgenden a.F.). Nach Auswertung der Quartals- und Tagesprofile des KlÃ¤gers teilte sie diesem mit Schreiben vom 25. Februar 2016 mit, dass im Hinblick die auf abgerechneten Leistungen unter BerÃ¼cksichtigung der jeweiligen PrÃ¼fzeit laut Anhang 3 EBM das AuffÃ¤lligkeitskriterium in HÃ¶he von 46.800 Minuten je Quartal in den streitgegenstÃ¤ndlichen Quartalen Ã¼berschritten worden sei. Es seien folgende Quartalleistungszeiten ermittelt worden:

Quartal	Abgerechnete Leistungszeit in Minuten
I/2012	52.629
II/2012	46.929
III/2012	54.974
IV/2012	52.371
I/2013	63.693
II/2013	63.274
III/2013	67.006
IV/2014	52.854
I/2015	58.021
II/2015	50.128
III/2015	48.361

Â

Mit Schreiben vom 16. MÃ¤rz 2016 wies der KlÃ¤ger auf seine Sprechstunde am Samstag hin, welche die ZeitÃ¼berschreitung erklÃ¤ren dÃ¼rfte.

Â

Der PlausibilitÃ¤tsausschuss gelangte nach Auswertung der Quartals- und Tagesprofile, der GOP-Ãbersichten, zweier anonymisierter Patientendokumentationen, der Stellungnahme des KlÃ¤gers und der AbrechnungssammelerklÃ¤rungen zu der EinschÃ¤tzung, dass die hohen Quartalsleistungszeiten in Verbindung mit unrealistisch hohen Patientenzahlen an einzelnen Behandlungstagen sowie Abrechnungsfehler hinsichtlich des Chronikerzuschlages darauf schlieÃen lieÃen, dass nicht alle Leistungen tatsÃ¤chlich vollstÃ¤ndig bzw. ordnungsgemÃ¤Ã erbracht, aber dennoch gegenÃ¼ber der Beklagten abgerechnet worden seien. Er empfahl eine KÃ¼rzung des Honorars auf den Fachgruppendurchschnitt der Allgemeinmediziner.

Â

Auf dieser Grundlage hob die Beklagte mit Bescheid vom 28. April 2016, dem KlÃ¤ger zugestellt am 30. April 2016, die ergangenen Honorarfestsetzungsbescheide fÃ¼r die Quartale I/2012 bis III/2013 und IV/2014 bis III/2015 teilweise auf, nahm eine sachlich-rechnerische Richtigstellung vor und kÃ¼rzte das Honorar des KlÃ¤gers insgesamt um 336.268,58 Euro brutto auf den Fachgruppendurchschnitt der Allgemeinmediziner und forderte in dieser HÃ¶he abzÃ¼glich Verwaltungspauschale eine Erstattung des zu viel gezahltes Honorars.

Â

Im Einzelnen kÃ¼rzte die Beklagte das Honorar des KlÃ¤gers wie folgt:

Quartal	Ursprgl. Honorar (brutto) KlÃ¤ger in Euro	Honorar (brutto) FG-Durchschnitt in Euro	RÃ¼ckforderungssumme (brutto) in Euro
I/2012	72. 236,84	42.614	29.622,84
II/2012	70.308,19	40.780	29.528,19
III/2012	76.963,02	40.161	36.802,02
IV/2012	67.527,34	41.780	25.747,34
I/2013	60.986,75	43.720	17.266,75
II/2013	61.681,25	42.995	18.686,25
III/2013	71.665,58	43.133	28.532,58
IV/2014	83.582,65	45.884	37.698,65
I/2015	87.423,53	47.262	40.161.52
II/2015	87.365,89	46.975	40.390,89
III/2015	78.806,55	46.975	31.831,55
Â	Â	Â	Summe: 336.268,58

Â

Zur BegrÃ¼ndung fÃ¼hrte die Beklagte aus, dass im Rahmen der nach Â§ 106a SGB V in Verbindung mit Â§ 8 der Richtlinien der KassenÃ¤rztlichen Bundesvereinigung und des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherung zum Inhalt und zur DurchfÃ¼hrung der PrÃ¼fungen nach Â§ 106a SGB V (AbrechnungprÃ¼fungs-Richtlinien) durchgefÃ¼hrten PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fung festgestellt worden sei, dass der fÃ¼r die Ã¤rztliche Leistungserbringung erforderliche Zeitaufwand je Quartal die Obergrenze fÃ¼r die AuffÃ¤lligkeit der Honorarabrechnungen in den streitigen Quartalen Ã¼berschritten habe. Auch bei einer Bereinigung um die Zeiten der Wochenendsprechstunde liege eine QuartalzeitÃ¼berschreitung in den Quartalen I/2012, III/2012 bis III/2013 und IV/2014 bis II/2015 vor. Diese Ãberschreitungen lieÃen auf eine nicht

ordnungsgemÃ¤Ãe Leistungserbringung schlieÃen. Im Vergleich zu den Ã¼brigen HausÃ¤rzten in Berlin sei die Anzahl der abgerechneten Versichertenpauschalen erheblich ausgeweitet und zum Teil um das Vierfache Ã¼berschritten worden. Zwar schreibe die Versichertenpauschale als obligaten Leistungsinhalt nur den persÃ¶nlichen Arzt-Patienten-Kontakt vor, jedoch ergebe sich aus den Allgemeinen Bestimmungen, Teil I, Punkt 4.1. EBM, dass es sich um einen Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen eines kurativ-ambulanten Behandlungsfalls handeln mÃ¼sse. Allein die BegrÃ¼Ãung des Patienten, die Frage nach dem Befinden oder die kurze Frage, ob sich an der Medikamenteneinnahme etwas geÃ¤ndert habe, berechtige nicht zur Abrechnung der Versichertenpauschale. WÃ¼rde man dies anders sehen und das Abrechnungsverhalten des KlÃ¤gers bestÃ¤tigen, wÃ¼rde dies die Versichertenpauschale erheblich abwerten, was vom Bewertungsausschuss nicht gewollt sei. Angesichts des hohen Patientenaufkommens kÃ¶nne neben der ErfÃ¼llung der allgemeinen Dokumentationspflicht, dem zeitlichen Bedarf fÃ¼r die Organisation der Praxis, sonstigen FormalitÃ¤ten und menschlichen BedÃ¼rfnissen wie Nahrungsaufnahme und ToilettengÃ¤ngen eine ordnungsgemÃ¤Ãe und vollstÃ¤ndige Behandlung aller Patienten nicht erfolgt sein. Lege man bespielhaft 171 Arzt-Patientenkontakte am 28. April 2015 im Rahmen der angegeben Sprechstundenzeiten zugrunde, habe ohne Unterbrechung pro Patient eine Behandlungszeit von 2,5 Minuten bestanden. Es widerspreche jeder Lebenserfahrung, dass fÃ¼r all diese 171 Patienten tatsÃ¤chlich eine kurativ-ambulante Behandlung erfolgt sei, die die Versichertenpauschale ausgelÃ¶st habe. GestÃ¼tzt wÃ¼rden diese Zweifel durch die Ermittlungen des LKA, in deren Rahmen des Fehlen von Dokumentationen der erfolgten Behandlung festgestellt worden sei. Dies verstoÃe gegen die Pflicht des Arztes zur Dokumentation in Â§ 10 Berufsordnung (BO) und Â§ 57 Bundesmantelvertrag-Ãrzte (BMV-Ã). Da in den Patientendokumentationen Eintragungen zur Anamnese, geklagten Beschwerden, festgestellten Befunden und eingeleiteten Therapien fehlten, sei nicht feststellbar, aus welchem Grund die Leistungen erbracht und abgerechnet worden seien. Die Verletzung der Dokumentationspflicht sei auch grob fahrlÃ¤ssig, da sie auf eine unzureichende Praxisorganisation zurÃ¼ckzufÃ¼hren sei. DarÃ¼ber hinaus habe die PrÃ¼fung der Abrechnung des Chronikerzuschlages ergeben, dass in einem erheblichen Teil der abgerechneten Leistungen die Voraussetzungen fÃ¼r die Abrechnung des Chronikerzuschlages nicht gegeben sei, da sich der Patient nicht mindestens ein Jahr lang vor der Abrechnung in jedem Quartal in Ã¤rztlicher Behandlung in der Praxis des KlÃ¤gers befunden habe. Insgesamt sei der Zuschlag 692-mal zu Unrecht abgerechnet worden. Aufgrund der festgestellten Abrechnungsfehler sei auch fÃ¼r die Quartale II/2012 und III/2015 eine sachlich-rechnerische Berichtigung durchzufÃ¼hren. Die hohen Quartalleistungszeiten in Verbindung mit unrealistisch hohen Patientenzahlen an einzelnen Behandlungstagen sowie die aufgedeckten Abrechnungsfehler hinsichtlich des Chronikerzuschlages lieÃen darauf schlieÃen, dass nicht alle abgerechneten Leistungen tatsÃ¤chlich vollstÃ¤ndig und ordnungsgemÃ¤Ã erbracht worden seien. Damit liege ein VerstoÃ zur peinlich-genauen Abrechnung vor, so dass auch die Abrechnungs-SammelerklÃ¤rungen falsch seien und ihre Garantiefunktion verlÃ¶ren. Rechtsfolge sei die Rechtswidrigkeit der Honorarbescheide im Ganzen. Die Beklagte sei daher berechtigt, die entsprechenden Honorarbescheide aufzuheben und das Honorar im Wege der SchÃ¤tzung neu festzusetzen. Da im

Rahmen der PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fung nicht eindeutig feststellbar sei, welche der abgerechneten Leistungen mÃ¤ngelbehaftet seien, wÃ¤hrend gleichzeitig feststehe, dass die Gesamtheit der abgerechneten Leistungen so nicht erbracht worden sein kÃ¶nne, erfolge die KÃ¼rzung jeweils auf den Fachgruppendurchschnitt der Allgemeinmediziner.

Â

Seinen hiergegen am 13. Mai 2016 erhobenen Widerspruch begrÃ¼ndete der KlÃ¤ger im Wesentlichen damit, dass die Beklagte die Besonderheiten seiner Hausarztpraxis nicht hinreichend berÃ¼cksichtigt habe. Aufgrund des besonders hohen Patientenaufkommens habe er weit Ã¼ber die angegebenen Sprechstundenzeiten hinaus gearbeitet. An seinen drei â□□langen Tagenâ□□ habe er vor 7 Uhr angefangen und bis nach 18 Uhr mit lediglich einer kleinen Pause durchgearbeitet. Unter BerÃ¼cksichtigung seiner tatsÃ¤chlichen Arbeitszeit von 12 bis 14 Stunden ergebe sich auch an Tagen mit hohem Patientenaufkommen eine durchschnittliche Behandlungszeit von 5 Minuten pro Patienten. Es habe bei allen Patienten eine vollstÃ¤ndige Leistungserbringung vorgelegen. Die Abrechnung der von ihm erbrachten Leistungen sei auch richtig erfolgt, da die Abrechnung der Versichertenpauschale als obligaten Leistungsinhalt lediglich einen ersten kurativ-ambulanten persÃ¶nlichen Arzt-Patienten-Kontakt erfordere. Ein solcher habe stets stattgefunden. Der KlÃ¤ger habe Ã¼ber die BegrÃ¼Ã□ung hinaus den Patienten nach seinem Befinden bzw. dem Anlass des Erscheinens befragt und die Antwort in weitere Ã□berlegungen zum Ã¤rztlichen Vorgehen mÃ¼nden lassen. Damit habe eine Ã¤rztliche Behandlung begonnen. Zudem habe er die notwendigen Dokumentationen getÃ¤tigt. Auch sei der Chronikerzuschlag von ihm zutreffend abgerechnet worden. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf Bl. 309 bis 380 der Verwaltungsakte verwiesen.

Â

Mit Widerspruchsbescheid vom 13. Februar 2018 wies die Beklagte den Widerspruch des KlÃ¤gers als unbegrÃ¼ndet zurÃ¼ck. Rechtsgrundlage fÃ¼r die vorgenommene sachlich-rechnerische Richtigstellung sei Â§ 106d Abs. 2 Satz 1 SGB V (in der Fassung des GKV-VersorgungsstÃ¤rkungsgesetzes vom 16. Juli 2015, BGBl I, S. 1211). Die PrÃ¼fung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnungen des Vertragsarztes ziele auf die Feststellung, ob die Leistungen rechtmÃ¤Ã□ig, also im Einklang mit den gesetzlichen, vertraglichen oder satzungsrechtlichen Vorschriften des Vertragsarztrechts â□□ mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebots â□□ erbracht und abgerechnet worden seien. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) wÃ¼rden hiervon nicht nur FÃ¤lle der unrichtigen Anwendung von GebÃ¼hrenordnungen erfasst, sondern auch alle Fallgestaltungen, in denen der Vertragsarzt Leistungen unter VerstoÃ□ gegen Vorschriften Ã¼ber formale oder inhaltliche Voraussetzungen der Leistungserbringung durchgefÃ¼hrt oder abgerechnet habe. Im Rahmen der durchgefÃ¼hrten PlausibiltÃ¤tsprÃ¼fung seien die Quartalsleistungszeiten des KlÃ¤gers als auffÃ¤llig beurteilt worden. Im Rahmen der anschlieÃ□enden Ã□berprÃ¼fung sei festgestellt worden, dass der KlÃ¤ger Ã¼berwiegend die

Versichertenpauschale abgerechnet habe, andere Leistungen wie Gesundheitsuntersuchungen oder Impfleistungen seien nur in sehr geringem MaÃe eingereicht worden. Zwar sei dem KlÃ¤ger zuzugestehen, dass bei seiner Verfahrensweise stets ein persÃ¶nlicher Arzt-Patienten-Kontakt vorhanden gewesen sei. Voraussetzung fÃ¼r die Abrechnung der Versichertenpauschale sei jedoch nach den Allgemeinen Bestimmungen des EBM eine Interaktion im Sinne eines bilateralen Informationsaustausches, der im Laufe der GesprÃ¤chsfÃ¼hrung durch den Arzt den diagnostischen und therapeutischen Zielen diene. Auch unter BerÃ¼cksichtigung von Praxiszeiten von 12 bis 14 Stunden tÃ¤glich mit kurzer Mittagspause sei es nicht glaubhaft, dass der KlÃ¤ger Versichertenpauschalen bei bis zu 219 Patienten am Tag ordnungsgemÃ¤Ã abgerechnet habe. Es bestÃ¼nden berechtigte Zweifel an der tatsÃ¤chlichen Entstehung eines kurativ-ambulanten Behandlungsfalles. Aufgrund unzureichender Dokumentationen des KlÃ¤gers zu Anamnese, geklagten Beschwerden, festgestellten Befunden und eingeleiteten TherapiemaÃnahmen sei nicht feststellbar, aus welchem Grund der KlÃ¤ger Leistungen erbracht und abgerechnet habe. So habe der KlÃ¤ger auch im Widerspruchsverfahren keine Patientendokumentationen vorgelegt, die eine ordnungsgemÃ¤Ãe Abrechnung der Versichertenpauschale habe belegen kÃ¶nnen. Die Durchsicht der Abrechnungen in den streitbefangenen Quartalen zeige, dass das Leistungsspektrum des KlÃ¤gers eingeschrÃ¤nkt gewesen sei. Die Abrechnungen hÃ¤tten sich im Wesentlichen auf die Versichertenpauschale beschrÃ¤nkt. Angesichts der abgerechneten Scheinzahl kÃ¶nne auch eine â normaleâ hausÃ¤rztliche Behandlung nicht stattgefunden haben. Vielmehr habe sich die TÃ¤tigkeit des KlÃ¤gers auf â Krankschreibungen am Anmeldetresenâ ohne Untersuchung und ohne Dokumentation beschrÃ¤nkt. DarÃ¼ber hinaus sei die Abrechnung des Chronikerzuschlages in einem erheblichen Teil der Abrechnungen zu beanstanden, da die Voraussetzungen fÃ¼r den VergÃ¼tungsanspruch nicht erfÃ¼llt seien. Die entsprechenden Patienten seien nicht vom KlÃ¤ger in den vorangegangenen vier Quartalen Ã¤rztlich behandelt worden. In den FÃ¤llen, in denen der KlÃ¤ger einen Hausarztwechsel bei der Abrechnung mit der Zusatzbezeichnung â Hâ kenntlich gemacht habe, sei nicht plausibel, dass insgesamt 398 Patienten in den Quartalen IV/2014 bis III/2015 tatsÃ¤chlichen ihren Hausarzt gewechselt hÃ¤tten. Aufgrund des Umstandes, dass die Abrechnungs-SammelerklÃ¤rung als Ganze bereits dann unrichtig sei, wenn bereits ein erfasster Behandlungsfall eine unrichtige Angabe Ã¼ber erbrachte Leistungen erhalte, liege das Honorarrisiko auf Seiten des Arztes, der in seiner Abrechnung unrichtige Angaben mache. Die GarantiesammelerklÃ¤rungen des KlÃ¤gers seien erschÃ¼ttert, so dass die Beklagte zur Aufhebung der Honorarfestsetzungsbescheide berechtigt und verpflichtet gewesen sei. Das ihr bei der Neufestsetzung zukommende SchÃ¤tzermessen sei fehlerfrei ausgeÃ¼bt worden. Es sei nicht zu beanstanden, das Honorar auf den Durchschnitt der Fachgruppe zu kÃ¼rzen, da nicht im Einzelnen habe ermittelt werden kÃ¶nnen, welche Leistung fehlerhaft erbracht worden sei. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf Bl. 455 ff. der Verwaltungsakte verwiesen.

Â

Hiergegen hat der KlÃ¤ger am 2. Mai 2018 Klage erhoben.

Â

Nach Beiziehung von jeweils zehn Patientenunterlagen fÃ¼r je einen Behandlungstag aus allen streitgegenstÃ¤ndlichen Quartalen sowie der Tagesliste fÃ¼r den 6. Oktober 2014 (Bl. 106 bis 224 GA) hat das Sozialgericht (SG) Berlin mit Urteil vom 29. Juli 2020 den Bescheid der Beklagten vom 28. April 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. Februar 2018 in Bezug auf die Quartale I/2012 bis III/2013 vollstÃ¤ndig aufgehoben und in Bezug auf die Quartale IV/2014 bis III/2015 aufgehoben, soweit das Honorar insgesamt um mehr als 4.153,44 Euro gekÃ¼rzt wurde. Im Ãbrigen hat es die Klage abgewiesen.

Â

Zur BegrÃ¼ndung hat das SG im Wesentlichen ausgefÃ¼hrt: Rechtsgrundlage der erfolgten sachlich-rechnerischen Richtigstellung sei Â§ 106a Abs. 2 SGB V a.F. Nach dieser Vorschrift sei die Beklagte auch zur arztbezogenen PrÃ¼fung der Abrechnung auf PlausibilitÃ¤t berechtigt gewesen. Zwar kÃ¶nne nach stÃ¤ndiger Rechtsprechung des BSG aus der Ãberschreitung von Tages- oder Quartalszeitprofilen im Wege des Indizienbeweises auf die Unrichtigkeit der Abrechnung geschlossen werden (Verweis auf B 6 KA 42/17 R), jedoch kÃ¶nne aus AuffÃ¤lligkeiten in Gestalt von Quartalleistungszeiten von mehr als 780 Stunden nicht unmittelbar geschlossen werden, dass die Leistungen im Umfang des Ãberschreitens nicht ordnungsgemÃ¤Ã erbracht worden seien. Vielmehr habe die Beklagte bei Vorliegen von AuffÃ¤lligkeiten weitere ÃberprÃ¼fungen durchzufÃ¼hren, um festzustellen, ob sich die AuffÃ¤lligkeiten zugunsten des Arztes erklÃ¤ren lieÃen. Dabei kÃ¶nne der Arzt jedoch nicht einwenden, Leistungen in kÃ¼rzerer Zeit zu erbringen als dies im EBM angenommen werde. Nach Auffassung der Kammer spreche die hohe Quartalprofilzeit noch nicht fÃ¼r eine unsachgemÃ¤Ãe Abrechnung, da der KlÃ¤ger Ã¼berwiegend nur Versichertenpauschalen abgerechnet habe. Dies lasse sich jedoch mit der besonderen Organisation der klÃ¤gerischen Praxis begrÃ¼nden und erscheine daher als plausibel. Zudem sei zu berÃ¼cksichtigen, dass fÃ¼r die Versichertenpauschale in Anlage 3 des EBM zwar eine PrÃ¼fzeit, aber keine Kalkulationszeit angegeben sei. Aus der Gestaltung der Versichertenpauschale folge, dass die in die Berechnung der Durchschnittszeit einkalkulierten Leistungen zwar erbracht werden kÃ¶nnen, aber nicht erbracht werden mÃ¼ssen. Als obligater Leistungsinhalt fordere die Versichertenpauschale nur einen persÃ¶nlichen Arzt-Patienten-Kontakt, fÃ¼r den es keinen festen Zeitrahmen geben kÃ¶nne. Selbst wenn die PrÃ¼fzeiten die Zeiten berÃ¼cksichtigten, die von erfahrenen und zÃ¼gig arbeitenden Ãrzten fÃ¼r eine ordnungsgemÃ¤Ãe Leistungserbringung benÃ¶tigt wÃ¼rden, umfasse dies nicht die FÃ¤lle, in denen tatsÃ¤chlich nur das absolut Notwendige fÃ¼r die Abrechnung der Versichertenpauschale erbracht werde. Der KlÃ¤ger habe auch keinem generellen FehlverstÃ¤ndnis bezogen auf die Leistungslegende der Versichertenpauschale unterlegen. Vielmehr habe der KlÃ¤ger auch an den Spitzentagen mit weit mehr als 100 Patienten die Voraussetzungen fÃ¼r die Abrechnung der Versichertenpauschale jeweils erfÃ¼llt, denn es habe stets ein persÃ¶nlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Sinne einer Interaktion zwischen dem KlÃ¤ger und seinem Patienten vorgelegen. Dass dieser mitunter sehr kurz

gewesen sei, stehe der ErfÃ¼llung der Leistungslegende nicht entgegen. Nach Durchsicht der vorgelegten Patientendokumentationen sei ersichtlich, dass der KlÃ¤ger Ã¼berwiegend Krankschreibungen fÃ¼r kurze ZeitrÃ¤ume festgestellt habe. Von den Diagnosen habe der KlÃ¤ger durch eine kurze Befragung der Patienten Kenntnis erlangt. Diese Befragung und die daran geknÃ¼pfte EinschÃ¤tzung, ob eine ArbeitsunfÃ¤higkeit gegeben sei, kÃ¶nne innerhalb weniger Minuten erfolgen. Zwar entspreche die vom KlÃ¤ger gewÃ¤hlte Organisation seiner Praxis nicht der gÃ¤ngigen Hausarztpraxis, die Abrechnung der Versichertenpauschale werde hierdurch jedoch nicht ausgeschlossen. Auch eine direkte Interaktion zwischen Arzt und Patient am Anmeldetresen falle unter den geforderten persÃ¶nlichen Arzt-Patienten-Kontakt. Auf eine NichterfÃ¼llung der Dokumentationspflichten kÃ¶nne die sachlich-rechnerische Richtigstellung nicht gestÃ¼tzt werden, da diese nicht zum obligaten Leistungsinhalt der Versichertenpauschale gehÃ¶re. Zwar habe die Kammer durchaus Zweifel, ob der KlÃ¤ger die fÃ¼r eine Feststellung der ArbeitsunfÃ¤higkeit erforderliche Ã¤rztliche Untersuchung tatsÃ¤chlich vorgenommen habe, aber dies Ã¤ndere nichts an dem erfolgten Arzt-Patienten-Kontakt. Auch die beim KlÃ¤ger vorliegenden AuffÃ¤lligkeiten wie die rÃ¼ckwirkende Ausstellung von ArbeitsunfÃ¤higkeitsbescheinigungen fÃ¼r mehr als drei Tage sowie die Ã¼berwiegend nur sehr kurze Annahme von ArbeitsunfÃ¤higkeit bei Bagatellerkrankungen berechtigten nicht zu einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung. Vielmehr werde dies von den Krankenkassen durch den Medizinischen Dienst nach Â§ 275 Abs. 1a SGB V geprÃ¼ft. Auch die aus der konkreten Praxisorganisation folgenden vertragsÃ¤rztlichen Pflichtverletzungen berechtigten die Beklagte nicht zu einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung. Vielmehr sehe das Gesetz fÃ¼r die unterschiedlichen Pflichtverletzungen differenzierte Regelungen vor, wie die WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung und Disziplinarverfahren. HierfÃ¼r sei die Beklagte jedoch nicht zustÃ¤ndig.

Â

Zutreffend habe die Beklagte jedoch eine sachlich-rechnerische Richtigstellung vorgenommen, soweit der KlÃ¤ger in den Quartalen IV/2014 bis III/2015 den Chronikerzuschlag (GOP 30220 und 30221) mit dem Zusatzkennzeichen H abgerechnet habe. Aus den vorliegenden Patientenunterlagen ergebe sich insoweit, dass der mit dem Zusatzzeichen H gekennzeichnete Hausarztwechsel vom KlÃ¤ger nicht dokumentiert worden sei. Dies sei jedoch nach der Leistungslegende der GebÃ¼hrenordnungspositionen erforderlich. DemgegenÃ¼ber kÃ¶nne der Leistungslegende der fÃ¼r die Quartale I/2012 bis III/2013 maÃgeblichen GOP 03212 entgegen der Auffassung der Beklagten weder ein Erfordernis der Behandlung des chronisch kranken Patienten in den vorherigen vier Quartalen in der Praxis des abrechnenden Vertragsarztes noch eine Dokumentationspflicht hinsichtlich eines Hausarztwechsels entnommen werden, so dass sich insoweit kein Anhaltspunkt fÃ¼r eine fehlerhafte Abrechnung durch den KlÃ¤ger ergebe.

Â

Gegen das ihr am 17. August 2020 zugestellte Urteil hat die Beklagte

amÂ Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â 15. September 2020 Berufung eingelegt.

Â

Die Beklagte behauptet, dass sich die Arbeitsweise des KlÃ¤gers in den meisten FÃ¤llen auf das Ausstellen einer Krankschreibung am Anmeldetresen beschrÃ¤nkt habe. HierfÃ¼r habe er die Versicherten lediglich nach dem Vorliegen einer selbst gewÃ¤hlten Erkrankung befragt. Eine Untersuchung habe Ã¼berwiegend nicht stattgefunden. Dies ergebe sich aus der einschlÃ¤gigen Berichterstattung in den Medien, welche mit den Feststellungen des Landeskriminalamtes Ã¼bereinstimmten.

Â

Sie ist der Ansicht, dass die Abrechnung der Versichertenpauschale nach den Allgemeinen Bestimmungen des EBM neben dem persÃ¶nlichen Arzt-Patienten-Kontakt ein kuratives TÃ¤tigwerden des Arztes erfordere. Kurativ bedeute heilend und meine, dass die Behandlung mit der Absicht der Heilung einer Erkrankung durchgefÃ¼hrt werde. Eine solche liege nicht vor, wenn der Arzt allein nach dem Grund fÃ¼r das begehrte Ausstellen einer ArbeitsunfÃ¤higkeitsbescheinigung frage und die vom Versicherten gewÃ¤hlte Diagnose aufschreibe. Unter BerÃ¼cksichtigung der Medienberichte, den eigenen Angaben des KlÃ¤gers und der extrem hohen Anzahl an abgerechneten Versichertenpauschalen kÃ¶nne nicht von einem kurativen TÃ¤tigwerden des KlÃ¤gers, welches die Abrechnung der Versichertenpauschale rechtfertige, ausgegangen werden. Im Hinblick auf die Abrechnung des Chronikerzuschlages in den Quartalen I/2012 bis III/2013 sei es Aufgabe des Vertragsarztes, die ordnungsgemÃ¤Ãe Leistungserbringung nachzuwiesen. Der KlÃ¤ger habe keinerlei Nachweise erbracht, dass in den von der Beklagten beanstandeten FÃ¤llen ein anderer Arzt die erforderliche Anzahl der Arzt-Patienten-Kontakte in den Vorquartalen erbracht habe. Ãberdies erfordere die GOP 03212 in den Quartalen I/2012 bis III/2013 als obligaten Leistungsinhalt einen zweimaligen persÃ¶nlichen Arzt-Patienten-Kontakt. Ausweislich der Abrechnungsscheine des KlÃ¤gers habe er den Chronikerzuschlag aber bereits bei dem ersten Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal zur Abrechnung gebracht. Damit liege auch insoweit eine grob fahrlÃ¤ssige Falschabrechnung vor, die die Beklagte zur KÃ¼rzung des Honorars auf den Fachgruppendurchschnitt berechtigt habe.

Â

Die Beklagte beantragt,

Â

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 29. Juli 2020 zu Ã¤ndern und die Klage insgesamt abzuweisen.

Â

Der KlÃ¤ger beantragt,

Â

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â die Berufung zurÃ¼ckzuweisen,

hilfsweise die Revision zuzulassen.

Â

Er behauptet, stets vollstÃ¤ndige Leistungen erbracht zu haben. Er habe an seinen langen Arbeitstagen von 7 Uhr bis nach 18 Uhr mit einer Mittagspause von 30 Minuten in der Praxis gearbeitet. Notwendige BÃ¼roarbeiten habe er an den weniger frequentierten Tagen erledigt. Er habe kleinere Untersuchungen seiner Patienten wie zum Beispiel von Hals und Nase direkt am Tresen und erforderliche grÃ¶Ãere Untersuchungen im nahe gelegenen Behandlungszimmer durchgefÃ¼hrt. Zudem habe er die aufgrund der von ihm gestellten Diagnose fachlich und medizinisch gebotenen MaÃnahmen ergriffen, insbesondere Arzneimittel verordnet, Ãberweisungen oder ArbeitsunfÃ¤higkeitsbescheinigungen ausgestellt. Der KlÃ¤ger ist der Ansicht, dass darin der fÃ¼r die Abrechnung der Versichertenpauschale erforderliche kurative Arzt-Patienten-Kontakt liege. Er hÃ¤lt die erstinstanzliche Entscheidung fÃ¼r zutreffend, soweit damit der HonorarrÃ¼ckforderungsbescheid der Beklagten aufgehoben worden sei. Die Beklagte verkenne, dass das Bestehen von Zweifeln eine Aufhebung der Honorarbescheide nicht rechtfertige. Es obliege der Beklagten nachzuweisen, dass die Abrechnung des KlÃ¤gers sachlich-rechnerisch fehlerhaft gewesen sei. Auf die medialen Berichterstattungen kÃ¶nne nicht abgestellt werden, da diese aus dem Jahr 2016 stammten, welches vorliegend nicht streitbefangen sei. Sowohl die Versichertenpauschale als auch der Chronikerzuschlag seien vom KlÃ¤ger zutreffend abgerechnet worden. Aufgrund dessen bestehe weiterhin die Garantiefunktion der abgegebenen AbrechnungssammelerklÃ¤rungen. Solange diese nicht beseitigt sei, habe die Beklagte davon auszugehen, dass alle eingereichten Leistungen korrekt abgerechnet worden seien.

Â

Wegen des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird ergÃ¤nzend auf den Inhalt der Gerichtsakte und des Verwaltungsvorgangs der Beklagten Bezug genommen, der, soweit wesentlich, Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung und der Entscheidungsfindung war.

Â

Â

EntscheidungsgrÃ¼nde

Â

Â

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung (Â§Â§ 143, 144, 151 Sozialgerichtsgesetz [SGG]) der Beklagten gegen das Urteil des SG Berlin vom Â Â Â Â Â Â Â 29. Juli 2020 ist zulÃ¤ssig und begrÃ¼ndet.

Â

Streitgegenstand des Berufungsverfahrens ist das Urteil des SG Berlin vom 29. Juli 2020 allein insoweit, als das SG mit diesem den Bescheid der Beklagten vom 28. April 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. Februar 2018 in Bezug auf die Quartale I/2012 bis III/2013 vollstÃ¤ndig und in Bezug auf die Quartale IV/2014 bis III/2015 teilweise aufgehoben hat. Soweit das SG die Anfechtungsklage des KlÃ¤gers fÃ¼r die Quartale IV/2014 bis III/2015 abgewiesen und damit den Bescheid der Beklagten vom 28. April 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. Februar 2018 teilweise fÃ¼r die Quartale IV/2014 bis III/2015 in HÃ¶he von insgesamt 4.153,44 Euro bestÃ¤tigt hat, ist das Urteil gemÃ¤Ã Â§ 141 SGG rechtskrÃ¤ftig geworden, da der KlÃ¤ger gegen die Teilklageabweisung weder Berufung (Â§ 151 SGG) noch Anschlussberufung (Â§ 202 SGG i.V.m. Â§ 524 Zivilprozessordnung [ZPO]) eingelegt hat.

Â

Zur Ãberzeugung des Senates hat das SG Berlin zu Unrecht die form- und fristgerecht erhobene und auch im Ãbrigen zulÃ¤ssige Anfechtungsklage des KlÃ¤gers gemÃ¤Ã Â§ 54 Abs. 1 SGG gegen den Bescheid der Beklagten vom 28. April 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. Februar 2018 als Ã¼berwiegend begrÃ¼ndet erachtet.

Â

Die Klage bleibt insgesamt ohne Erfolg. Der im Berufungsverfahren noch streitgegenstÃ¤ndliche Bescheid ist rechtmÃ¤Ãig und verletzt den KlÃ¤ger nicht in seinen Rechten.

Â

Rechtsgrundlage des Bescheides ist â wie die Beklagte zutreffend angenommen hat â Â§ 106d Abs. 2 SGB V in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung des GKV-VersorgungsstÃ¤rkungsgesetzes (GKV-WSG) vom 16. Juli 2015 (BGBl I 2015, 1211), der weitgehend wortgleich Â§ 106a SGB V a.F. ersetzt. Denn nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 17.09.2017, 6 Rka 86/95, zitiert nach juris, dort Rn. 18) ist bei einer Anfechtungsklage die RechtmÃ¤Ãigkeit des Verwaltungsaktes nach der Sach- und Rechtslage zum Zeitpunkt der letzten Verwaltungsentscheidung zu beurteilen. Da der Widerspruchsbescheid vom 13. Februar 2018 gemÃ¤Ã Â§ 95 SGG die ursprÃ¼ngliche Verwaltungsentscheidung vom 28. April 2016 gestaltet, ist auf den 13. Februar 2018 als maÃgeblichen Zeitpunkt fÃ¼r die Frage des anwendbaren Rechts abzustellen.

Â

Der angegriffene Bescheid ist formell rechtmÃ¤Ã□ig.

Â

Die Beklagte war grundsÃ¤tzlich fÃ¼r die vorgenommene sachlich-rechnerische Richtigstellung zustÃ¤ndig. Nach Â§ 75 Abs. 1 SGB V haben die KassenÃ¤rztlichen Vereinigungen die vertrags(zahn)Ã¤rztliche Versorgung sicher zu stellen und den Krankenkassen und ihren VerbÃ¤nden gegenÃ¼ber die GewÃ¤hr dafÃ¼r zu Ã¼bernehmen, dass die vertrags(zahn)Ã¤rztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Nach Â§ 75 Abs. 2 Satz 2 1. Halbsatz SGB V haben die KassenÃ¤rztlichen Vereinigungen die ErfÃ¼llung der den VertragsÃ¤rzten obliegenden Pflichten zu Ã¼berwachen. Zu den Pflichten der VertragsÃ¤rzte gehÃ¶rt u. a. auch eine ordnungsgemÃ¤Ã□e Abrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen. Die KassenÃ¤rztliche Vereinigung stellt die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der VertragsÃ¤rzte fest; dazu gehÃ¶rt auch die arztbezogene PrÃ¼fung der Abrechnungen auf PlausibilitÃ¤t sowie die PrÃ¼fung der abgerechneten Sachkosten (Â§Â 106d Abs.Â 2 SatzÂ 1 SGB V).

Â

Die Beklagte hat den KlÃ¤ger zudem durch das Schreiben vom 15. Februar 2016 und Ã□bersendung des Ausgangsbescheides vom 25. April 2016 ausreichend angehÃ¶rt im Sinne von Â§ 24 SGB X.

Â

Der Bescheid ist auch materiell rechtmÃ¤Ã□ig.

Â

Nach Â§ 106d Abs. 2 SGB V stellt die KassenÃ¤rztliche Vereinigung die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung teilnehmenden Ã□rzte und Einrichtungen fest. Die PrÃ¼fung zielt auf die Feststellung, ob die Leistungen rechtmÃ¤Ã□ig, also im Einklang mit den gesetzlichen, vertraglichen und satzungsrechtlichen Vorschriften des Vertragsarztrechts â□□ mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebots â□□ erbracht und abgerechnet worden sind (BSG, Urteil vom 29.11.2017, B 6 KA 33/16 R, zitiert nach juris, dort Rn. 19; Urteil vom 13.5.2020, B 6 KA 6/19 R, zitiert nach juris, dort Rn. 20). Die Befugnis zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung besteht auch fÃ¼r einen bereits erlassenen Honorarbescheid (BSG, Urteil vom 28.8.2013, B 6 KA 50/12 R, zitiert nach juris, dort Rn. 17). In einem solchen Fall bedeutet sie im Umfang der vorgenommenen Korrekturen eine teilweise RÃ¼cknahme des Honorarbescheides. Â§ 106d Abs. 2 Satz 1 SGB V stellt dann eine Sonderregelung dar, die gemÃ¤Ã□ Â§ 37 Satz 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) in ihrem Anwendungsbereich die Regelung des Â§ 45 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) verdrÃ¤ngt. Eine hiernach rechtmÃ¤Ã□ige RÃ¼cknahme des Honorarbescheides mit Wirkung fÃ¼r

die Vergangenheit lÃ¶st nach Â§ 50 Abs. 1 Satz 1 SGB X eine entsprechende RÃ¼ckzahlungsverpflichtung des EmpfÃ¤ngers der Leistung aus (BSG, Urteil vom 28.8.2013, B 6 KA 50/12 R, zitiert nach juris, dort Rn. 17).

Â

Nach Â§ 106d Abs. 2 SGB V gehÃ¶rt zur PrÃ¼fung der sachlichen und rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung der an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung teilnehmenden Ãrzte auch die arztbezogene PrÃ¼fung der Abrechnungen auf PlausibilitÃ¤t. Gegenstand der arztbezogenen PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fung ist nach Â§ 106d Abs. 2 Satz 2 SGB V insbesondere der Umfang der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand des Arztes. Bei der PrÃ¼fung nach Satz 2 ist ein Zeitrahmen fÃ¼r das pro Tag hÃ¶chstens abrechenbare Leistungsvolumen zugrunde zu legen; zusÃ¤tzlich kÃ¶nnen Zeitrahmen fÃ¼r die in lÃ¤ngeren Zeitperioden hÃ¶chstens abrechenbaren Leistungsvolumina zugrunde gelegt werden (Â§ 106d Abs. 2 Satz 3 SGB V). Soweit Angaben zum Zeitaufwand nach Â§ 87 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V bestimmt sind, sind diese bei den PrÃ¼fungen nach Satz 2 zugrunde zu legen (Â§Â 106d Abs. 2 Satz 4 SGB V).

Â

Nach der Rechtsprechung des BSG unterscheidet sich die PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fung von anderen Formen der PrÃ¼fung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit in erster Linie dadurch, dass bestimmte AuffÃ¤lligkeiten Abrechnungsfehler aufdecken und damit Anlass fÃ¼r eine weitergehende PrÃ¼fung sein kÃ¶nnen. DarÃ¼ber hinaus kÃ¶nnen diese AuffÃ¤lligkeiten â jedenfalls bei AuffÃ¤lligkeiten der Tages- und Quartalzeitprofile â im Wege eines Indizienbeweises geeignet sein, die Unrichtigkeit der Abrechnungen insgesamt zu belegen, soweit sie sich nicht zugunsten des Arztes erklÃ¤ren lassen (BSG, Urteil vom 21.03.2018, B 6 KA 47/16 R , zitiert nach juris, dort Rn. 25; Urteil vom 24. Oktober 2018, B 6 KA 42/17 R, zitiert nach juris, dort Rn. 20 m.w.N.).

Â

Die nÃ¤heren Einzelheiten des PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fungsverfahrens ergeben sich aus den auf der Grundlage von Â§ 106d Absatz 6 SGB V (zuvor Â§106a Abs. 6 SGB V a.F.) vereinbarten âRichtlinien der KassenÃ¤rztlichen Bundesvereinigung und der SpitzenverbÃ¤nde der Krankenkassen zum Inhalt und zur DurchfÃ¼hrung der AbrechnungsprÃ¼fung der KassenÃ¤rztlichen Vereinigungen und der Krankenkassenâ (AbrPrRL) in der fÃ¼r den jeweiligen PrÃ¼fzeitraum geltenden Fassung.

Â

Nach Â§ 7 Abs. 2 der AbrPrRL erstreckt sich die PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fung auf die Feststellung von AbrechnungsauffÃ¤lligkeiten durch ÃberprÃ¼fung des Umfangs der abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand.

Nach Â§ 8 AbrPrRL ist hierfÃ¼r gleichrangig ein Tageszeitprofil und eine Quartalzeitprofil zu ermitteln. Eine weitere Ãberprüfung nach Â§ 12 erfolgt gemÃ¤Ã Â§ 8 Abs. 3 der Richtlinie, wenn die ermittelte arbeitstÃ¤gliche Zeit bei Tageszeitprofilen an mindestens 3 Tagen im Quartal mehr als 12 Stunden oder im Quartalszeitprofil mehr als 780 Stunden betrÃ¤gt. Damit stehen Tages- und Quartalszeitprofil alternativ und nicht kumulativ als Indizien fÃ¼r eine implausible Abrechnung nebeneinander (BSG, Urteil vom 24.10.2018, B 6 KA 44/17 R. zitiert nach juris, dort Rn. 15).

Â

Unter BerÃ¼cksichtigung dieser MaÃgaben ist die Feststellung des Beklagten, dass die Quartalzeitprofile des KlÃ¤gers unter BerÃ¼cksichtigung des in Teil 3 des EBM als PrÃ¼fzeit fÃ¼r die Versichertenpauschalen festgelegten Wertes den Wert von 780 Stunden (entspricht 46.800 Minuten) in den Quartalen I/2012, III/2012 bis III/2013 und IV/2014 bis II/2015 Ã¼berschreiten, nicht zu beanstanden. Dabei kann zunÃ¤chst dahin gestellt bleiben, ob die fÃ¼r die Versichertenpauschale in Anlage 3 des EBM angesetzte durchschnittliche PrÃ¼fzeit angesichts der Vielgestaltigkeit des Leistungsspektrums der GOP zutreffend ist, denn letztlich dient das Quartalszeitprofil zunÃ¤chst nur als Aufgreifkriterium fÃ¼r eine entsprechend vertieftere PrÃ¼fung nach Â§Â 12 AbrPrRl durch die Beklagte. Nach Â§ 12 Abs. 2 AbrPrRl haben die weiteren Ãberprüfungen zum Ziel, mithilfe ergÃ¤nzender Tatsachenfeststellungen und Bewertungen unter BerÃ¼cksichtigung der Merkmale nach Abs. 3 festzustellen, ob die Abrechnungen rechtlich ordnungsgemÃ¤Ã erfolgt sind.

Â

Dabei sind diese weiteren PrÃ¼fungen nach der Rechtsprechung des BSG nicht auf solche Abrechnungsziffern beschrÃ¤nkt, die zu einer Ãberschreitung der Arbeitszeiten im Tages- oder Quartalszeitprofil beigetragen haben; die PrÃ¼fung kann sich â wie hier fÃ¼r die Quartale II/2012 und III/2015 â auch auf Quartale erstrecken, in denen keine Ãberschreitung aufgetreten ist (BSG, Urteil vom 24.10.2018, B 6 KA 44/17 R, zitiert nach juris, dort Rn. 16 ff.). Denn fÃ¼r eine anlassbezogene PrÃ¼fung genÃ¼gt nach Â§ 20 AbrPrRl bereits, dass ausreichende und konkrete Hinweise auf AbrechnungsauffÃ¤lligkeiten bestehen. Konkrete Hinweise in diesem Sinne kÃ¶nnen sich auch aus dem Ergebnis einer PrÃ¼fung eines anderen Quartals ergeben (BSG, Urteil vom 15.5.2019, B 6 KR 63/17 R, zitiert nach juris, dort Rn. 23).

Â

Im Zuge dieser vertieften PrÃ¼fung hat die Beklagte sodann in rechtlich nicht zu beanstandender Weise Fehler bei der Abrechnung des Chronikerzuschlages in allen streitgegenstÃ¤ndlichen Quartalen festgestellt, die zur Unrichtigkeit der Abrechnungs-SammelerklÃ¤rung fÃ¼hren und die Beklagte mangels ausreichender Dokumentation des KlÃ¤gers zu den vom ihm erbrachten Leistungen auch zu einer weitergehenden sachlich-rechnerischen Richtigstellung in Bezug auf die Ã¼brige

Leistungsabrechnung berechtigten.

Â

Zwischen den Beteiligten steht aufgrund der Rechtskraft des teilklageabweisenden Urteils des SG Berlin vom 29. Juli 2020 bindend fest, dass der KlÃ¤ger in den Quartalen IV/2014 bis III/2015 den Chronikerzuschlag nach dem maÃgeblichen EBM Nummern 03220 und 03221 â jeweils mit dem Zusatz H â mangels Dokumentation des Hausarztwechsels nicht ordnungsgemÃ¤Ã abgerechnet hatte.

Â

Aber auch fÃ¼r die Quartale I/2012 bis III/2013 erfolgte die Abrechnung des Chronikerzuschlages nach der GOP 03212 EBM 2012 zur Ãberzeugung des Senats nicht ordnungsgemÃ¤Ã, denn der KlÃ¤ger rechnete den Zuschlag bereits bei der erstmaligen Vorsprache des Patienten im Quartal gegenÃ¼ber der Beklagten ab.

Â

Die in den Quartalen I/2012 bis III/2013 maÃgebliche GOP 03212 hatte folgenden Wortlaut:

Â

Â

Demnach konnte der Zuschlag zur Versichertenpauschale bei einem chronisch Erkrankten erst beim Vorliegen von zwei Arzt-Patienten-Kontakten im Quartal abgerechnet werden. Nach den von der Beklagten vorgelegten Abrechnungsscheinen rechnete der KlÃ¤ger jedoch bereits unmittelbar zu Beginn des jeweiligen Quartals den Chronikerzuschlag ab, obwohl zu diesem Zeitpunkt ein zweimaliger Arzt-Patienten-Kontakt bereits aus zeitlicher Hinsicht nicht stattgefunden haben kann. Auf die zunÃ¤chst aufgeworfene Frage zum Nachweis der Behandlung des Patienten in vier aufeinanderfolgenden Quartalen kommt es daher nicht an.

Â

Aus den fehlerhaften Abrechnungen des Chronikerzuschlages in allen streitgegenstÃ¤ndlichen Quartalen folgt, dass die vom KlÃ¤ger abgegebenen Abrechnungs-SammelerklÃ¤rungen insgesamt unrichtig sind. Sie haben die ihnen zukommende Funktion der Garantie des Vertragsarztes, dass seine fÃ¼r die Abrechnung gegenÃ¼ber der Beklagten getÃ¤tigten Angaben zutreffen, verloren (hierzu grundlegend BSG, Urteil vom 17.9.1997, 6 Rka 86/95, zitiert nach juris, dort Rn. 19 ff.), denn zur Ãberzeugung des Senates erfolgte die fehlerhafte Abrechnung des Chronikerzuschlages und damit einhergehend die Abgabe der unrichtigen Abrechnungs-SammelerklÃ¤rungen sowohl in den Quartalen I/2012 bis III/2013 als auch in den Quartalen IV/2014 bis III/2015 durch den KlÃ¤ger zumindest grob

fahrlÃ¤ssig. Grobe FahrlÃ¤ssigkeit liegt vor, wenn die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem MaÃe verletzt wird (vgl. Legaldefinition in Â§ 45 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 SGB X). Dies liegt hier vor: In Bezug auf die Quartale I/2012 bis III/2013 hat sich der KlÃ¤ger vor Abrechnung der Leistung und Abgabe der GarantiesammelerklÃ¤rung zur sachlichen Richtigkeit seiner AbrechnungserklÃ¤rung nicht Ã¼ber die jeweiligen Voraussetzungen zur Abrechnung des Chronikerzuschlages im EBM informiert. Dies folgt bereits aus dem Umstand der Abrechnung bei erstmaliger Vorsprache zu Beginn des Quartals und damit zu einem Zeitpunkt, in dem bereits aus zeitlicher Sicht die Voraussetzung des zweimaligen Arzt-Patienten-Kontaktes gar nicht vorgelegen haben kann. Ein bloÃ leicht fahrlÃ¤ssiges Versehen kann in Bezug auf die insoweit eindeutige GOP ausgeschlossen werden. FÃ¼r die Quartale IV/2014 bis III/2015 steht aufgrund des insoweit rechtskrÃ¤ftigen Urteils des SG fest, dass die Abrechnung des Chronikerzuschlages in Bezug auf Neupatienten mangels Dokumentation des Arztwechsels fehlerhaft war. Die grobe FahrlÃ¤ssigkeit ergibt sich insoweit aus der mangelhaften Dokumentation selbst (vgl. zu der mangelhaften Dokumentation als Beleg fÃ¼r grobe FahrlÃ¤ssigkeit BSG, Urteil vom 17.9.1997, 6 Rka 86/95, zitiert nach juris, dort Rn. 26).

Â

Aufgrund der grob fahrlÃ¤ssigen Abgabe einer unrichtigen Abrechnungs-SammelerklÃ¤rung war die Beklagte auch im Hinblick auf die Vielzahl der abgerechneten Versicherungspauschalen zu einer umfassenden sachlich-rechnerischen Richtigstellung berechtigt, denn mangels Garantiefunktion der Abrechnungs-SammelerklÃ¤rung fehlt es an einer Voraussetzung fÃ¼r die Festsetzung des Honoraranspruches des Arztes; der Honorarbescheid ist insgesamt rechtswidrig. Dabei ist die Abrechnungs-SammelerklÃ¤rung als Ganzes bereits dann unrichtig, wenn nur ein von ihr erfasster Nachweis eine unrichtige Angabe Ã¼ber erbrachte Leistungen enthÃ¤lt. Daraus folgt zugleich, dass die Beklagte auch im Ãbrigen nicht gehalten ist, in allen FÃ¤llen, in denen sie eine unrichtige Abrechnung vermutet, den Nachweis der Unrichtigkeit zu fÃ¼hren. Vielmehr muss der Vertragsarzt jeweils nachweisen, dass er die Leistungen ordnungsgemÃ¤Ã erbracht und insofern zutreffend abgerechnet hat (BSG, a.a.O., Rn. 21). Das Honorarrisiko und damit auch die Feststellungslast der zutreffenden Abrechnung und ordnungsgemÃ¤Ãen Leistungserbringung liegen infolgedessen beim Vertragsarzt.

Â

Der Senat ist nicht davon Ã¼berzeugt, dass der KlÃ¤ger in allen von ihm abgerechneten FÃ¤llen die fÃ¼r die Abrechnung der Versichertenpauschale notwendige Leistung vollstÃ¤ndig erbracht hat.

Â

Nach Punkt 2.1 des jeweils maÃgeblichen EBM ist die VollstÃ¤ndigkeit der Leistungserbringung gegeben, wenn die obligaten Leistungsinhalte der GOP

erbracht worden sind und die in den PrÃ¤ambeln, Leistungslegenden und Anmerkungen aufgefÃ¼hrten Dokumentationspflichten â auch die der Patienten- bzw. Prozedurenklassifikation â erfÃ¼llt, sowie die erbrachten Leistungen dokumentiert sind. Nach Punkt 2.1.2 kann eine GebÃ¼hrenordnungsposition, deren Leistungsinhalt nicht vollstÃ¤ndig erbracht wurde, nicht berechnet werden.

Â

Zwar ist dem KlÃ¤ger und dem SG insoweit zuzustimmen, dass die jeweils maÃgebliche GOP âVersichertenpauschale im hausÃ¤rztlichen Versorgungsbereichâ im EBM als obligaten Leistungsinhalt nur einen einmaligen âpersÃ¶nlichen Arzt-Patienten-Kontaktâ benennt und ein persÃ¶nlicher Kontakt zwischen dem KlÃ¤ger und den in seiner Praxis persÃ¶nlich vorsprechenden Personen bereits aufgrund des Umstandes vorlag, dass der KlÃ¤ger selbst am Anmeldetresen saÃ, die Person in Empfang nahm und sich nach dem Grund ihrer Vorsprache erkundigte. Jedoch greift diese rein formale Betrachtung des Inhalts der Abrechnungsvorschrift zur Ãberzeugung des Senates zu kurz und ermÃ¶glicht eine missbrÃ¤uchliche Abrechnung dieser GOP. Denn â wie die Beklagte zutreffend dargelegt hat â sind nach Punkt 4.1 des jeweils gÃ¼ltigen EBM die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen von den in der PrÃ¤ambel der entsprechenden arztgruppenspezifischen oder arztgruppenÃ¼bergreifenden Kapitel genannten Leistungserbringer âbeim ersten kurativ-ambulanten persÃ¶nlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfallâ zu berechnen. Diese allgemeine Bestimmung wirkt auch auf die Versichertenpauschale fÃ¼r den hausÃ¤rztlichen Versorgungsbereich ein und Ã¼berformt den im Rahmen des obligaten Leistungsinhaltes geforderten persÃ¶nlichen Arzt-Patienten-Kontakt dahingehend, dass es sich neben dem persÃ¶nlichen Kontakt auch um einen âkurativ-ambulantenâ Kontakt âim Behandlungsfallâ gehandelt haben muss. Den Behandlungsfall definiert Punkt 3.1 EBM unter Verweis auf Â§ 21 Abs. 1 BMV-Ã bzw. Â§ 25 Abs. 1 EKV als die Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in einem Kalendervierteljahr zu Lasten derselben Krankenkasse. Dadurch wird âdie Behandlungâ des Versicherten in Bezug genommen. Unter einer kurativen Behandlung versteht man die Feststellung bzw. Erkennung einer Erkrankung, deren Heilung oder Linderung (vgl. Â§ 27 SGB V). Daraus folgt zur Ãberzeugung des Senates, dass die hausÃ¤rztliche Versichertenpauschale nur bei einem persÃ¶nlichen Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet werden kann, der auf die Feststellung des Vorliegens bzw. Nichtvorliegens einer Erkrankung ausgerichtet ist und ggf. auf die Ergreifung von BehandlungsmaÃnahmen abzielt, die die Krankheit heilen oder lindern.

Â

Hiervon ausgehend ist der Senat nicht davon Ã¼berzeugt, dass allen vom KlÃ¤ger abgerechneten Versicherungspauschalen ein ambulant-kurativer persÃ¶nlicher Arzt-Patienten-Kontakt zugrunde lag. Insbesondere konnte sich der Senat nicht davon Ã¼berzeugen, dass der KlÃ¤ger in allen FÃ¤llen eine kurativ-ambulante Behandlung vorgenommen hat, die auf die Feststellung des Vorliegens/bzw. Nichtvorliegens einer Erkrankung gerichtet war. Dies erscheint bereits in Anbetracht der Anzahl der

an einzelnen Behandlungstagen abgerechneten Patienten als zweifelhaft. Die von dem KlÃ¤ger angegebene Befragung des Patienten bereits am Empfangstresen fÃ¼r den Grund seiner Vorsprache und die â medizinische Verwertungâ der getÃ¤tigten Angaben stellt zur Ãberzeugung des Senates keine kurativ-ambulante Behandlung im Sinne der Feststellung des Vorliegens einer Erkrankung dar. Vielmehr hat der KlÃ¤ger auch nach seinem eigenen Vorbringen insoweit allein die Angaben des Patienten zu seinen Beschwerden in medizinische Fachtermini und Diagnosen Ã¼bersetzt, ohne sich in jedem Fall von dem Vorliegen der Symptome tatsÃ¤chlich Ã¼berzeugt zu haben. Auch die Vorsprache wegen Beschwerden wie Hals- oder Bauchschmerzen erfordert jedoch eine Untersuchung des Patienten (auch zum Ausschluss schwerwiegender Erkrankungen). Zwar verkennt der Senat nicht, dass in einer gut strukturierten Praxis einfache ErkÃ¤ltungskrankheiten innerhalb kÃ¼rzester Zeit befundet und erkannt werden kÃ¶nnen und sich bei diesen in der Regel die zu ergreifenden MaÃnahmen in der Ausstellung einer ArbeitsunfÃ¤higkeitsbescheinigung und gegebenenfalls in Hinweisen zum Umgang mit der Erkrankung erschÃ¶pfen. Jedoch lag eine solche gut strukturierte Praxis im Falle des KlÃ¤gers nicht vor. Zur Ãberzeugung des Senates spricht gerade die konkrete Form der Praxisorganisation ohne medizinisches Fach- und sonstiges Personal gegen die Behauptung des KlÃ¤gers, dass in allen abgerechneten FÃ¤llen eine kurativ-ambulante Behandlung vorgenommen wurde. Denn der KlÃ¤ger musste die Patienten nicht nur befragen und untersuchen, sondern zugleich auch dokumentieren, die Rezepte und Atteste ausstellen, den Drucker bedienen, teilweise auch noch die PraxisgebÃ¼hr vereinnahmen und den entsprechenden Beleg aushÃ¤ndigen. Auch etwaige DesinfektionsmaÃnahmen zwischen der Behandlung verschiedener Patienten oblagen angesichts der Praxisstruktur allein dem KlÃ¤ger. Dem KlÃ¤ger stand mithin unter BerÃ¼cksichtigung der Vielzahl der neben den Ã¤rztlichen Leistungen zu erbringenden sonstigen Aufgaben einer hausÃ¤rztlichen Praxis angesichts der Anzahl der abgerechneten Leistungen in allen streitgegenstÃ¤ndlichen Quartalen so gut wie keine Zeit fÃ¼r eine Ã¤rztliche Untersuchung zur VerfÃ¼gung. Angesichts der Vielzahl der Tage, an denen Ã¼ber 100 Versicherungspauschalen bei der Beklagten abgerechnet wurden, kann der KlÃ¤ger auch nicht mit einer behaupteten TÃ¤tigkeit im Umfang von 12 bis 14 Stunden an seinen langen Tagen durchdringen, denn auch der leistungsfÃ¤higste Arzt kann ein solches Pensum â zumal ohne jegliche UnterstÃ¼tzung durch Personal â nicht auf Dauer bewÃ¤ltigen (vgl. Wenner, Vertragsarztrecht nach der Gesundheitsreform, Â§ 23 Rn. 6: âSelbst wenn Ãrzte gerne als gesellschaftliche LeistungstrÃ¤ger wahrgenommen werden, ist auch ihre LeistungsfÃ¤higkeit begrenzt.â).

Â

Die erheblichen Zweifel an einer ordnungsgemÃ¤Ãen Leistungserbringung in allen abgerechneten LeistungsfÃ¤llen werden verstÃ¤rkt durch die vom KlÃ¤ger vorgelegten Patientendokumentationen, anhand derer erkennbar ist, dass er in den Ã¼berwiegenden FÃ¤llen ArbeitsunfÃ¤higkeitsbescheinigungen fÃ¼r weniger als drei Tage, oftmals auch nur fÃ¼r einen Tag aufgrund von Bagatellerkrankungen ausgestellt hat.

Â

SchlieÃ□lich konnte der KlÃ¤ger auch mangels ausreichender Dokumentation den Senat nicht davon Ã¼berzeugen, dass der persÃ¶nliche Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer kurativ-ambulanten Behandlung stattgefunden hat. In den vom KlÃ¤ger eingereichten 120 Patientendokumentationen (Bl. 106 bis 224 GA) findet sich keine einzige Dokumentation eines erhobenen Befundes, einer Anamnese und einer eingeleiteten Therapie. Der KlÃ¤ger dokumentierte nur Diagnose, GOP, Atteste, Dauer der ArbeitsunfÃ¤higkeit und ggf. verordnete Medikamente, so z.B.

â□□ stellvertretend fÃ¼r viele â□□ am 4. Juli 2012 zur Patientin K. C.-M., geb. 19. Oktober 1991 (GA Bl. 156):

Â

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â D Â Â Â Â Â Â Â r51 (bedeutet: nicht klassifizierbarer Kopfschmerz)

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â LÂ Â Â Â Â Â Â Â Â 03111

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â KÂ Â Â Â Â Â Â Â Beleg PraxisgebÃ¼hr â□□ 12 â□□ 003245

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â KÂ Â Â Â Â Â Â Â AU: 04.07.12 â□□ 04.07.12/E

Â

Zwar ist dem KlÃ¤ger und dem SG dahingehend Recht zu geben, dass die Dokumentation selbst kein obligater Leistungsinhalt der Versichertenpauschale ist. Jedoch definiert der EBM in Punkt 2.1. die VollstÃ¤ndigkeit der Leistungserbringung bereits selbst mit der Erbringung der obligaten Leistungsinhalte, der im EBM aufgefÃ¼hrten Dokumentationspflichten sowie der Dokumentation der erbrachten Leistungsinhalte, so dass die Dokumentation der vollstÃ¤ndigen Leistungserbringung Bestandteil der AbrechnungsfÃ¤higkeit einer GOP ist. Dies kann letztlich jedoch dahin gestellt bleiben, denn jedenfalls dann, wenn wie hier erhebliche Zweifel an der Erbringung des obligaten Leistungsinhaltes einer GOP bestehen und die AbrechnungssammelerklÃ¤rungen ihre Garantiefunktion verloren haben (s.o.), kommt der Dokumentation der Ã¤rztlichen Leistung eine entscheidende Bedeutung zu. Dann liegt es grundsÃ¤tzlich in der SphÃ¤re des Vertragsarztes, die vollstÃ¤ndige Leistungserbringung und damit die Richtigkeit seiner Honorarabrechnung nachzuweisen (vgl. BSG, Beschluss vom 6.9.2000, B 6 KA 17/00 B, zitiert nach juris, dort Rn. 8). Ein solcher Nachweis kann vor allem durch eine ausreichende Dokumentation der Ã¤rztlichen Leistungen erbracht werden (LSG Schleswig-Holstein, Urteil vom 24.09.2019, L 4 KA 26/18, zitiert nach juris, dort Rn. 56). Die Dokumentation dient dem Patienten, den Mitbehandlern (Ã□rzten, KrankenhÃ¤usern), dem Nachbehandler, aber auch dem behandelnden Vertragsarzt als GedÃ¤chtnisstÃ¼tze sowie zur NachweisfÃ¼hrung im Rahmen der Abrechnung vertragsÃ¤rztlicher Leistungen und im Zusammenhang mit haftungsrechtlichen Fragen (LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 26.11.2014, L 3 KA 70/12, zitiert

nach juris, dort Rn. 20). Dabei ergibt sich das Erfordernis der Dokumentation Ã¤rztlicher Leistungen aus Â§ 57 Abs. 1 BMV-Ã, Â§ 10 der Berufsordnung der Ãrztekammer Berlin und Â§Â§ 630 f. BÃ¼rgerliches Gesetzbuch (BGB). Nach Â§ 57 Abs. 1 BMV-Ã hat der Vertragsarzt die Befunde, die BehandlungsmaÃnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschlieÃlich des Tages der Behandlung in geeigneter Form zu dokumentieren. GemÃ¤Ã Â§ 10 Abs. 1 Satz 1 der Berufsordnung der Ãrztekammer Berlin haben Ãrzte Ã¼ber die in AusÃ¼bung ihres Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen MaÃnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu erstellen. Nach Satz 2 sind diese nicht nur GedÃ¤chtnisstÃ¼tzen fÃ¼r die Ãrztin oder den Arzt, sondern dienen auch dem Interesse der Patientin oder des Patienten an einer ordnungsgemÃ¤Ãen Dokumentation. Nach Â§Â 630f Abs. 2 Satz 1 BGB ist der Behandelnde schlieÃlich verpflichtet, in der Patientenakte sÃ¤mtliche aus fachlicher Sicht fÃ¼r die derzeitige und kÃ¼nftige Behandlung wesentlichen MaÃnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und AufklÃ¤rungen.

Â

Erfolgt keine oder keine ausreichende Dokumentation, gelten Leistungen insoweit als nicht erbracht (vgl. SG MÃ¼nchen, Urteil vom 4.5. 2023, S 38 KA 180/20 zitiert nach juris, dort Rn. 23 m.w.N.; BayLSG, Urteil vom 7.7.2004, L 3 KA 510/02, zitiert nach juris, dort Rn. 25). Aus dem bloÃen Ansatz einer GOP folgt nicht, dass die Leistung erbracht wurde und dass der Leistungsinhalt erfÃ¼llt ist, zumal wenn der Vertragsarzt â wie hier â von einem falschen VerstÃ¤ndnis des Leistungsinhaltes einer GOP ausgeht. Denn ausgehend von seinem VerstÃ¤ndnis des obligaten Leistungsinhaltes der Versichertenpauschale hat der KlÃ¤ger alle notwendigen Angaben dokumentiert, nÃ¤mlich den Tag der Vorsprache des Patienten, die mitgeteilte bzw. ermittelte Diagnose und die veranlasste MaÃnahme. Da er jedoch weitere Dokumentationen wie die erhobene Anamnese und die festgestellten Befunde nicht getÃ¤tigt hat, ist ein Nachweis der Erbringung dieser Leistungen und damit auch ein Nachweis des Vorliegens eines kurativ-ambulanten Behandlungsfalles nicht erbracht. In einer Gesamtschau hat der KlÃ¤ger damit weniger als Behandler und mehr als Serviceleister zur Erstellung von ArbeitsunfÃ¤higkeitsbescheinigungen agiert.

Â

Angesichts dessen war die Beklagte berechtigt, eine sachlich-rechnerische Richtigstellung vorzunehmen. Sie ist entgegen der Ansicht des SG nicht darauf beschrÃ¤nkt, einen etwaigen PflichtenverstoÃ gegen die ArbeitsunfÃ¤higkeitsrichtlinie disziplinarisch zu ahnden und/oder auf die Entziehung der Zulassung hinzuwirken (vgl. BSG, Urteil vom 22.3.2006, B 6 KA 76/04 R, zitiert nach juris, dort Rn. 12).

Die HÃ¶he der von der Beklagten im Wege der sachlich-rechnerischeren Richtigstellung vorgenommenen HonorarkÃ¼rzung ist zur Ãberzeugung des

Senates ebenfalls nicht zu beanstanden; vielmehr erscheint die von der Beklagten konkret vorgenommene HonorarkÃ¼rzung angesichts des oben beschriebenen Praxisbetriebs sogar noch sehr wohlwollend. Â

Â

Angesichts der grob fahrlÃ¤ssig falsch abgegebenen Abrechnungs-SammelerklÃ¤rung im Hinblick auf die Abrechnung des Chronikerzuschlages in allen streitgegenstÃ¤ndlichen Quartalen und der Vielzahl der abgerechneten Versicherungspauschalen war die Beklagte zu einer umfassenden Berichtigung und SchÃ¤tzung des dem KlÃ¤ger Ã¼berhaupt noch zu stehenden Honorars berechtigt (BSG, Urteil vom 17.9.1997, 6 Rka 86/95, zitiert nach juris, dort Rn. 27 f.; Urteil vom 13.5.2020, B 6 KA 6/19 R, zitiert nach juris, dort Rn. 29; vgl. auch Urteil des Senats vom 9.6.2021, L 7 KA 13/19, zitiert nach juris, dort Rn. 45). Denn angesichts der bestehenden Dokumentationsdefizite wÃ¤re es fÃ¼r die Beklagte auch nicht ermittelbar, in welchen FÃ¤llen ein ambulant-kurativer persÃ¶nlicher Arzt-Patienten-Kontakt tatsÃ¤chlich stattgefunden hat. Angesichts dessen hat die Beklagte in schlÃ¼ssiger Weise das Honorar des KlÃ¤gers auf das Durchschnittshonorar der Fachgruppe festgesetzt (vgl. zu dieser MÃ¶glichkeit BSG, Urteil vom 17.9.1997, 6 Rka 86/95, zitiert nach juris, dort Rn. 23). Sie hat zudem die Grundlagen fÃ¼r die vorgenommene SchÃ¤tzung und die aus ihnen gezogenen Schlussfolgerungen nachvollziehbar auf Seite 7 des angegriffenen Bescheides dargestellt.

Â

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 197a SGG in Verbindung mit Â§ 154 Abs. 1 VwGO.

Â

GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision gemÃ¤Ã□ Â§ 160 Abs. 2 SGG bestehen nicht. HierfÃ¼r ist weder etwas vorgetragen noch â□□ insbesondere unter dem Aspekt grundsÃ¤tzlicher Bedeutung, Â§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG â□□ sonst ersichtlich.

Erstellt am: 08.02.2024

Zuletzt verändert am: 22.12.2024