

SOZIALGERICHT HANNOVER



Az.: S 78 KA 495/10

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

In dem Rechtsstreit

1. A. ,

2. B. ,

Kläger,

Proz.-Bev.: zu 1-2: C. ,

g e g e n

D. ,

Beklagte,

hat die 78. Kammer des Sozialgerichts Hannover auf die mündliche Verhandlung vom 2. November 2011 durch die Vorsitzende, E. , und die ehrenamtlichen Richter F. und G., für Recht erkannt:

- 1. Die Klage wird abgewiesen.**
- 2. Die Kläger tragen die Kosten des Verfahrens.**
- 3. Der Streitwert beträgt 54.187,80 Euro.**

Tatbestand

Die Kläger wenden sich gegen eine Honorarrückforderung i. H. v. 54.187,80 Euro nach einer erweiterten Plausibilitätsprüfung, bezogen auf die Ziffer 03001 EBM.

Die Kläger sind im Rahmen einer Gemeinschaftspraxis als Facharzt für Allgemeinmedizin bzw. als Praktischer Arzt niedergelassen. Die Kläger fielen bei einer Plausibilitätsprüfung der Beklagten wegen einer gehäuften Abrechnung der Ziffer 03001 EBM auf. Gegenüber der verfeinerten Vergleichsgruppe ergaben sich Überschreitungen um 82 bis 172 % in den Quartalen der Jahre 2006 und 2007.

Die Beklagte prüfte anhand von Stichproben zunächst das Jahr 2007 und erweiterte die Prüfung schließlich auch auf das Jahr 2006. Im Rahmen dessen stellte sie fest, dass die von den Klägern angegebenen Diagnosen die Abrechnung der Ziffer 03001 teilweise nach ihrer Auffassung nicht rechtfertigten. Die Beklagte teilte den Klägern mit, dass eine Kürzung auf den Durchschnitt der verfeinerten Vergleichsgruppe beabsichtigt sei, daraus ergebe sich eine Rückforderung i. H. 54.187,80 Euro für die Quartale I/06 bis IV/07.

Die Kläger nahmen zu den einzeln herausgegriffenen Patienten Stellung und erläuterten und ergänzten die gestellten Diagnosen. Im Wesentlichen machten sie u. a. geltend, dass die Ziffer 03001 z. B. bei Depressionen, bei Niereninsuffizienz und bei neurodegenerativen Systemerkrankungen abgerechnet worden sei.

Mit Bescheid vom 23.02.2010 forderte die Beklagte 54.187,80 Euro in Bezug auf die Ziffer 03001 EBM für die Quartale I/06 bis IV/07 zurück. Die Kläger hätten grob fahrlässig falsch abgerechnet. Im Rahmen ihres Schätzungsermessens habe die Beklagte die Ziffer 03001 EBM auf den Durchschnitt der verfeinerten Vergleichsgruppe gekürzt, da die Abrechnung gezeigt habe, dass die Ziffer 03001 EBM teilweise nicht erfüllt gewesen sei.

Dagegen legten die Kläger, vertreten durch ihren Prozessbevollmächtigten, mit Schreiben vom 25.03.2010 Widerspruch ein. Zur Begründung führten sie u. a. aus, dass bei den betroffenen Patienten jeweils eine chronische Depression vorgelegen habe bzw. eine chronische Niereninsuffizienz. Teilweise seien die Patienten an einer Demenz

erkrankt gewesen. Auf die Überschreitungen im Vergleich zur verfeinerten Vergleichsgruppe könne es nicht ankommen, da die Praxis ein spezielles Patientenklientel behandle. Wegen der weiteren Einzelheiten des Widerspruchsvorbringens wird auf die Widerspruchsbegründung vom 20.04.2010 verwiesen.

Den Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 01.06.2010 zurück und führte zur Begründung u. a. aus, dass die Diagnosen "Niereninsuffizienz" und "Depression" eine Abrechnung der Ziffer 03001 nicht rechtfertige. Erforderlich sei bei der Niereninsuffizienz zusätzlich eine dauerhafte endogene Kreatinin-Clearance von unter 20 ml/min. Bei der Depression sei das Hinzutreten einer Psychose erforderlich.

Die Kläger beantragen,

den Bescheid vom 23.02.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides der Beklagten vom 01.06.2010 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Mit der dagegen erhobenen Klage verfolgen die Kläger ihr Begehren weiter. Sie wiederholen ihr Vorbringen aus dem Widerspruchsverfahren und machen weiter geltend, dass bei einer betroffenen Patientin eine präterminale Niereninsuffizienz, entsprechend dem Stadium IV, vorgelegen habe. Die Möglichkeit der Abrechnung der Ziffer 03001 bei Depressionen ergebe sich aus der Leistungslegende.

Die Beklagte verweist darauf, dass die korrekten Diagnosen bereits bei der Abrechnung vorliegen müssten. Eine Korrektur sei nach § 20 Abs. 8 der Abrechnungsanweisung der Beklagten nur bis zum Ablauf des auf die Behandlung folgenden Abrechnungsquartals möglich.

Entscheidungsgründe

Die Klage zulässig, aber unbegründet. Der Bescheid der Beklagten vom 23.02.2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.06.2010 ist rechtmäßig und verletzt die Kläger nicht ihren Rechten.

Rechtsgrundlage für die hier erfolgte sachlich-rechnerische Berichtigung nach der erweiterten Plausibilitätsprüfung ist § 106 a Abs. 2 Satz 1, 1. Halbsatz des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Danach stellt die Kassenärztliche Vereinigung die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte fest, dazu gehört auch die arztbezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität. Ergibt sich nach der Prüfung und Berichtigung, dass zuviel Honorar gezahlt wurde, ist dies gem. § 50 Abs. 1 Satz 1 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X) zu erstatten.

Die Beklagte hat hier zutreffend nach der erfolgten Stichprobenprüfung von jeweils 10 Fällen im Quartal festgestellt, dass die von den Klägern abgerechneten Leistungen teilweise nicht den Anforderungen der Ziffer 03001 EBM in der bis zum 31.12.2007 geltenden Fassung entsprechen. Die Ziffer 03001 EBM regelt die Koordination der hausärztlichen Betreuung bei Patienten mit den im Rahmen der Ziffer näher benannten Indikationen. Die Ziffer wurde im streitgegenständlichen Zeitraum mit 835 Punkten vergütet und existierte ab dem 1. Quartal 2008 in dieser Form nicht mehr. Stattdessen waren hausärztliche Versicherungspauschalen eingeführt worden. Zum Leistungsinhalt der Ziffer 03001 EBM gehörte die kontinuierliche Betreuung, die Anleitung und Führung der Bezugs- und Betreuungspersonen sowie mindestens zwei Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall, einmal im Behandlungsfall.

Der Text des EBM weist daraufhin, dass die Berechnung der Leistung nach der Ziffer 03001 die Angabe der ICD-10-Klassifikation voraussetzt. Die Beanstandungen der Beklagten erfolgten vor allem vor dem Hintergrund, dass die Diagnosen "Niereninsuffizienz" und "Depression" für sich genommen nicht zur Abrechnung der Ziffer 03001 EBM 2000 plus berechtigen. Insbesondere bei der Niereninsuffizienz kommt noch hinzu, dass es sich um Patienten mit einer dauerhaften endogenen Kreatin-Clearance von unter 20 ml/min. handeln muss. Das war so nicht dokumentiert. Die sodann von den Klägern im Widerspruchsverfahren ergänzend vorgetragene Diagnosen vermögen eine Abrechnung der Ziffer 03001 EBM ebenfalls nicht in jedem Fall zu begründen.

Insbesondere teilt die Kammer nicht die Auffassung der Kläger, dass die Ziffer auch schon bei einer chronischen Depression sowie bei einer chronischen Niereninsuffizienz grundsätzlich abgerechnet werden kann. Nach dem Wortlaut der Ziffer kann die Koordination der hausärztlichen Betreuung sowie die damit einhergehende obligatorische Anleitung und Führung der Bezugs- und Betreuungspersonen bei chronischen Psychosen abgerechnet werden. Als Beispiele für mögliche Ausprägungen einer Psychose sind die Manie, die Depression und die Schizophrenie aufgeführt. Dies bedeutet jedoch nicht, dass jede Depression, oder auch nur jede chronische Depression eine chronische Psychose darstellt. Denn nicht jeder an einer chronischen Depression erkrankte Patient zeigt gleichzeitig auch psychotische Symptome. Dass hier insoweit zu differenzieren ist, zeigt die Aufteilung des ICD-10-Diagnoseschlüssels. Auf dessen korrekte Angabe kommt es für die Abrechnung der Ziffer nach dem Abrechnungshinweis im EBM maßgeblich an. Nach dem ICD-10-Diagnoseschlüssel wird in Kapitel F 33 unterschieden zwischen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (F 33.0), einer rezidivierenden depressiven Störungen, gegenwärtig mittelgradige Episode (F 33.1), einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F 33.2) und einer rezidivierenden depressive Störung gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (F 33.3). Die Unterscheidungen im Diagnoseschlüssel zeigen, dass eine chronische oder rezidivierende Depression für die Annahme einer chronischen Psychose nicht ausreichend ist. Es ist vielmehr zwischen Depressionen ohne psychotischen Symptome und solchen mit psychotischen Symptomen zu unterscheiden. Die Behandlung einer chronischen Depression allein reicht daher noch nicht aus, um die Ziffer 03001 abrechnen zu können.

Ähnliches gilt für die chronische Niereninsuffizienz. Insoweit fordert die Ziffer 03001 nicht nur eine chronische Niereninsuffizienz, sondern schränkt die Abrechenbarkeit auf Patienten mit einer dauerhaften endogenen Kreatinin-Clearance von unter 20 ml/min ein. Wenn der Kläger sodann darauf abstellt, dass die Ziffer generell bei einer chronischen Niereninsuffizienz abrechenbar sei, genügt dies gerade den Anforderungen nicht. Zunächst hatten die Kläger in diesem Zusammenhang auch als ICD-Code die Nr. N 18.9 (chronische Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet) angegeben. Der ICD-10 Diagnoseschlüssel zeigt jedoch gerade wiederum, dass auch zwischen chronischen Nierenkrankheiten unterschiedlicher Stadien unterschieden wird, so dass zumindest die Angabe eines Stadiums zu erwarten gewesen wäre. Der EBM schränkt den Kreis

der Patienten noch weiter ein, so dass auch die Angabe der Kreatinin-Clearance erforderlich ist, um die Ziffer 03001 EBM nachvollziehbar abrechnen zu können.

Die Kläger haben im Nachhinein häufig Depressionen angegeben, um die Abrechnung der Ziffer zu begründen. Bei den ursprünglich angegebenen Diagnosen nach dem ICD-10-Schlüssel befinden sich jedoch keine Hinweise auf depressive Erkrankungen. Erforderlich ist aber nicht nur, dass der betreffende Patient an einer chronischen Psychose (Manie, Depression, Schizophrenie) im Sinne der Ziffer 03001 EBM leidet, sondern auch, dass die Koordination der hausärztlichen Betreuung mit kontinuierlicher Betreuung, Einleitung und Führung der Bezugs- und Betreuungspersonen sowie mit mindestens 2 Arzt-Patienten-Kontakten im Behandlungsfall gerade im Hinblick auf diese Erkrankung oder einer anderen in der Ziffer 03001 EBM genannten Erkrankung erfolgte. Nicht ausreichend ist, dass der betreffende Patient an der genannten Erkrankung litt. Nicht ausreichend ist auch, dass eine Koordination der hausärztlichen Betreuung vor dem Hintergrund anderer Erkrankungen erfolgte, die nicht in der Ziffer genannt sind bzw. nicht die dort genannten, besonderen Voraussetzungen erfüllen. Insofern kann der Kläger nicht ohne weiteres und ohne besondere Begründung in den beanstandeten Fällen die Diagnosen ergänzen und nachreichen. Denn vorliegend geht es nicht um ein bloßes Vergessen oder Versehen bei der Angabe der Diagnosen. Die Ziffer 03001 EBM stellt detaillierte Anforderungen an die Abrechenbarkeit, welche ohne präzise Diagnose nicht überprüfbar ist. Insofern sind auch die Regelungen in der Abrechnungsanweisung der Beklagten heranzuziehen.

Die in den fraglichen Quartalen abgegebenen Anrechnungs-Sammelerklärungen waren auch grob fahrlässig, da die Kläger die Ziffer 03001 bei chronischen Depressionen und bei chronischen Niereninsuffizienzen trotz des weitergehenden einschränkenden Wortlauts der EBM-Ziffer abgerechnet haben. Die Kläger hätten sich mit der Leistungslage der Ziffer 03001 vertraut machen müssen, notfalls wäre eine Nachfrage bei der Beklagten erforderlich gewesen. Auf eine fehlende Beratung durch die Beklagte können sich die Kläger insoweit nicht berufen. Hinsichtlich der Abrechnung der chronischen Niereninsuffizienz nur bei Patienten mit einer dauerhaften endogenen Creatininclearance von unter 20 Milliliter / min. ist der Wortlaut der EBM-Ziffer eindeutig. Aber auch hinsichtlich des Erfordernisses einer chronischen Psychose drängt sich der Schluss auf, dass die Ziffer eben nicht bei jeder chronischen Depression abgerechnet

werden kann. Dieser Schluss liegt auch insbesondere vor dem Hintergrund des obligaten Leistungsinhaltes der Ziffer, ihrer Überschrift und der hohen Punktbewertung nahe.

Sind die in den fraglichen Quartalen abgegebenen Abrechnungs-Sammelerklärungen grob fahrlässig unrichtig, führt dies nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. dazu Urteil vom 17.09.1997, Az.: 6 R Ka 86/95) zur Rechtswidrigkeit der betreffenden Honorarbescheide insgesamt. Der Beklagten ist dadurch bei der Neuberechnung des Honorars ein Schätzungsermessen eröffnet. Wenn die Beklagte im Rahmen ihres Schätzungsermessens entscheidet, die fragliche Ziffer auf den Fachgruppendurchschnitt zu kürzen, ist dies grundsätzlich nicht zu beanstanden. Die Tatsache, dass die Kläger in den hier geprüften Stichprobenfällen die Ziffer 03001 nicht in allen Fällen falsch abrechneten, führt nicht dazu, dass die Beklagte den Rahmen ihres Schätzungsermessens bereits überschritten hat. Zu berücksichtigen war hier, dass die Kläger in den beanstandeten Fällen die Ziffer nicht versehentlich abrechneten, sondern aufgrund ihrer Auffassung, dass die Ziffer grundsätzlich bei chronischen Depressionen und bei einer chronischen Niereninsuffizienz abgerechnet werden kann. Die Tatsache, dass die Kläger einen palliativmedizinischen Schwerpunkt geltend machen, führt nicht dazu, dass das ausgeübte Schätzungsermessen der Beklagten durch die gerichtliche Entscheidung der Kammer abzuändern ist. Denn zu berücksichtigen ist hierbei, dass die Kürzung auf den Durchschnitt der Fachgruppe nach der erweiterten Plausibilitätsprüfung nicht wegen der Überschreitung von Tages- oder Quartalsprofilen erfolgte, sondern wegen der dargestellten Abrechnungsfehler. Die Kürzung auf den Fachgruppendurchschnitt war daher vor diesem Hintergrund und dem Hintergrund, dass offensichtlich ein grundsätzlich falsches Verständnis der Ziffer vorlag, gerechtfertigt.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197 a Abs. 1 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) i. V. m. § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Die Festsetzung des Streitwerts ergibt sich aus § 197 a Abs. 1 Satz 1 SGG i. V. m. §§ 52 Abs. 1, 2, 63 Abs. 2 Gerichtskostengesetz (GKG).

Rechtsmittelbelehrung

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb **eines Monats** nach Zustellung des Urteils bei dem Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Georg-Wilhelm-Str. 1, 29223 Celle, oder bei der Zweigstelle des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Monatsfrist bei dem Sozialgericht Hannover, Calenberger Esplanade 8, 30169 Hannover, schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss innerhalb der Monatsfrist bei einem der vorgenannten Gerichte eingehen. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Auf Antrag kann vom Sozialgericht durch Beschluss die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen werden, wenn der Gegner schriftlich zustimmt. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Hannover, Calenberger Esplanade 8, 30169 Hannover, schriftlich zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Ist das Urteil **im Ausland** zuzustellen, so gilt **anstelle** der obengenannten Monatsfrist eine Frist von **drei Monaten**.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigefügt war.

Der Berufungsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigefügt werden.