

---

## S 14 KA 314/10

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	6
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Kassenärztliche Vereinigung Abrechnungsprüfung Plausibilität Überschreitung der ärztlichen Arbeitszeit an drei Tagen aufgrund Nichtbeachtung einer Zeitvorgabe für den Arzt-Patienten- Kontakt Berechtigung zur Untersuchung der Folge quartale auf diesen Abrechnungsfehler, auch wenn die Tagesprofile für diese Quartale für sich genommen unauffällig sind
Leitsätze	Ergibt die Prüfung einer vertragsärztlichen Abrechnung auf ihre Plausibilität in zeitlicher Hinsicht, dass der Arzt das maßgebliche Aufgreifkriterium bezogen auf die ärztliche Arbeitszeit an drei Tagen überschritten hat, und ergibt die nähere Prüfung, dass diese Überschreitung auf der Nichtbeachtung einer Zeitvorgabe für den Arzt-Patienten- Kontakt beruht, darf die Kassenärztliche Vereinigung die Folge quartale auf diesen Abrechnungsfehler untersuchen, auch wenn die Tagesprofile für diese Quartale für sich genommen nicht auffällig sind.
Normenkette	SGB V <a href="#">§ 106a Abs 2 S 1</a> F: 2003-11-14 SGB V <a href="#">§ 106a Abs 2 S 2</a> F: 2003-11-14 SGB V <a href="#">§ 87 Abs 1</a> EBM-Ä Anh 3 J: 2008 EBM-Ä Nr 18210 J: 2008 EBM-Ä Nr 18211 J: 2008 EBM-Ä Nr 18212 J: 2008 EBM-Ä Nr 18220 J: 2008

#### 1. Instanz

---

Aktenzeichen	S 14 KA 314/10
Datum	30.01.2014

## 2. Instanz

Aktenzeichen	L 4 KA 16/14
Datum	13.06.2017

## 3. Instanz

Datum	24.10.2018
-------	------------

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 13. Juni 2017 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt die Kosten des Revisionsverfahrens.

Gründe:

I

1

Umstritten sind sachlich-rechnerische Berichtigungen der Honorarabrechnungen des Klägers für die Quartale I/2006 bis IV/2007.

2

Die beklagte KÄV prüfte die Abrechnung des seit 1999 als Arzt für Orthopädie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Klägers anhand der Tages- und Quartalszeitprofile im Quartal I/2006. Dabei setzte sie für den orthopädischen Ordinationskomplex nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) 18210, 18211 und 18212 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM) (je nach Alter der Patienten) entsprechend den Vorgaben in Anhang 3 des EBM bei der Prüfung der Tageszeitprofile keine eigene Zeitangabe ein, während sie für die Leistungen nach GOP 18220 EBM (Beratung, Erörterung und/oder Abklärung) entsprechend der Vorgabe in Anhang 3 des EBM eine Prüfzeit von 10 Minuten berücksichtigte. Diese Prüfung ergab eine Überschreitung der Tageszeitobergrenze von 12 Stunden an 3 Tagen. Im Rahmen dieser Prüfung fiel der Beklagten auf, dass der Kläger in einer Vielzahl von Fällen am selben Behandlungstag neben dem orthopädischen Ordinationskomplex nach GOP 18210 bis 18212 EBM die Leistung nach GOP 18220 angesetzt hatte. Unter Berücksichtigung der amtlichen Anmerkung der bis zum 31.12.2007 im EBM enthaltenen GOP 18220 ("Bei der Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nrn. 18210 bis 18212 und 18220 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 18220") setzte die Beklagte für eine verfeinerte Prüfung eine Prüfzeit von 20 Minuten an. Damit ergab sich für das Quartal I/2006 an 28 Arbeitstagen eine Überschreitung der Tagesarbeitszeit von 12 Stunden. Weil die Beklagte vermutete, dass sich die hohe

---

Quote der Parallelabrechnungen der beiden genannten Leistungspositionen nicht auf das Quartal I/2006 beschränkte, erweiterte sie ihre Prüfung auf die Quartale II/2006 bis einschließlich IV/2007. In diesen Quartalen ergaben sich teilweise noch höhere Überschreitungen der Tagesarbeitszeit von 12 Stunden unter Berücksichtigung eines mindestens 20-minütigen Arzt-Patienten-Kontaktes bei der Abrechnungskombination der GOP 18210 und 18220 EBM-Ä. Die höchste ermittelte Tagesarbeitszeit des Klägers lag oberhalb von 18 Stunden.

3

Die Beklagte hörte den Kläger an und teilte ihm mit, angesichts der ermittelten Arbeitszeiten müsse davon ausgegangen werden, dass die geforderte Mindestzeit für den Patientenkontakt bei der Abrechnung von Ordinationskomplex und Beratungsleistung am selben Behandlungstag nicht erfüllt sei. Der Kläger erklärte dazu, die von ihm verwendete Software habe ihm keine Zeitüberschreitungen angezeigt, sodass er nicht damit rechnen müsse, dass er die maßgeblichen Zeitprofile durch die Abrechnungskombination überschreite.

4

In Umsetzung einer entsprechenden Beschlussfassung des Plausibilitätsausschusses berichtigte die Beklagte sodann die Abrechnungen des Klägers für die 8 streitbefangenen Quartale in der Weise, dass sie jeweils die Leistung nach der GOP 18220 EBM-Ä in den Fällen strich, in denen am selben Tag auch die Leistung nach Nr 18210 bis 18212 EBM-Ä berechnet worden war. Die Beklagte ging davon aus, dass im Hinblick auf die Ergebnisse der Tageszeitprofile der Kläger die Voraussetzungen eines mindestens 20-minütigen Arzt-Patienten-Kontaktes in diesen Fällen nicht erfüllt habe, sodass die Leistungsberichtigung rechtmäßig sei.

5

Widerspruch und Klage gegen die Berichtigungsbescheide für die acht streitbefangenen Quartale und die Rückforderung in Höhe von 74 855 Euro sind erfolglos geblieben. Das LSG hat die Berufung gegen den klageabweisenden Gerichtsbescheid des SG zurückgewiesen. Die Beklagte habe die Plausibilität der Abrechnung des Klägers im Hinblick auf den Umfang der je Tag abgerechneten Leistungen und den damit verbundenen Zeitaufwand des Arztes ([§ 106a Abs 2 S 2 SGB V](#) in der hier noch maßgeblichen Fassung des GMG vom 14.11.2003, [BGBl I 2190](#) = aF) geprüft. Die Vorgaben der auf [§ 106a Abs 6 SGB V](#) aF beruhenden Abrechnungsprüfungs-Richtlinien (AbrPr-RL) seien beachtet worden. Zwar habe die Prüfzeit für den Ordinationskomplex in Anhang 3 des EBM-Ä nur 10 Minuten betragen und diese Leistung sei auch nur für das Quartalszeitprofil und nicht für das Tageszeitprofil iS des [§ 8 Abs 3](#) der AbrPr-RL maßgeblich, doch habe die Beklagte zu Recht die Zeitvorgabe in der Anmerkung zu GOP 18220 EBM-Ä bei der Prüfzeit berücksichtigt. Gegenstand der Prüfung der Richtigkeit der Abrechnung des Arztes seien nicht die Beachtung der Prüfzeiten in Anhang 3 des

---

EBM-Ärzt, sondern die Voraussetzung der Abrechenbarkeit der Leistung nach Nr 18220 EBM-Ärzt. Dass der KIÄrztler diese zu Unrecht abgerechnet habe, habe die Beklagte durch eine Einbeziehung der fÄr den Ansatz dieser Position erforderlichen Zeit im Rahmen der Tages- und Quartalszeitprofile ermitteln dÄrften. Unter BerÄcksichtigung eines Patientenkontakts von mindestens 20 Minuten seien die Tageszeitprofile des KIÄrztlers in den ÄberprÄften Quartalen an mehr als 3 Tagen auffÄllig iS des Â§ 8 Abs 3 AbrPr-RL gewesen, weil die auf diese Weise ermittelte arbeitstÄgliche Zeit in jedem der 8 streitbefangenen Quartale an 24 bis 34 Tagen die Grenze von 12 Stunden Äberschritten habe.

6

Die Beklagte sei im Äbrigen berechtigt gewesen, den Umfang der fehlerhaften Abrechnung des KIÄrztlers zu schÄtzen. Dieser habe die AbrechnungssammelerklÄrung, wonach er alle abgerechneten Leistungen tatsÄchlich erbracht habe, grob fahrlÄssig falsch abgegeben. Die Entscheidung der Beklagten, immer dann die Leistung nach GOP 18220 EBM-Ärzt abzusetzen, wenn sie am selben Tag wie der Ordinationskomplex abgerechnet worden sei, weil dann zu vermuten sei, dass sie jedenfalls hinsichtlich des Umfangs der Ärztlichen Arbeitszeit nicht korrekt erbracht worden sei, sei Ergebnis einer rechtmÄÄigen SchÄtzung. Der KIÄrztler habe keinen Anspruch darauf, dass die Streichung der GOP 18220 EBM-Ärzt an den Tagen unterbleibe, an denen er die Grenze der AuffÄlligkeit von 12 Arbeitsstunden (noch) nicht erreicht habe. Das Abrechnungsverhalten des KIÄrztlers zeige insgesamt, wie auch durch seine Einlassung hinsichtlich der Praxissoftware bestÄtigt werde, dass ihm nicht oder jedenfalls nicht hinreichend bewusst gewesen sei, dass er die beiden GOP nebeneinander nur abrechnen dÄrfe, wenn er tatsÄchlich 20 Minuten persÄnlichen Kontakt mit dem Patienten gehabt habe. Das kÄnne in den allermeisten FÄllen schon im Hinblick auf die ermittelten Arbeitszeiten ausgeschlossen werden. SchlieÄlich sei auch nicht zu beanstanden, dass die Beklagte die Summe der gekÄrzten GOP in Punkten mit einem Mischpunktwert aus dem Quotienten aller erbrachten, fÄr das individuelle Gesamtvolumen (IGV) der Praxis relevanten Leistungen und dem tatsÄchlichen Honorar bewertet habe. Das entspreche der Vorgehensweise des BSG im Urteil vom 11.3.2009. Eine Ausnahmekonstellation, in der die zu Unrecht abgerechneten Punkte nur mit dem Punktwert fÄr reduziert vergÄtete Leistungen multipliziert werden dÄrfen, liege nicht vor. Die Beklagte habe keine Hinweise gegeben, aus denen der KIÄrztler habe schlieÄen kÄnnen, dass er in der von ihm praktizierten Weise abrechnen dÄrfe (Urteil vom 13.6.2017).

7

Mit seiner Revision rÄgt der KIÄrztler eine Verletzung des [Â§ 106a Abs 2 SGB V](#) aF. Das Vorgehen der Beklagten habe die fÄr PlausibilitÄtsprÄfungen im Sinne dieser Vorschrift geltenden gesetzlichen und untergesetzlichen Bestimmungen nicht beachtet. Die maÄgeblichen Aufgreifkriterien der Tages- und Quartalszeitprofile seien nur im Quartal I/2006 â und dort auch nur hinsichtlich der Tageszeitprofile â erfÄllt gewesen. Nur im Quartal I/2006 habe er unter BerÄcksichtigung der

---

PrÃ¼fzeiten in Anhang 3 des EBM-Ã an 3 Tagen die tÃgliche Arbeitszeitgrenze von 12 Stunden reiner Behandlungszeit Ãberschritten. Die Beklagte sei von vornherein nicht berechtigt gewesen, die PlausibilitÃtsprÃ¼fung auf andere Quartale auszuweiten, weil in diesen die erforderlichen Aufgreifkriterien fÃ¼r eine PlausibilitÃtsprÃ¼fung nicht erreicht worden seien. Andere PrÃ¼fzeiten als die in Anhang 3 EBM-Ã verzeichneten dÃ¼rften der Beklagten keinen Anlass zur DurchfÃ¼hrung von PlausibilitÃtsprÃ¼fung geben. Nach Â§ 12 Abs 1 AbrPr-RL sei Voraussetzung fÃ¼r eine FortfÃ¼hrung der PrÃ¼fung, dass die PlausibilitÃtsaufgreifkriterien nach Â§ 8 erfÃ¼llt sind. Das gelte sinngemÃÃ immer nur fÃ¼r das Quartal, in dem diese Kriterien erfÃ¼llt seien, hier also nur fÃ¼r das Quartal I/2006. In Anhang 3 EBM-Ã sei ausdrÃ¼cklich bestimmt, dass die Leistungen nach Nr 18210 bis 18212 nur im Quartalszeitprofil, die Leistung nach Nr 18220 dagegen im Tages- und Quartalszeitprofil zu prÃ¼fen seien. Die Beklagte sei davon abweichend so vorgegangen, dass sie die GOP 18220 mit der Mindestbehandlungszeit von 20 Minuten auch im Rahmen der Tageszeitprofile in Ansatz gebracht habe. Das sei unzulÃssig.

8

Bedenken bestÃ¼nden auch gegen die Zeitvorgabe in der Anmerkung zur Nr 18220 EBM-Ã. Dem Text sei nicht eindeutig zu entnehmen, dass die Mindestzeit von 20 Minuten bei jeder nebeneinander erfolgten Erbringung des Ordinationskomplexes und der zusÃtzlichen Beratungsleistung eingehalten werde mÃ¼sse. Die Norm sei zumindest zu unbestimmt und deshalb im Hinblick auf rechtsstaatliche Erfordernisse ([Art 20 Abs 3 GG](#)) unwirksam. Der Hinweis auf die zusÃtzlichen 10 Minuten in der Leistungslegende sowie auf die Dauer des Patientenkontaktes von mindestens 20 Minuten seien nicht als Abrechnungsvoraussetzung ausgestaltet worden. Weiterhin habe das LSG zu Unrecht angenommen, der KIÃrger habe die Zeitgrenze von 20 Minuten aus grober FahrlÃssigkeit nicht immer beachtet. Das LSG hÃtte sich zu einer weiteren SachaufklÃrung hinsichtlich der fÃ¼r die Beurteilung des Grades des Verschuldens des KIÃrgers maÃgeblichen UmstÃnde gedrÃngt sehen mÃ¼ssen. Er â der KIÃrger â habe in den instanzgerichtlichen Verfahren mehrfach darauf hingewiesen, dass sowohl die Software, die von der KÃBV zertifiziert worden sei, wie auch Hinweise in der von der Beklagten herausgegebenen Zeitschrift "Nordlicht" nicht eindeutig in dem Sinne gewesen seien, dass bei jeder Kumulation der beiden betroffenen Leistungen ein Mindestpatientenkontakt von 20 Minuten erforderlich sei. Die Beklagte habe in dieser Zeitschrift mehr oder weniger deutlich dazu aufgefordert, die Abrechnung des Ordinationskomplexes und der Beratung auf 2 Tage aufzuteilen, um der hohen zeitlichen Anforderung eines Patientenkontaktes von 20 Minuten zu entgehen. Diese Aspekte der Mitverantwortlichkeit der Beklagten bzw der nicht hilfreichen zertifizierten Software hÃtte die Beklagte bei Bemessung der RÃ¼ckforderung berÃ¼cksichtigen mÃ¼ssen. Nach der Rechtsprechung des BSG dÃ¼rfe der "Mischpunktwert" auf der Basis einer Zusammenrechnung aller angeforderten Punkte und der tatsÃchlich honorierten Punkte nur regelhaft, aber nicht in AusnahmefÃllen zum Ansatz kommen. Hier liege ein solcher Ausnahmefall vor. Die Berechnung der RÃ¼ckforderungen auf der Basis des Mischpunktwertes erweise sich als Bestrafung eines Arztes, der alle abgerechneten Leistungen erbracht habe,

---

während andere Ärzte Leistungen aus der Abrechnung entfernten, wenn die Praxissoftware das Erreichen der Auffälligkeitskriterien anzeige. Das sei mit [Art 14 Abs 1 GG](#) unvereinbar.

9

Der Kläger beantragt, das Urteil des Schleswig-Holsteinischen LSG vom 13.6.2017 sowie den Gerichtsbescheid des SG Kiel vom 30.1.2014 und den Bescheid der Beklagten vom 22.6.2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1.10.2010 aufzuheben.

10

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

11

Sie ist der Auffassung, im Hinblick auf die bereits vorliegende Rechtsprechung des BSG sei nur noch zu klären, ob sie berechtigt gewesen sei, aufgrund der Feststellung einer zeitlichen Implausibilität der Abrechnung in einem Quartal (hier: I/2006) weitere Quartale anhand von Tageszeitprofilen zu prüfen, obwohl für diese Quartale vordergründig die Kriterien einer Implausibilität nicht erfüllt seien. Dies müsse möglich sein. Sie hat die Beklagte unter Berücksichtigung der Vorgaben des § 8 Abs 3 AbrPr-RL wie der Zeitangaben in Anhang 3 EBM die Abrechnung des Klägers im Quartal I/2006 geprüft und was der Kläger selbst nicht in Abrede stelle unter Berücksichtigung lediglich des Zeitansatzes für die Leistungen nach der GOP 18220 EBM (Beratung) an 3 Tagen eine Auffälligkeit hinsichtlich der Überschreitung der Arbeitszeit von 12 Stunden festgestellt. Damit sei sie berechtigt gewesen, die Voraussetzungen einer korrekten Abrechnung als Grundlage evtl Honorarberichtigungen intensiver zu prüfen. Dieser Prüfung anhand eines "verfeinerten Tageszeitprofils" habe sie dann die Mindestzeit von 20 Minuten in den Fällen zu Grunde legen dürfen, in denen an einem Tag neben dem Ordinationskomplex auch die Beratung nach Nr 18220 EBM abgerechnet worden sei. Diese Prüfung habe für das Quartal I/2006 ergeben, dass der Kläger an 28 Tagen mehr als 12 Stunden tätig gewesen sein wolle. Diesen Umstand habe sie zum Anlass nehmen dürfen, die Abrechnungen des Klägers in den Folgequartalen zu prüfen; dabei habe sich herausgestellt, dass dieselben und zum Teil noch höhere Überschreitungen der 12-Stunden-Grenze an zahlreichen Tagen in allen Folgequartalen zu verzeichnen seien. Einen bundesrechtlichen Rechtssatz, wonach sie die korrekte Leistungsabrechnung einschließlich der Erfüllung von Zeitvorgaben in Leistungslegenden nur in Quartalen dürfen, in denen auch das Aufgreifkriterium des § 8 Abs 3 der AbrPr-RL erfüllt sei, gebe es nicht. Sie hat die Beklagte dürfen nach [§ 106a Abs 2 SGB V](#) die Richtigkeit der Abrechnung der Vertragsärzte aus jedem sachgerechten Anlass prüfen. Es könne keinem Zweifel unterliegen, dass sie die Quartale ab II/2006 näher hätte prüfen dürfen, wenn sie von anderer Seite etwa von einem Patienten oder aus der Praxis des Klägers einen Hinweis auf unkorrekte Leistungsabrechnung

---

erhalten hätte. Wenn sich ein solcher Hinweis bereits aus dem unter Auffälligkeitssichtspunkten geprägten Quartal I/2006 ergebe, könne schlechterdings nicht angenommen werden, dass sie für die Folgequartale in Kenntnis einer nicht korrekten Abrechnung des Klägers an einer Berichtigung gehindert sei.

12

Den Rückforderungsbetrag habe sie übereinstimmend mit der Rechtsprechung des BSG auf der Basis eines Mischpunktwertes berechnet; dieser Mischpunktwert habe sich aus dem Verhältnis der tatsächlich honorierten zu den vom Kläger abgerechneten Punkten mit den jeweiligen Punktwerten ergeben. Ein Ausnahmefall in der Hinsicht, dass nur von den Punktwerten auszugehen sei, mit dem die vom Kläger über das IGV hinaus berechneten Leistungen honoriert worden sind, liege nicht vor.

II

13

Die Revision der Klägers hat keinen Erfolg. Das LSG hat zutreffend entschieden, dass die angefochtenen Bescheide der Beklagten nicht zu beanstanden sind.

14

1. Rechtsgrundlage der angefochtenen Berichtigungsbescheide ist [§ 106a Abs 2 S 1](#) und 2 SGB V in der hier noch anwendbaren Fassung des GMG (heute [§ 106d SGB V](#)). Danach stellt die KVV die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnung der Vertragsärzte fest; Gegenstand der arztbezogenen Plausibilitätsprüfung ist insbesondere der Umfang der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand des Vertragsarztes. Die maßgeblichen Rechtsgrundsätze zur Anwendung von Tageszeitprofilen im Rahmen der Abrechnungsprüfung hat der Senat im Urteil vom 8.3.2000 ([BSGE 86, 30, 34 f = SozR 3-2500 § 83 Nr 1 S 6 f](#)) zusammengefasst. Danach ist die Abrechnung eines Vertragsarztes falsch, wenn die Prüfung der von diesem Arzt an einem beliebigen Tag abgerechneten Leistungen erkennen lässt, dass diese unter Berücksichtigung des für die einzelnen Leistungen erforderlichen zeitlichen persönlichen Arbeitsaufwands so, wie sie abgerechnet worden sind, nicht erbracht sein können. Die anhand von (damals) gesamtvertraglich zu vereinbarenden Kriterien begründete Vermutung der Implausibilität kann zur Erstellung von Tageszeitprofilen Anlass geben. Deren Auswertung kann die Fehlerhaftigkeit der Abrechnung aufdecken, wobei kein Nachweis notwendig ist, welche einzelne abgerechnete Leistung gegenüber welchen Patienten nicht wie abgerechnet erbracht worden ist (zuletzt Urteil vom 21.3.2018 [B 6 KA 47/16 R](#) RdNr 25; zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen).

15

---

Die näheren Einzelheiten des Plausibilitätsprüfungsverfahrens ergeben sich seit dem 1.1.2005 aus Â§ 8 der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Inhalt und Durchführung der Abrechnungsprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen (AbrPr-RL â DÄ 2004, A-2555). Dazu hat der Senat im Beschluss vom 17.8.2011 â [B 6 KA 27/11 B](#) â Juris ausgefhrt, dass Â§ 8 Abs 2 AbrPr-RL gleichrangig die Ermittlung eines Tages- und eines Quartalszeitprofils vorsieht. Eine weitere berprfung nach Â§ 12 erfolgt gem Â§ 8 Abs 3 der Richtlinie, wenn die ermittelte arbeitstgliche Zeit bei Tageszeitprofilen an mindestens 3 Tagen im Quartal mehr als 12 Stunden oder im Quartalszeitprofil mehr als 780 Stunden betrgt. Damit stehen Tages- und Quartalszeitprofil alternativ und nicht kumulativ als Indizien fr eine implausible Abrechnung nebeneinander. Daraus folgt indessen nicht, dass die Differenzierung zwischen Positionen, denen im Anhang 3 des EBM-Ä eine Prfzeit nur fr das Quartals- und nicht fr das Tageszeitprofil zugeordnet ist, und solchen, die fr beide Profilvarianten Bedeutung haben, obsolet wre. Grundstzlich sind Leistungen, denen fr das Tageszeitprofil keine Prfzeit zugeordnet ist, bei der Erstellung des Tageszeitprofils auer Betracht zu lassen und spielen deshalb auch keine Rolle fr die Frage, ob iS des Â§ 8 Abs 3 AbrPr-RL die arbeitstgliche Arbeitszeit des Arztes "bei Tageszeitprofilen" an mindestens 3 Tagen im Quartal die Grenze von 12 Stunden berschreitet. Das hat zur Folge, dass grundstzlich der Ordinationskomplex nach den GOP 18210 bis 18212 EBM-Ä bei der Ermittlung des Tageszeitprofils auer Betracht bleibt.

16

Etwas anderes gilt jedoch dann, wenn in der Leistungslegende des EBM-Ä oder in einer Anmerkung zu einer einzelnen GOP, die fr das Tageszeitprofil keine Bedeutung hat, im Falle der gleichzeitigen Erbringung einer auch fr das Tageszeitprofil relevanten Leistung insgesamt eine Mindestleistungszeit zugeordnet ist. Dass fr eine solche Kombination einer nicht tageszeitprofilgeeigneten Leistung mit einer tageszeitprofilgeeigneten Leistung im Anhang 3 des EBM-Ä keine eigene Prfzeit vorgesehen ist, ist unschdlich, wenn und soweit sich die verbindliche Mindestzeit fr die Leistungserbringung aus dem EBM-Ä selbst, nmlich hier aus der Anmerkung zu GOP 18220 ergibt. Aus dem Umstand, dass der Abrechnung des Ordinationskomplexes neben der Beratung nach GOP 18220 eine Mindestzeit von (zustzlichen) 10 Minuten zugeordnet ist, folgt notwendig, dass die Abrechnung des Ordinationskomplexes in dieser Konstellation auch fr das Tageszeitprofil Bedeutung gewinnt. Wenn der Arzt an einem bestimmten Tag den fr die Berechnung des Ordinationskomplexes obligaten Leistungsinhalt eines persnlichen Arzt-Patienten-Kontakts erbringt und zustzlich eine Beratung nach GOP 18220 abrechnet, muss dem an diesem Tag eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten zugrunde gelegen haben, und das ist fr das Zeitprofil dieses Tages von Bedeutung.

17

In diesem Sinne hat der Senat bereits in einem Beschluss vom 11.12.2013 â [B 6](#)

---

[KA 37/13 B](#) hat zu einer weitgehend vergleichbaren Konstellation entschieden. Zum Zweck der Tages- und Quartalszeitprofilbildung im Rahmen einer Plausibilitätsprüfung nach [Â§ 106a SGB V](#) dürfen danach auch andere Zeitvorgaben als solche, welche im Anhang 3 EBM-Ä enthalten sind, herangezogen werden. Der Beschluss betraf die Anmerkung zur Gesprächsleistung nach Nr 03120 EBM-Ä, die bei Nebeneinanderabrechnung mit dem Ordinationskomplex nach Nr 03110 bis 03112 EBM-Ä eine Dauer der Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten verlangt. Die Leistungspositionen, über die der Senat am 11.12.2013 entschieden hat, entsprechen bis in die Einzelheiten der Formulierung derjenigen der hier maßgeblichen Positionen 18210 bis 18212 und 18220 EBM-Ä. Der Senat hat dazu ausgeführt, dass die Kombination einer Gesprächsleistung und des Ordinationskomplexes, die in Anhang 3 EBM-Ä nicht gesondert mit einer Mindestzeit unterlegt ist, auch nur anhand der Vorgaben in den Erläuterungen zu den Leistungslegenden des EBM-Ä geprüft werden kann. Diese Erläuterungen zu einer Position des EBM-Ä oder zu Kombinationen haben denselben Rang wie die Leistungslegende selbst (vgl BSG [SozR 4-2500 Â§ 106 Nr 10](#) RdNr 16). Damit steht fest, dass die Beklagte unter Berücksichtigung des zwingend erforderlichen Zeitaufwandes von 20 Minuten im Falle einer kombinierten Abrechnung der GOP 18210 bis 18212 EBM-Ä und 18220 EBM-Ä den Vorgaben des [Â§ 8 Abs 3 AbrPr-RL](#) in allen 8 betroffenen Quartalen entsprochen hat. Die Bildung der Tageszeitprofile unter Berücksichtigung der Zeitgrenze von 20 Minuten ergibt nämlich, dass der Kläger an mehr als einem Drittel der Tage in den geprüften Quartalen das Aufgreifkriterium erfüllt hat, weil sich Arbeitszeiten von mehr als 12 Arbeitsstunden ergeben haben.

18

2. Selbst wenn mit der nach dem oben Ausgeführten: nicht zutreffenden Auffassung des Klägers unterstellt würde, die Prüfung nach [Â§ 8 Abs 3 AbrPr-RL](#) könne nur anhand der im Anhang 3 EBM-Ä aufgeführten Prüfzeiten durchgeführt werden, ergäbe sich im Ergebnis nichts anderes. Jedenfalls für das Quartal I/2006 liegt bereits unter Berücksichtigung dieser Zeiten eine Auffälligkeit vor, weil der Kläger an 3 Tagen die Grenze von 12 Stunden täglicher Arbeitszeit selbst dann überschritten hat, wenn nur die Leistung nach GOP 18220 mit jeweils 10 Minuten angesetzt wird und der Ordinationskomplex ganz außer Betracht bleibt. Selbst unter dieser eingeschränkten Voraussetzung ist die Beklagte im Rahmen der Prüfung nach [Â§ 12 AbrPr-RL](#) nicht gehindert, auch die folgenden Quartale darauf zu untersuchen, ob die Abrechnung des Klägers in des [Â§ 106a Abs 2 SGB V](#) sachlich und rechnerisch richtig ist. Ein Grundsatz des Inhalts, dass die Prüfung nach [Â§ 12 AbrPr-RL](#) für jedes zu prüfende Quartal voraussetzt, dass zuvor die Aufgreifkriterien nach [Â§ 8](#) erfüllt sind, besteht nicht. Im Übrigen wäre selbst dann, wenn [Â§ 12](#) in diesem Sinne zu verstehen wäre, die KVV nicht gehindert, Hinweise auf eine inkorrekte Abrechnung eines Arztes nachzugehen und ggf unter Berücksichtigung von verfeinerten Tageszeitprofilen zu prüfen, ob die Abrechnung sachlich und rechnerisch richtig sein kann. Nach [Â§ 20 Abs 1 AbrPr-RL](#) wird eine Abrechnung in der vertragsärztlichen Versorgung außerhalb der regulären Prüfungen geprüft, wenn ausreichende und konkrete Hinweise auf Abrechnungsauffälligkeiten

---

bestehen. In diesem Sinne "konkrete" Hinweise können sich aus dem Ergebnis einer "regulären" Prüfung eines Quartals ergeben, soweit diese Muster erkennen lässt, die auf eine systematisch unrichtige Abrechnung hindeuten. Die Wendung in Â§ 20 Abs 2 S 1 AbrPr-RL, wonach Hinweisen nachgegangen wird, die schriftlich oder persönlich vorgetragen werden, bezieht sich vorrangig auf Informationen außerhalb des "regulären" Prüfverfahrens, also vor allem von Patienten, Praxismitarbeitern oder Kollegen. Für Hinweise, die sich unmittelbar aus den Resultaten einer regulären Prüfung ergeben, folgt daraus keine Einschränkung der Prüfungsberechtigung der KÄV. Der Kläger verkennt, dass Â§ 8 AbrPr-RL eine Standardisierung des Auffälligkeitsprüfungsverfahrens normiert, um auch im Interesse der Gleichbehandlung der Vertragsärzte den KÄVen und deren Plausibilitätsgremien Anhaltspunkte dafür zu geben, wann Implausibilitäten in den Abrechnungen der Vertragsärzte nachzugehen ist. Eine Beschränkung derart, dass die KÄV überhaupt nur weiter die Richtigkeit einer Abrechnung untersuchen darf, wenn Quartal für Quartal die Grenzwerte bei den Tagesarbeitszeiten bzw bei den Quartalszeitprofilen überschritten sind, besteht nicht.

19

Selbst wenn die Beklagte von einem Dritten etwa im Wege einer Anzeige einer Mitarbeiterin des Klägers (vgl auch insoweit Â§ 20 Abs 1 und 2 AbrPr-RL) erfahren hätte, dass dort regelmäßig der Ordinationskomplex routinemäßig zeitgleich mit der Beratung nach Nr 18220 EBM-Ä zusammen abgerechnet wird, hätte sie dem näher nachgehen und die Häufigkeit dieser Abrechnungskombination sowie die sich aus der Zeitvorgabe von 20 Minuten ergebenden Tagesarbeitszeiten des Klägers ermitteln können. Eine solche Ermittlung ist durch Â§ 8 Abs 3 AbrPr-RL nicht gesperrt.

20

3. Die Voraussetzungen einer unrichtigen Abrechnung des Klägers im Hinblick auf die Nichtbeachtung der zeitlichen Vorgabe von 20 Minuten für den persönlichen Patientenkontakt bei der Kombination der Abrechnung von Ordinationskomplex und Beratungsleistung sind erfüllt. Der Kläger stellt im Kern nicht in Abrede, dass er diese Grenze jedenfalls nicht immer beachtet hat, und er kann sie nach der Auswertung der Tageszeitprofile auch nicht beachtet haben. Der Wortlaut der Anmerkung zu GOP 18220 EBM-Ä ist eindeutig und kann von keinem Vertragsarzt missverstanden werden. Entgegen der Auffassung des Klägers ist die Vorgabe der Mindestzeit für den Arzt-Patienten-Kontakt auch hinreichend bestimmt. Die Wendung "Nebeneinanderberechnung" lässt erkennen, dass damit Konstellationen erfasst sind, in denen der Arzt mit seiner Abrechnung erklärt, die beiden Leistungen (im Rahmen eines einheitlichen Behandlungsablaufs) in vollem Umfang erbracht zu haben.

21

4. Wegen der Unrichtigkeit der Abrechnung des Klägers war die Beklagte

---

berechtigt, diese zu korrigieren und  $\frac{1}{4}$ berzahltes Honorar zur $\frac{1}{4}$ ckzufordern. Grunds $\ddot{a}$ tzlich erfordert die sachlich-rechnerische Richtigstellung iS des [Ä§ 106a Abs 2 SGB V](#) aF kein Verschulden des Vertragsarztes. Wenn er jedoch zumindest grob fahrl $\ddot{a}$ ssig gehandelt hat, darf die K $\ddot{A}$ RV den Umfang der Unrichtigkeit sch $\ddot{a}$ tzen, und ihr kommt insoweit das f $\frac{1}{4}$ r jede Sch $\ddot{a}$ tzung kennzeichnende Ermessen zu Gute. Davon durfte die Beklagte hier Gebrauch machen, weil der Kl $\ddot{a}$ ger die Abrechnungssammelerkl $\ddot{a}$ rungen f $\frac{1}{4}$ r die betroffenen Quartale zumindest grob fahrl $\ddot{a}$ ssig falsch abgegeben hat (vgl zur Garantiefunktion der Abrechnungssammelerkl $\ddot{a}$ rung BSG [SozR 3-5550 Ä§ 35 Nr 1](#) und zum ma $\ddot{A}$ geblichen Fahrl $\ddot{a}$ ssigkeitsma $\ddot{A}$ stab Senatsurteil vom 21.3.2018  $\hat{=}$  [B 6 KA 47/16 R](#)  $\hat{=}$  RdNr 35-38). Er hat gewusst oder sich zumindest vorwerfbar der naheliegenden Erkenntnis verschlossen, dass die Nebeneinanderabrechnung von Ordinationskomplex und Beratungsleistung eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten voraussetzt. Weder eine m $\ddot{A}$ glicherweise unzureichende Praxissoftware noch Hinweise der Beklagten in der von ihr herausgegebenen Zeitschrift "Nordlicht" entlasten den Kl $\ddot{a}$ ger.

22

Der Kl $\ddot{a}$ ger macht geltend, seine von der K $\ddot{A}$ RV zertifizierte Praxissoftware habe ihm nicht angezeigt, dass er die Auff $\ddot{a}$ lligkeitsgrenzen des Ä§ 8 Abs 3 AbrPr-RL infolge der h $\ddot{A}$ ufigen Nebeneinanderabrechnung  $\frac{1}{4}$ berschritten habe oder dass diese Kombination eine Mindestkontaktzeit von 20 Minuten erfordere. Das bedarf keiner n $\ddot{a}$ heren Aufkl $\ddot{a}$ rung, weil beide Umst $\ddot{a}$ nde den Kl $\ddot{a}$ ger nicht von seiner Verantwortung f $\frac{1}{4}$ r eine korrekte Abrechnung freistellen k $\ddot{A}$ nnnten (in diesem Sinne bereits Senatsbeschluss vom 11.12.2013  $\hat{=}$  [B 6 KA 37/13 B](#)  $\hat{=}$  Juris RdNr 6).

23

Auf Ver $\ddot{A}$ ffentlichungen im journalistischen Teil der von der Beklagten herausgegebenen Zeitschrift "Nordlicht" kann sich der Kl $\ddot{a}$ ger ebenfalls nicht berufen. Ob es mit der Gew $\ddot{A}$ hrleistungspflicht einer K $\ddot{A}$ RV ([Ä§ 75 Abs 1 S 1 SGB V](#)) vereinbar ist, in (vermeintlich) lockerer Form den Vertrags $\ddot{A}$ rzten Hinweise zur Abrechnungsoptimierung zu geben, ist fraglich. Jedenfalls hat die Beklagte hier nicht den Inhalt der Leistungslegende zu GOP 18220 EBM- $\ddot{A}$  in Zweifel gezogen, sondern  $\hat{=}$  vordergr $\frac{1}{4}$ ndig zu Recht  $\hat{=}$  darauf hingewiesen, dass eine Mindestzeit von 20 Minuten nicht erforderlich ist, wenn Ordinationskomplex und Beratung an verschiedenen Tagen berechnet werden. Ob die Beklagte damit eine Verteilung der Behandlung oder (nur) der Abrechnung auf verschiedene Tage empfehlen wollte, kann offenbleiben. Der Kl $\ddot{a}$ ger hat Ordinationskomplex und Beratung am gleichen Tag abgerechnet und gleichwohl die Mindestzeit von 20 Minuten nicht eingehalten.

24

5. Die Beklagte hat den Umfang der Unrichtigkeit der Abrechnung zutreffend gesch $\ddot{a}$ tzt, indem sie die Beratungsleistung nach GOP 18220 berichtigt hat, wenn

---

diese am selben Tag wie der Ordinationskomplex angesetzt worden ist. Damit wird der Kern der Unrichtigkeit der Abrechnungen des KlÄxgers erfasst, nÄxmlich die Nichtbeachtung der Zeitvorgabe von 20 Minuten Kontaktzeit bei der Erbringung beider Leistungen nebeneinander. Der Ansatz der Beklagten bei der Streichung der GOP 18220 EBM-Ä□ orientiert sich an der Systematik der Fassung der einschläxgigen Anmerkung. Dort ist formuliert, dass eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten "Voraussetzung fÄ¼r die Berechnung der Leistung nach der Nr 18220" ist. Wenn diese Zeitvorgabe nicht beachtet worden sein kann, liegt nahe, den Ansatz dieser Position als unrichtig zu bewerten. Eine realitätsnähere Basis der SchÄxtzung des Umfangs der Unrichtigkeit hat der KlÄxger nicht aufgezeigt und eine solche ist auch fÄ¼r den Senat nicht ersichtlich.

25

Die RechtmÄxÄigkeit der SchÄxtzung wird nicht dadurch in Frage gestellt, dass nicht ausgeschlossen werden kann, dass der KlÄxger die Mindestzeitvorgabe der Abrechnungskombination in einzelnen FÄxllen eingehalten hat. Die Ä□berschreitung der Grenze eines zwÄ¼lfstÄ¼ndigen Arbeitstages iS des Ä§ 8 Abs 3 ArbPr-RL ist so deutlich erfolgt, dass dann, wenn der KlÄxger die Mindestzeit nach der Anmerkung zu GOP 18220 EBM-Ä□ beachtet hat, andere Leistungen an dem jeweiligen Tag schwerlich in der gebotenen Form und QualitÄxt erbracht worden sein kÄnnen. Die sich aus den Tageszeitprofilen ergebende Arbeitszeit des KlÄxgers hat die Grenze von 12 Stunden tÄxglich sehr hÄxufig â□□ zumindest an einem Drittel aller Arbeitstage â□□ und vereinzelt sogar die von 18 Stunden Ä¼berschritten.

26

6. Die Berechnung der HÄhe des RÄ¼ckforderungsbetrages ist nicht zu beanstanden. Die Beklagte hat die Maßgaben des Senatsurteils vom 11.3.2009 ([B 6 KA 62/07 R](#) â□□ [BSGE 103, 1](#) = [SozR 4-2500 Ä§ 106a Nr 7](#)) beachtet und einen Mischpunktwert aus den unquotiert vergÄ¼teten und den tatsÄxchlich abgerechneten Punkten der Praxis gebildet. Eine Ausnahmekonstellation, in der zunÄxchst die nicht oder nur eingeschrÄnkt vergÄ¼teten Punkte zur Ermittlung des Abzugsbetrages eingesetzt werden mÄ¼ssen, liegt nicht vor. Entgegen der Auffassung des KlÄxgers besteht an der richtigen Auslegung der Leistungslegende durch die Beklagte kein Zweifel. Es ist auch fÄ¼r den Senat nicht erkennbar, wie diese Leistungslegende missverstanden werden kÄnnnte. Eine Mitverantwortung der Beklagten fÄ¼r die unrichtige Abrechnung des KlÄxgers besteht nicht. Die Beklagte hat in der schon erwÄxhten VerÄffentlichung in der Zeitschrift "Nordlicht" allenfalls "angeregt", aus GrÄ¼nden der Abrechnungsoptimierung die Abrechnung von Beratung und Ordinationskomplex auf verschiedene Tage zu verteilen. Der KlÄxger macht dazu jetzt geltend, er dÄ¼rfe nicht dafÄ¼r "bestraft" werden, dass er so ehrlich gewesen sei, diesem "Rat" nicht zu folgen und am selben Tag tatsÄxchlich erbrachte Leistungen auch fÄ¼r denselben Tag abzurechnen. Dem kann schon im Ansatz nicht gefolgt werden, weil eine KÄ¼rzung des Honorars als Folge unrichtiger Abrechnung keine "Bestrafung" darstellt und Ärzte, die tatsÄxchlich den Ordinationskomplex an einem Tag abgerechnet haben, an denen kein Patientenkontakt bestand, mit strafrechtlichen ([Ä§ 263 StGB](#)) und

---

zulassungsrechtlichen ([Â§ 95 Abs 6 S 1 SGB V](#)) Konsequenzen rechnen mussten und mÃ¼ssen. Im Ã¼brigen ist der Arzt in jenem Verfahren, das zur Senatsentscheidung vom 11.12.2013 ([B 6 KA 37/13 B](#) â Juris) gefÃ¼hrt hat, wegen eines deutlich geringeren Schadens, als ihn der hier klagende Arzt verursacht hat, auch disziplinarisch belangt worden; der Senat hat die DisziplinarmaÃnahme mit Beschluss ebenfalls vom 11.12.2013 â [B 6 KA 36/13 B](#) â Juris gebilligt.

27

7. Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 197a Abs 1 S 1 Teils 3 SGG iVm [Â§ 154 Abs 2 VwGO](#). Danach trÃ¤gt der KlÃ¤ger die Kosten des von ihm erfolglos gefÃ¼hrten Rechtsmittels.

Erstellt am: 29.11.2019

Zuletzt verÃ¤ndert am: 21.12.2024