

S 12 KA 217/12 ER

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 217/12 ER

Datum

24.05.2012

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 36/12 B ER

Datum

15.08.2012

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Leitsätze

Ein Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung eines Widerspruchs gegen eine sachlich-rechnerische Berichtigung wegen Implausibilität aufgrund von Zeitprofilen kann nicht allein auf eine unzureichende Anhörung gestützt werden.

Werden die Tatsachengrundlagen, die der Honorarberichtigung zugrunde liegen, nicht bestritten, so kann das Gericht im einstweiligen Anordnungsverfahren von deren Richtigkeit ausgehen.

Eine Honorarrückforderung von über 1,5 Mio. € gegenüber einer Gemeinschaftspraxis und einem ihrer zwei Mitglieder begründet für sich bei Jahreshonorarumsätzen von über 1 Mio. € und der Weiterzahlung monatlicher Abschlagszahlungen von 30.000 € keinen Anordnungsgrund, wenn zudem die KV Verhandlungen über ratenweise Zahlungen angeboten hat.

Bemerkung

verb. m. [S 12 KA 218/12 ER](#) u. 219/12 ER

1. Die Anträge auf Erlass einer einstweiligen Anordnung vom 14.05.2012 werden abgelehnt.

2. Die Antragsstellerin hat für das Verfahren zu Az.: [S 12 KA 217/12 ER](#), der Antragssteller hat für die Verfahren zu Az.: [S 12 KA 218/12 ER](#) und zu Az.: [S 12 KA 219/12 ER](#) die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

3. Der Streitwert wird für das Verfahren zu Az.: [S 12 KA 217/12 ER](#) auf 197.488,38 EUR, für das Verfahren zu Az.: [S 12 KA 218/12 ER](#) auf 162.758,91 EUR und für das Verfahren zu Az.: [S 12 KA 219/12 ER](#) auf 25.396,14 EUR festgesetzt.

Gründe:

I.

Die Beteiligten streiten in einem einstweiligen Anordnungsverfahren um die aufschiebende Wirkung eines Widerspruchs gegen eine sachlich-rechnerische Honorarberichtigung wegen implausibler Honorarabrechnungen.

Die Antragstellerin im Verfahren zum Az.: [S 12 KA 217/12 ER](#) ist eine Gemeinschaftspraxis mit Praxissitz in A-Stadt. Sie besteht seit 01.09.2008 aus dem Facharzt für Allgemeinmedizin Herrn AB, zugleich Antragsteller in den Verfahren zum Az.: [S 12 KA 218/12 ER](#) und zum Az.: [S 12 KA 219/12 ER](#), und dem Facharzt für Innere Medizin Herrn AC, der im hausärztlichen Versorgungsbereich tätig ist. Herr AB ist seit 01.04.2004 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und übte seine ärztliche Tätigkeit zunächst in Einzelpraxis aus. Bereits zuvor war er seit 11.01.1999 als Arzt im ärztlichen Bereitschaftsdienst der Antragsgegnerin tätig. Herr AC war ebf. seit 20.04.2005 als Arzt im ärztlichen Bereitschaftsdienst der Antragsgegnerin tätig, bevor er zum 01.09.2008 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen wurde. Beide Ärzte, insb. Herr AB, waren auch nach ihrer Zulassung in anderen Notdienstbezirken der Antragsgegnerin außerhalb ihres Praxissitzes tätig.

Die Antragsgegnerin hörte unter Datum vom 11.04.2012 die Antragstellerin und Herrn AB wegen einer Plausibilitätsprüfung für die Quartale IV/08 bis IV/10 bzw. I bis III/08 an.

Mit drei Bescheiden vom 03.05.2012 nahm die Antragsgegnerin nach einem Beschluss ihres Plausibilitätsausschusses Nord vom 23.04.2012 aufgrund einer zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung Honorarberichtigungen gegenüber der Antragstellerin bzw. dem Antragsteller Herrn AB vor. Hiergegen legten die Antragstellerin und Herr AB jeweils Widerspruch mit Datum vom 10.05.2012 ein.

Mit dem ersten Bescheid vom 03.05.2012 setzte die Antragsgegnerin gegenüber der Antragstellerin für die Quartale IV/08 bis IV/10 eine Honorarberichtigung in Höhe von insgesamt 789.953,54 EUR vor. Hiergegen hat die Antragstellerin am 14.05.2012 den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zum Az.: [S 12 KA 217/12 ER](#) beantragt.

Mit dem zweiten Bescheid vom 03.05.2012 setzte die Antragsgegnerin gegenüber Herrn AB für die Quartale IV/08 bis IV/10 bzgl. dessen Tätigkeit in sieben ärztlichen Bereitschaftsdienstzentralen unter acht Betriebsstättennummern eine Honorarberichtigung in Höhe von insgesamt 651.035,66 EUR vor. Hiergegen hat Herrn AB als Antragsteller am 14.05.2012 den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zum Az.: [S 12 KA 218/12 ER](#) beantragt.

Mit dem dritten Bescheid vom 03.05.2012 setzte die Antragsgegnerin gegenüber Herrn AB für die Quartale I bis III/08 bzgl. dessen Tätigkeit in Einzelpraxis eine Honorarberichtigung in Höhe von insgesamt 101.584,57 EUR vor. Hiergegen hat Herrn AB als Antragsteller am 14.05.2012 den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zum Az.: [S 12 KA 219/12 ER](#) beantragt.

Die Antragsgegnerin verwies im ersten Bescheid zur Begründung auf Tages- und Quartalsprofile, aufgrund derer die Abrechnung auffällig sei. Der Anhang 3 zum EBM lege die Prüfzeiten fest. Betrage die auf der Grundlage der Prüfzeiten ermittelte arbeitstägliche Zeit bei Tageszeitprofilen an mindestens 3 Tagen im Quartal mehr als 12 Stunden oder im Quartalszeitprofil mehr als 780 Stunden, erfolgten weitere Überprüfungen. Diese hätten zum Ziel, mit Hilfe ergänzender Tatsachen Feststellungen und Bewertungen festzustellen, ob gegen die rechtliche Ordnungsmäßigkeit verstoßen worden sei oder nicht. Die Berechnungsergebnisse hätten folgende Zeitwerte ergeben:

Tagesprofil Maximale Quartalsprofil

Anzahl Tage davon Arbeitszeit Zeitsumme Überschreitung

Quartal) 12 Std.) 16. Std. pro Tag im Quartal Std.: Min. Std.: Min

IV/08 0 0 6:55 1.675:49 115:49

I/09 0 0 11:01 2.303:33 743:33

II/09 0 0 10:48 2.330:04 770:04

III/09 0 0 10:02 2.325:55 765:55

IV/09 1 0 12:38 2.791:00 1.231:00

I/10 1 0 12:18 2.998:00 1.438:00

II/10 36 11 21:08 3.109:41 1.549:41

III/10 17 5 19:09 3.193:27 1.633:27

IV/10 5 0 13:28 3.173:14 1.613:14

Die für zwei Mitglieder einer Praxis geltende Quartalsprofilgrenze von 1.560 Stunden werde in allen Quartalen deutlich überschritten. Die Spitzenzeit von 21:08 Stunden im Quartal II/10 gelte nur für die Arbeitszeit von Herrn AB. An diesem Tag, an dem Herr AB nachweislich der abgerechneten Versichertenpauschalen 30 Patienten behandelt habe, sei die psychosomatische Grundversorgung nach den Leistungspositionen 35100 EBM 43x in Ansatz gebracht worden. Hieraus errechne sich eine reine Gesprächszeit von 12:48 Stunden. Hinzu kämen weitere Leistungen aus dem Kapitel 01, hier insbesondere die Prävention sowie Leistungen aus den Kapiteln 03, 30 und 33, so dass sich an diesem Tag ein Tagesprofil von 21:08 Stunden bezogen auf Herrn AB ergeben habe. Die Abrechnungen der Psychosomatik nach Leistungspositionen 35100 EBM und 35110 EBM würden laut der Frequenzstatistik trotz des hohen Patientenaufkommens weit über dem Fachgruppendurchschnitt erbracht werden. So werde die Nr. 35100 EBM (Differenzialdiagnostische Klärung psychosomatischer Erkrankungen) 574x in Ansatz gebracht, woraus sich eine Überschreitung von 148,42% gemessen am Fachgruppendurchschnitt errechne. Die verbale Intervention nach Nr. 35110 EBM werde 1.570x zur Abrechnung gebracht, woraus sich eine prozentuale Abweichung von 307,59% vom Fachgruppendurchschnitt ergebe. Gesprächsleistungen in einer Größenordnung von fast 13 Stunden pro Tag seien nicht plausibel erklärbar. Danach hätte Herr AB die Patienten von z. B. 7:00 Uhr morgens ununterbrochen (d. h. ohne Zeitpausen, für die Behandlung von Privatpatienten, für die Anweisung und Überwachung von Praxispersonal, für den Wechsel zwischen den Behandlungsräumen etc.) bis um 20:00 Uhr differenzialdiagnostische, psychosomatische Krankheitszustände geklärt bzw. therapiert. Zusammen mit den übrigen Leistungen hätte dieser Behandlungstag erst in den frühen Morgenstunden des darauffolgenden Tages geendet. Ähnlich verhalte es sich an den anderen auffälligen Tagen. Beispielhaft seien hier der 17.05.2010, 31.05.2010 und der 27.09.2010 aufgeführt. Im Quartalsprofil lägen die Überschreitungen im Prüfzeitraum zwischen 115:49 Stunden und 1.633:27 Stunden. In nahezu allen Quartalen seien nachweislich der Frequenzstatistiken zum Teil erhebliche Abweichungen einzelner Gebührenordnungspositionen zum Fachgruppendurchschnitt festzustellen. So werde beispielsweise die unvorhergesehene Inanspruchnahme (Nr. 01101) im Quartal II/10 446,67% über dem Fachgruppendurchschnitt abgerechnet. Der dringende Besuch nach Nr. 01411 liege 1.956,76% über dem Fachgruppendurchschnitt, der Verwaltungskomplex (Nr. 01430) 353,85%, die Hautkrebsvorsorge bei der Frau (Nr. 01745) 242,2%, Glukose (Nr. 32057) 3.900,00%, die Sonographie des Abdomens 925,00% sowie die bereits oben erwähnte Psychosomatische Grundversorgung mit 307,59% bzw. 148,42%. Die vergleichsweise sehr junge Klientel (Rentneranteil ca. 10%/Fachgruppe ca. 35%) und die damit regelhaft geringere Morbidität lasse erhebliche Zweifel an einer Notwendigkeit eines derartigen Behandlungsaufwandes an der tatsächlichen Leistungserbringung entstehen. Dies korrespondiere mit der Tatsache, dass entgegen der Vielzahl an angeführten Diagnosen der Anteil der angesetzten Zuschlagsziffer für chronische Erkrankungen (Nr. 03212 EBM) sehr gering sei. Des Weiteren sei es nicht nachvollziehbar, dass trotz der extrem hohen Anzahl an ärztlichem Bereitschaftsdiensten (ÄBD-Diensten) in den verschiedenen Zentralen mit bis zu 1/3 an identischen Patienten und einer weiteren hohen Anzahl von abgerechneten dringenden Besuchsleistungen in der Berufsausübungsgemeinschaft eine derartige Vielzahl an dringenden Besuchen zur sog. Nachtzeit (19:00 Uhr bis 22:00 Uhr) abgerechnet werde. Hierbei komme die Hauptbesuchsziffer Nr. 01411 zum Ansatz, die, wie bereits erwähnt, statistisch sehr auffällig sei. Der in der Tabelle errechnete Zeitaufwand im Tages- und Quartalsprofil erhöhe sich um 200 Stunden an notwendigen Behandlungszeiten im Durchschnitt für die in exorbitantem Umfang abgerechneten dringenden Besuchsleistungen. Die Überprüfung der von Herrn AB neben der Regelversorgung in den drei ÄBD-Zentralen erbrachten Dienste habe bislang keine erkennbaren Auffälligkeiten ergeben. Herr AB sei ab dem 4. Quartal 2008 regelmäßig an ca. 7 ÄBD-Zentralen tätig gewesen, wobei der Schwerpunkt seiner Notdiensttätigkeit in der ÄBD-Zentrale A-Stadt ausgeübt worden sei. In dieser Zentrale seien von ihm 950 bis 2.466 Patienten pro Quartal neben seiner eigentlichen Tätigkeit in der Berufsausübungsgemeinschaft abgerechnet worden. Insgesamt habe Herr AB in allen ÄBD-Zentralen zwischen 2.188 bis 3.300 Patienten mit einer zusätzlichen Behandlungsbedürftigkeit neben der "Regelversorgung" abgerechnet. Hieraus errechneten sich weitere Behandlungszeiten zu Lasten von Herrn AB zwischen 563 und 825 Stunden Arbeitszeit im Quartal, wobei eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 15 Minuten unterstellt werde. Im Quartal II/09 seien von Herrn AB 60 Dienste, im Quartal II/10 38 Dienste und im

Quartal IV/10 41 Dienste neben der hauptberuflichen Tätigkeit in der Regelversorgung in den NFD-Zentralen erbracht worden. Wenn Herr AB ca. die Hälfte bis 2/3 des Quartals ärztlichen Bereitschaftsdienst absolviert habe, stelle sich die Frage, wie es dann zu einer derart überdurchschnittlich hohen Patientenhäufigkeit in der Regelversorgung innerhalb der Berufsausübungsgemeinschaft und umgekehrt kommen könne. So seien am 31.05.2010 eine Tagesprofilzeit von 20:36 Stunden für Herrn AB in der Berufsausübungsgemeinschaft ausgewiesen worden. An diesem Tag habe er weitere 54 Patienten in der ÄBD-Zentrale A-Stadt behandelt, was bei einer Behandlungszeit von 15 Minuten eine weitere Behandlungszeit von 13:30 Stunden bedeute. Am 31.05.2010 habe er damit 34:06 Stunden zur Abrechnung gebracht. Ähnlich verhalte es sich beispielhaft am 21.06.2010. Insbesondere der Vergleich mit der ÄBD-Abrechnung A Stadt zeige eine klärungsbedürftige Patientenübereinstimmung von bis zu 1/3 (1.200 Fälle) der Patienten. Solche Überschneidungen seien grundsätzlich nichts Ungewöhnliches und fänden sich in einer Größenordnung von weniger als 10%. Es fänden sich bei Herrn AB viele Fälle, in denen die Versichertenkarte für beide Versorgungsbereiche am gleichen Tag eingelezen worden sei, jedoch Leistungen erst später in der Berufsausübungsgemeinschaft erbracht worden seien. Beispielhaft werden verschiedene Versichertenamen für verschiedene Quartale genannt. Ebenso hätten sich Behandlungsfälle gefunden, in denen die Krankenversicherungskarte in beiden Versorgungsbereichen an unterschiedlichen Tagen eingelezen worden seien, die Behandlung in der ÄBD-Zentrale aber erst wesentlich später stattgefunden habe. Das in einer nicht unerheblichen Anzahl von Fällen die Krankenversicherungskarte vor dem eigentlichen (akut notwendigen) Behandlungstag eingelezen worden sei, sei nicht plausibel erklärbar. Solange der Patient die Praxis nicht zur Behandlung aufsuche, dürften die Daten der Krankenversicherungskarte nicht vorab eingelezen und gespeichert werden. Aufgefallen sei ferner, dass in einer extrem hohen Vielzahl von Fällen sowohl in der ÄBD-Abrechnung als auch in der BAG-Abrechnung Leistungen am gleichen Tag zur Abrechnung gebracht worden seien. Die Notwendigkeit sei anhand der dokumentierten Diagnosen fraglich. Des Weiteren seien in den Notdienstzentralen A-Stadt und C-Stadt laut "Angaben der Quartalerklärungen" am 29. und 30.09.2010, am 02., 03. und 04.10.2010 sowie 12. und 13.10.2010 von Herrn AB gleichzeitig Notdienst durchgeführt worden. Im Quartal IV/10 sei aufgefallen, dass die Besuche nach Nr. 01411 EBM in Verbindung mit den Wegepauschalen bei Nacht zwischen 20:00 und 08:00 Uhr auch an den Tagen abgerechnet worden seien, an denen Herr AB laut "Angaben der Quartalerklärung" zu dieser Zeit Dienst in dieser ÄBD-Zentrale gehabt habe. Der Dienst in dieser Zentrale habe um 13:00 Uhr begonnen und um 08.00 Uhr des nächsten Tages geendet. Herr AB könne diese Besuche somit nicht persönlich erbracht haben. Ebenso sei festgestellt worden, dass in der ÄBD-Zentrale 4076010 keine Seltenheit sei, wenn es bei zwei oder mehreren Familienmitgliedern an einem oder auch an mehreren Tagen im Quartal zur Abrechnung von Leistungen unter Angabe unterschiedlicher Diagnosen am gleichen Datum gekommen sei. Frau X. habe mit Schreiben ihrer Rechtsanwältin vom 08.03.2011 mitgeteilt, Herr AB habe im Rahmen eines Rechtsstreits gegenüber der Landesärztekammer Hessen behauptet, er habe sie an bestimmten Tagen behandelt, was unzutreffend sei. Gleiches gelte für eine Behandlung von Herrn AC. Eine Überprüfung habe ergeben, dass Abrechnungen für diese Versicherte erfolgt seien. Die genehmigten ärztlichen Assistenten seien von Amts wegen nicht entlastend zu berücksichtigen. Herr AC verfüge über keine Weiterbildungs genehmigung. Während der Abwesenheit von Herrn AB, könne eine Delegation an Ärzte in der Ausbildung nicht erfolgen. Die von der Antragstellerin abgegebenen Abrechnungs-Sammelerklärungen seien somit unrichtig und hätten die Rechtswidrigkeit der auf ihr beruhenden Honorarbescheide zur Folge. Die Honorarkürzung werde anhand einer sog. Überschreitungsquote ermittelt. Diese errechne sich aus dem prozentualen Verhältnis der als implausibel festgestellten Überschreitungszeiten zur Gesamtzeit im Quartal auf der Grundlage der Prüfzeiten nach Anlage 3 zum EBM 2005. Die so ermittelte Überschreitungsquote sei dem quotierten Gesamthonorar gegenüber zu stellen und ergebe den Kürzungsbetrag.

Mit weitgehend gleichlautenden Ausführungen begründete die Antragsgegnerin ihre beiden weiteren Bescheide. Ergänzend legte sie im zweiten Bescheid quartalsbezogen dar, wie viel Patienten sowohl in der Berufsausübungsgemeinschaft als auch im ärztlichen Bereitschaftsdienst A-Stadt zur Abrechnung gebracht worden seien. Ferner führte sie aus, in einer Vielzahl von Fällen seien bei dem gleichen Patienten die Praxisgebühr in der ÄBD-Abrechnung als "Quittung über Zuzahlung im Notdiensttag" gekennzeichnet worden, während die in der Abrechnung der Berufsausübungsgemeinschaft angeblich eine Befreiung von der Zuzahlung nachgewiesen worden sei. Das sei ein Widerspruch in sich, da eine Befreiung von allen Zuzahlungen von den Patienten auch im Notdienst geltend gemacht würde. Ferner ergänzte sie durch Nennung einzelner Versichertenamen die Ausführungen zur Behandlung von zwei oder mehreren Familienmitgliedern. Zur Berechnung des Berichtigungsbetrages führte sie aus, sie quantifiziere den notwendigen Korrekturumfang im ärztlichen Bereitschaftsdienst unter Hinweis auf die inhaltlichen Feststellungen im Wege der Schätzung auf 2/3 des unter Prüfungsvorbehalt ausgezahlten Gesamthonoranspruchs vor Abzug von Verwaltungskosten und sonstigen Abzügen sowie Umlagen gemäß Honorarbescheid.

Die Antragsgegnerin verwies im dritten Bescheid ferner auf folgende Berechnungsergebnisse:

Tagesprofil Maximale Quartalsprofil
 Anzahl Tage davon Arbeitszeit Zeitsumme Überschreitung
 Quartal) 12 Std.) 16. Std. pro Tag im Quartal Std.: Min. Std.: Min
 I/08 0 0 6:23 1.142:09 362:09
 II/08 0 0 5:23 1.191:44 411:44
 III/08 0 0 3:40 909:58 389:58

Im Quartalsprofil lägen die Überschreitungen im Prüfzeitraum zwischen 362:09 Stunden und 411:44 Stunden. In nahezu allen Quartalen zeigten die Frequenzstatistiken zum Teil erhebliche Abweichungen einzelner Gebührenordnungspositionen zum Fachgruppenn Durchschnitt. So werde beispielsweise die unvorhergesehene Inanspruchnahme (Nr. 01101) im Quartal I/08 1.552,82% über dem Fachgruppenn Durchschnitt abgerechnet. Der dringende Besuch nach Nr. 01411 liege 1.683,51% über dem Fachgruppenn Durchschnitt. Herr AB habe zudem zwischen 2.169 und 2.524 Patienten in den ärztlichen Bereitschaftsdienstzentralen abgerechnet. Dennoch habe er eine Vielzahl an dringenden Besuchen zur Nachtzeit abgerechnet. Es seien weitere Behandlungszeiten zwischen 542 und 631 Stunden im Quartal zu errechnen. Die Honorarberichtigung habe er anhand der Überschreitungsquote ermittelt. Diese habe er aus dem prozentualen Verhältnis der als implausibel festgestellten Überschreitungszeiten zur Gesamtzeit im Quartal auf der Grundlage der Prüfzeiten nach Anlage 3 zu EBM 2005 errechnet. Hieraus folge der Kürzungsbetrag.

Zur Begründung zum Erlass einer einstweiligen Anordnung tragen die Antragstellerin bzw. der Antragssteller vor, die Entscheidung sei bereits mit Beschluss vom 23.04.2012, also mithin 11 Tage nach Zugang der Mitteilung über die Verfahrenseröffnung, durch den Plausibilitätsausschuss NORD der Antragsgegnerin gefallen. Eine Stellungnahme zu den Rechnungsergebnissen habe nicht mehr eingereicht werden können. Auf ein Akteneinsichtsgesuch habe der Plausibilitätsausschuss nicht reagiert. Die Antragsgegnerin habe bereits Restzahlungen auf den Honoraranspruch einbehalten. Die Bescheide seien rechtswidrig, weil sie unter Verletzung des Grundsatzes auf

rechtliches Gehör erlassen worden seien. Es sei zunächst eine Frist zur Stellungnahme von zwei Wochen eingeräumt worden. Bereits nach der Verfahrensordnung müsse aber eine Frist von einem Monat gewährt werden. Aber selbst die Zwei-Wochenfrist habe der Plausibilitätsausschuss nicht eingehalten. Die Bescheide seien daher offensichtlich rechtswidrig. Von daher seien besonders niedrige Anforderungen an die Darlegung des Aussetzungsinteresses zu stellen. Die ausgesprochenen Rückforderungsbeträge würden sie vernichten. Weitere Ausführungen zum Anordnungsanspruch könnten sie zum jetzigen Zeitpunkt nicht machen, da sie bisher keine Möglichkeit gehabt hätten, Akteneinsicht zu nehmen. Es könne von ihnen nicht verlangt werden, bereits zum jetzigen Zeitpunkt weitere detaillierte Ausführungen zu den in den Bescheiden erhobenen Vorwürfen zu machen, wenn ihnen noch nicht einmal alle Tatsachengrundlagen bekannt seien. Ihnen sei es noch nicht einmal möglich gewesen, nachzuprüfen, ob die Rechnungsergebnisse in den angegriffenen Bescheiden nachvollziehbar und korrekt berechnet worden seien.

Die Antragstellerin und der Antragsteller beantragen,
die aufschiebende Wirkung ihrer Widersprüche vom 10.05.2012 gegen die Bescheide vom 03.05.2012 anzuordnen.

Die Antragsgegnerin beantragt,
die Anträge auf Erlass einer einstweiligen Anordnung abzuweisen.

Sie teilt mit, dass bisher 220.044,34 EUR einbehalten worden seien. Seit Januar 2011 betrage die monatliche Abschlagszahlung an die Antragstellerin 30.000,00 EUR. Im Quartal I/11 sei eine Restzahlung in Höhe von 109.683,72 EUR, im Quartal II/11 von 103.315,35 EUR, im Quartal III/11 von 178.988,99 EUR geleistet worden. Die Restzahlung im Quartal IV/11 sei einbehalten worden und sei in dem bereits genannten Einbehaltungsbetrag enthalten. Das Honorar der Praxis (bis 31.08.2008 Einzelpraxis) stelle sich wie folgt dar:

Quartal Bruttohonorar
I/08 99.992,38 EUR
II/08 115.018,34 EUR
III/08 105.665,11 EUR
IV/08 162.828,79 EUR
I/09 206.344,68 EUR
II/09 207.713,70 EUR
III/09 204.776,09 EUR
IV/09 244.462,80 EUR
I/10 258.427,94 EUR
II/10 234.175,01 EUR
III/10 205.753,84 EUR
IV/10 240.565,68 EUR
I/11 230.800,05 EUR
II/11 218.985,73 EUR
III/11 226.828,15 EUR
IV/11 219.230,12 EUR

Hinzu kämen einzelne Gutschriften aufgrund von Honorarkorrekturen, so im Quartal III/11 in Höhe von 82.608,10 EUR brutto und im Quartal IV/11 in Höhe von 37.663,26 EUR. Zusätzlich habe der Antragsteller AB im ärztlichen Bereitschaftsdienst seit dem Quartal IV/08 folgende Nettohonorare erwirtschaftet:

Quartal Nettohonorar
IV/08 88.771,89 EUR
I/09 56.846,31 EUR
II/09 72.204,37 EUR
III/09 68.521,66 EUR
IV/09 70.984,76 EUR
I/10 68.464,47 EUR
II/10 59.880,25 EUR
III/10 49.148,06 EUR
IV/10 57.654,98 EUR
I/11 41.454,90 EUR
II/11 52.148,71 EUR
III/11 28.738,32 EUR
IV/11 43.967,01 EUR

Nicht enthalten seien in diesen ÄBD-Honoraren die Festbeträge, die dem Antragsteller AB von einem Teil der ÄBD-Zentralen zusätzlich zu den aufgeführten Honoraren gezahlt worden seien. Einen Antrag auf ratenweise Rückzahlung könnten die Antragsteller jederzeit bei ihr stellen. Die zuständige Fachabteilung werde daraufhin entscheiden, ob und ggf. in welcher Höhe Ratenzahlungen in Betracht kämen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der Verfahrensakten verwiesen.

II.

Die Anträge auf Erlass einer einstweiligen Anordnung sind zulässig.

Das Gericht der Hauptsache kann auf Antrag in den Fällen, in denen Widerspruch oder Anfechtungsklage keine aufschiebende Wirkung haben, die aufschiebende Wirkung ganz oder teilweise anordnen. Ist der Verwaltungsakt im Zeitpunkt der Entscheidung schon vollzogen oder befolgt worden, kann das Gericht die Aufhebung der Vollziehung anordnen. Die Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung oder

die Anordnung der sofortigen Vollziehung kann mit Auflagen versehen oder befristet werden (§ 86b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, Satz 2 und 3 Sozialgerichtsgesetz - SGG -). Der Antrag ist schon vor Klageerhebung zulässig (§ 86b Abs. 3 SGG).

Widerspruch und Klage gegen die Honorarfestsetzung sowie ihre Änderung oder Aufhebung haben keine aufschiebende Wirkung (§ 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V). Von dieser Norm werden auch Klagen gegen Bescheide erfasst, mit denen, wie im vorliegenden Fall, Honorarbescheide nachträglich geändert und bereits ausbezahlte Honorare zurückgefordert oder verrechnet werden (vgl. LSG Hessen, Beschl. v. 10.11.2009 [L 4 KA 70/09 B ER](#) - juris Rdnr. 33; LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 14.03.2008 [L 7 B 10/08 KA ER](#) - juris Rdnr. 2). Bei den Rückforderungsbescheiden vom 03.05.2012 handelt es sich um eine sachlich-rechnerische Richtigstellung, der die Honorarfestsetzung betrifft (vgl. SG Marburg, Urt. v. 10.02.2010 - [S 12 KA 639/09](#) - juris Rdnr. 11, Berufung zurückgewiesen durch LSG Hessen, Urt. v. 13.07.2011 - [L 4 KA 14/10](#) -; SG Marburg, Beschl. v. 10.03.2011 - [S 12 KA 26/11 ER](#) -, Beschwerde zurückgewiesen durch LSG Hessen, Beschl. v. 02.08.2011 - [L 4 KA 29/11 B ER](#) -).

Bei der Entscheidung, ob die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs oder der Klage anzuordnen ist, sind in einem ersten Prüfungsschritt die Erfolgsaussichten der Klage einer summarischen Prüfung zu unterziehen. Je größer die Erfolgsaussichten der Klage sind, umso geringere Anforderungen sind an das Aussetzungsinteresse zu stellen. Je geringer umgekehrt die Erfolgsaussichten der Klage zu bewerten sind, umso schwerwiegender muss das Interesse des Adressaten des Verwaltungsakts an der aufschiebenden Wirkung sein, um eine Aussetzung rechtfertigen zu können. Offensichtlich rechtmäßige Verwaltungsakte können in der Regel sofort vollzogen werden, während an der Vollziehung offensichtlich rechtswidriger Verwaltungsakte grundsätzlich kein legitimes Interesse besteht. Kann eine endgültige Prognose bezüglich der Erfolgsaussichten (noch) nicht gestellt werden, müssen die für und wieder die sofortige Vollziehung sprechenden Interessen gegeneinander abgewogen werden (vgl. LSG Bayern, Beschl. v. 30.07.2009 - [L 12 B 1074/08 KA ER](#) - juris Rdnr. 16). Zu berücksichtigen sind außerdem sondergesetzlich geregelte Prüfungsmaßstäbe, wie z. B. das Erfordernis ernstlicher Zweifel an der Rechtmäßigkeit des angefochtenen Bescheids bei der Anforderungen von Beiträgen und sonstigen öffentlichen Abgaben (§ 86a Abs. 3 Satz 2, Abs. 2 Nr. 1 SGG) oder gesetzliche Wertungen, die dem öffentlichen Vollziehungsinteresse im Einzelfall generell den Vorrang einräumen. Letzteres ist vor allem dann anzunehmen, wenn Widerspruch und Anfechtungsklage (schon) kraft Gesetzes keine aufschiebende Wirkung haben, der Aufschub der Vollziehung also entgegen § 86a Abs. 1 SGG nicht den Regel-, sondern den Ausnahmefall darstellt. Schließlich muss das Gericht immer bedenken, welche nachteiligen Folgen dem Antragsteller aus der sofortigen Vollziehung des Verwaltungsakts, vor allem für seine grundrechtlich geschützten Rechtspositionen erwachsen und ob bzw. wie diese ggf. rückgängig gemacht werden können. Eingriffe in das Grundrecht der Berufsfreiheit (Art 12 Abs. 2 GG) im besonderen sind vor Rechtskraft der Entscheidung im Hauptsacheverfahren als Präventivmaßnahme nur unter strengen Voraussetzungen zur Abwehr konkreter Gefahren für wichtige Gemeinschaftsgüter und unter strikter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit zulässig; die hohe Wahrscheinlichkeit, dass das Hauptsacheverfahren zum Nachteil des Betroffenen ausgehen wird, reicht nicht aus. Außerdem darf der Rechtsschutzanspruch (Art. 19 Abs. 4 GG) gegenüber dem öffentlichen Interesse am Sofortvollzug einer Maßnahme umso weniger zurückstehen, je schwerwiegender die auferlegte Belastung ist und je mehr die Maßnahmen der Verwaltung Unabänderliches bewirken (vgl. LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 11.01.2011 - [L 5 KA 3990/10 ER-B](#) - juris Rdnr. 58; LSG Hessen, Beschl. v. 10.11.2009 - [L 4 KA 70/09 B ER](#) - juris Rdnr. 35; LSG Hessen, Beschl. v. 02.08.2011 - [L 4 KA 29/11 B ER](#) -, Umdruck S. 8 f.; LSG Sachsen-Anhalt, Beschl. v. 19.01.2011 - [L 5 AS 452/10 B ER](#) - juris Rdnr. 38; BVerfG, Kammerbeschl. v. 15.04.2010 - [1 BvR 722/10](#) - juris Rdnr. 20).

Insbesondere dann, wenn die Prüfung der Rechtmäßigkeit eines belastenden Verwaltungsaktes in einem vorläufigen Rechtsschutzverfahren besonders schwierig oder ohne weitere Ermittlungen nicht möglich ist, weil sie von der Klärung komplizierter Rechtsprobleme, etwa von einer Entscheidung über die Verfassungsmäßigkeit einer Rechtsnorm abhängt, die Entscheidung nur auf der Grundlage einer weiteren Sachaufklärung möglich ist, insbesondere die Anhörung der Beteiligten, von Zeugen oder die Beiziehung von Akten oder weiterer Unterlagen erfordert oder der Erörterung des Falles in der mündlichen Verhandlung unter Beteiligung der sachkundigen ehrenamtlichen ärztlichen Beisitzer bedarf, können die Sozialgerichte auf die summarische Prüfung der Rechtmäßigkeit des angefochtenen Verwaltungsaktes verzichten. In einem solchen Fall ist der Erfolg eines Widerspruchs oder einer Klage regelmäßig ebenso wahrscheinlich wie ihr Misserfolg, so dass es für ein Obsiegen in einem Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes darauf ankommt, ob Widerspruch und Klage nach der Entscheidung des Gesetzgebers kraft Gesetzes aufschiebende Wirkung zukommen soll oder nicht. Ist die aufschiebende Wirkung kraft Gesetzes ausgeschlossen, kann ein Antrag auf Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes in Anlehnung an § 86a Abs. 3 Satz 2 SGB V nur dann Erfolg haben, wenn die Vollziehung für den Antragsteller eine unbillige, nicht durch überwiegende öffentliche Interessen gebotene Härte zur Folge hätte (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 14.03.2008 [L 7 B 10/08 KA ER](#) - juris Rdnr. 2; LSG Hessen, Beschl. v. 10.11.2009 - [L 4 KA 70/09 B ER](#) - juris Rdnr. 35).

Von einer offensichtlichen Rechtswidrigkeit der Rückforderungsbescheide kann nach Aktenlage nicht ausgegangen werden.

Die Beklagte war grundsätzlich zuständig für die sachlich-rechnerische Berichtigung.

Nach § 75 Abs. 1 SGB V haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die vertragsärztliche Versorgung sicher zu stellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Nach § 75 Abs. 2 Satz 2 1. Halbsatz haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen. Zu den Pflichten der Vertragsärzte gehört unter anderem auch eine ordnungsgemäße Abrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen. Die Kassenärztliche Vereinigung stellt die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte fest; dazu gehört auch die Arzt bezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten (§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V). Es obliegt deshalb nach § 45 des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 34 des Ersatzkassenvertrages-Ärzte (EKV-Ä) der Beklagten, die vom Vertragsarzt eingereichten Honoraranforderungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und ggf. zu berichtigen.

Die angefochtenen Bescheide sind, ausgehend von den von den Antragstellern nicht angegriffenen Tatsachengrundlagen der Antragsgegnerin, im Rahmen einer hier gebotenen summarischen Prüfung, materiell rechtmäßig.

Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Abrechnung erstreckt sich auf die Frage, ob die abgerechneten Leistungen ordnungsgemäß – somit ohne Verstoß gegen gesetzliche oder vertragliche Bestimmungen mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebotes – erbracht worden sind. Solche Verstöße können z. B. darin liegen, dass die Leistungen überhaupt nicht, nicht in vollem Umfang, ohne die zur

Leistungserbringung erforderliche spezielle Genehmigung oder unter Überschreitung des Fachgebietes erbracht worden sind (vgl. BSG, Urt. v. 01.07.1998 - [B 6 KA 48/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 75 Nr. 10](#) = Breith 1999, 659 = USK 98163, zitiert nach juris, Rdnr. 15 m.w.N.). Zur Feststellung, ob abgerechnete Leistungen vollständig erbracht worden sind, ist es zulässig, Tages- oder Quartalsprofile zu verwenden (vgl. BSG, Urt. v. 24.11.1993 [6 RKA 70/91](#) - [SozR 3-2500 § 95 Nr. 4](#) = [BSGE 73, 234](#) = [MedR 1994, 206](#) = [NJW 1995, 1636](#) = USK 93141, juris Rdnr. 24 ff.; BSG, Urt. v. 08.03.2000 - [B 6 KA 16/99 R](#) - [SozR 3-2500 § 83 Nr. 1](#) = [BSGE 86, 30](#) = [NZS 2001, 213](#) = USK 2000-111, juris Rdnr. 48).

Tages- oder Quartalsprofile sind ein geeignetes Beweismittel, um einem Arzt unkorrekte Abrechnungen nachweisen zu können. Die Beweisführung mit Tagesprofilen ist dem Indizienbeweis zuzuordnen. Für ihre Erstellung sind bestimmte Anforderungen erforderlich. Für die Ermittlung der Gesamtbehandlungszeit des Arztes an einem Tag dürfen nur solche Leistungen in die Untersuchung einbezogen werden, die ein Tätigwerden des Arztes selbst voraussetzen. Delegationsfähige Leistungen haben außer Betracht zu bleiben. Zu berücksichtigen ist weiter, dass die für die einzelnen ärztlichen Leistungen zugrunde zu legenden Durchschnittszeiten so bemessen sein müssen, dass ein erfahrener, geübter und zügig arbeitender Arzt die Leistungen im Durchschnitt in kürzerer Zeit schlechterdings nicht ordnungsgemäß und vollständig erbringen kann. Der Qualifizierung als Durchschnittszeit entspricht es, dass es sich hierbei nicht um die Festlegung absoluter Mindestzeiten handelt, sondern um eine Zeitvorgabe, die im Einzelfall durchaus unterschritten werden kann. Die Durchschnittszeit stellt sich aber bei einer ordnungsgemäßen und vollständigen Leistungserbringung als der statistische Mittelwert dar (vgl. BSG, Urt. v. 24.11.1993 - [6 RKA 70/91](#) - aaO., Rdnr. 24 ff.; LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 10.10.2007 - [L 7 KA 56/03](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) = juris Rdnr. 21). Als Nachweis für eine Falschabrechnung des Quartals genügt bereits ein beliebiger falsch abgerechneter Tag (BSG [SozR 3-2500 § 83 Nr. 1](#)).

Ausgehend hiervon war die Beklagte grundsätzlich berechtigt, Tages- bzw. Quartalsprofile zu erstellen.

Die Beklagte hat die Quartalsprofile nicht falsch berechnet. Sie hat die Tagesprofile auf der Grundlage der Zeitangaben im EBM 2005 erstellt. Nicht zu beanstanden ist auch die Annahme, dass bei Tagesprofilen von über 16 Stunden bzw. bei wenigsten drei Tagesprofilen von über 12 Stunden im Quartal oder im Quartalszeitprofil mehr als 780 Stunden eine ordnungsgemäße Leistungserbringung nicht mehr vorliegt. Die Berechnung der Berichtigungsbeträge ist nach Aktenlage nicht zu beanstanden.

Die Antragsgegnerin hat über die Feststellung der Tages- und Quartalszeitprofile hinaus eine ganze Reihe weiterer Indizien zur Implausibilität der streitbefangenen Abrechnungen in den einzelnen Bescheiden dargestellt. Hierzu hat sie ergänzend eine ganze Reihe von einzelnen Versichertennamen angeführt. Die Fülle des ausgebreiteten Materials weist nach, dass der Antragsteller AB nicht sämtliche von ihm in Abrechnung gebrachte Leistungen in den streitbefangenen Quartalen erbracht haben kann. Sie legt vielmehr auch eine Doppeleinlesung einzelner Versichertenkarten für Zwecke der Abrechnung der Berufsausübungsgemeinschaft als auch nicht geltend macht, in den einzelnen ärztlichen Bereitschaftsdienstzentralen nahe. Trotz Hinweises der Kammer bereits in der Verfügung vom 14.05.2012, es fehle bereits an Ausführungen zum Anordnungsanspruch, insofern werde bereits nicht die Tatsachengrundlage, wie sie in den Bescheiden ausgeführt werde, bestritten, haben die Antragsteller auch in der Folgezeit bisher keinerlei Ausführungen zu den tatsächlichen und materiellen rechtlichen Vorwürfen gemacht. Die Kammer kann dem bisherigen Vortrag nicht einmal ein generelles Bestreiten hinsichtlich der tatsächlichen Feststellungen der Antragsgegnerin entnehmen. Auch wenn den Antragstellern einzuräumen ist, dass für eine ordnungsgemäße Geltendmachung von Rechtsmitteln eine Einsichtnahme in die Verwaltungsakten erforderlich ist, so handelt es sich jedoch bei einem Großteil der auch angeführten Belegfälle um Tatsachen, die der Abrechnung und damit der Sphäre der Antragsteller entstammen und zudem im Grunde genommen die eigentlichen Unterlagen bei ihnen liegen, nämlich die Abrechnungsunterlagen und die Karteikarten und Patientendaten. Daraus muss die Kammer schließen, dass im Wesentlichen bzw. insgesamt die Tatsachengrundlagen, wie sie den angefochtenen Bescheiden zugrunde liegen, nicht beanstandet werden.

Allein auf eine mangelnde oder wie hier eine unzureichende Anhörung der Antragsteller kann eine einstweilige Anordnung nicht gestützt werden. Dies folgt bereits daraus, dass eine erforderliche Anhörung nachgeholt werden kann ([§ 41 Abs. 1 Nr. 3 SGB X](#)). Die Aufhebung eines Verwaltungsakts wegen Verletzung des rechtlichen Gehöres erfolgt nur dann, wenn die erforderliche Anhörung unterblieben oder nicht wirksam nachgeholt ist ([§ 42 SGB X](#)). Im Erlass eines Verwaltungsakts, der mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehen ist, ist auch die Nachholung einer erforderlichen Anhörung zu sehen. Von daher hat die Antragsgegnerin die Antragsteller zwar unzureichend angehört, da sie selbst eigene Fristvorgaben nicht eingehalten und nicht die Akteneinsicht abgewartet hat, andererseits aber auch nicht geltend macht, auf eine Anhörung könne verzichtet werden. Soweit hieraus eine formelle Rechtswidrigkeit folgt, besteht aber die Möglichkeit der Heilung im weiteren Verwaltungs- bzw. ggf. Gerichtsverfahren. Von daher scheidet jedenfalls eine offensichtliche Rechtswidrigkeit des angefochtenen Bescheids in dem Sinne aus, das auf die Geltendmachung einer Eilbedürftigkeit nicht mehr abzustellen wäre.

Ein Anordnungsgrund ist aber nicht glaubhaft gemacht worden. Allein aus der vergleichsweisen hohen Rückforderung folgt nicht, dass die Antragsteller nicht in der Lage wären, diese Beträge zurückzuzahlen. Trotz Hinweises der Kammer haben die Antragsteller keinerlei Auskünfte zu ihrer Vermögenslage gemacht. Die Berufsausübungsgemeinschaft, die Antragstellerin, erzielte allein im Jahr 2011 aus der vertragsärztliche Tätigkeit Umsatzerlöse in Höhe von 895.844,65 EUR, hinzu kamen Nachzahlungen von weiteren 120.000,00 EUR. Der Antragsteller AB erzielte aus den über die Antragsgegnerin abgerechneten Leistungen im ärztlichen Bereitschaftsdienst ca. weitere 166.000,00 EUR allein im Jahr 2011. In den Vorjahren waren die Umsatzerlöse nicht wesentlich anders. Von daher liegt es nicht auf der Hand, dass bei den Antragstellern eine Vermögenslage besteht, die selbst bei sofortiger Vollstreckung der streitbefangenen Berichtigungsbeträge zu einer wirtschaftlich nicht mehr erträglichen Situation führen würde. Hinzu kommt, dass die Antragsgegnerin bereits in den strittigen Bescheiden, aber auch jetzt im gerichtlichen Verfahren angeboten hat, eine ratenweise Zahlung zu überprüfen. Der Kammer ist auch aus anderen Verfahren bekannt, dass im Regelfall eine solche Ratenzahlung eingeräumt wird, die in jedem Fall die Aufrechterhaltung des Praxisbetriebs ermöglicht. Ferner kommt hinzu, dass die Antragsgegnerin offensichtlich die monatlichen Abschlagszahlungen von 30.000,00 EUR weiterhin leistet. Die Antragsteller haben nichts Gegenteiliges vorgetragen und nicht behauptet, dass diese Zahlungen zur Aufrechterhaltung des Praxisbetriebs und zum Bestreiten des Lebensunterhalts nicht ausreichen würde. Selbst bei einer unterstellten Kostenquote von 50 % folgt hieraus ein monatlicher Nettoerlös vor Steuern von 7.500,00 EUR pro Behandler.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 155 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung. Der unterliegende Teil hat die Verfahrenskosten zu tragen.

Die Streitwertfestsetzung erfolgte durch weiteren Beschluss des Vorsitzenden.

In Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit ist, soweit nichts anderes bestimmt ist, der Streitwert nach den sich aus dem Antrag des Klägers für ihn ergebenden Bedeutung der Sache nach Ermessen zu bestimmen. Bietet der Sach- und Streitwert für die Bestimmung des Streitwerts keine genügenden Anhaltspunkte, so ist ein Streitwert von 5.000,00 Euro anzunehmen ([§ 52 Abs. 1 und 2 GKG](#)). Der Streitwert war in Höhe des - unter Berücksichtigung der von der Beklagten angekündigten Reduzierungen - noch strittigen Berichtigungsbetrages festzusetzen. Hiervon war $\frac{1}{4}$ für das einstweilige Anordnungsverfahren zu nehmen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2013-06-14