

S 12 KA 171/12

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12

1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 171/12
Datum

08.05.2013
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 30/13
Datum

19.03.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Die Ausschlussfrist beginnt in allen Fällen der Richtigstellung von Honorarbescheiden mit dem Tag nach der Bekanntgabe des für den Abrechnungszeitraum maßgeblichen Honorarbescheids zu laufen (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 23.06.2010 - [B 6 KA 7/09 R](#) - [BSGE 106, 222](#) = SozR 4-5520 § 32 Nr. 4 = [GesR 2010, 615](#) = [MedR 2011, 298](#), juris Rdnr. 60 m.w.N.). Im Fall eines Erlasses eines zweiten Honorarbescheids ist maßgeblich auf den ersten Honorarbescheid abzustellen. Mit dem Erlass des - ersten - Honorarbescheides wird zunächst der Abrechnungsvorgang vorläufig beendet und ein Vertrauenstatbestand geschaffen.

1. Der Honorarrückforderungsbescheid der Beklagten vom 20.07.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.03.2012 wird insoweit aufgehoben, als eine Honorarrückforderung auch für das Quartal II/05 in Höhe von 546,44 EUR festgesetzt wurde.

2. Die Klage wird im Übrigen abgewiesen.

3. Der Kläger hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

4. Der Streitwert wird auf 9.075,41 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um einen Honorarberichtigung für die zehn Quartale II/05 bis IV/07 mit Ausnahme des Quartals III/05 aufgrund einer zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung in Höhe von 9.075,41 EUR.

Der Kläger ist als Facharzt für Urologie mit Praxissitz in A-Stadt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

In den Quartalen II/05 bis IV/07 setzte die Beklagte durch Honorarbescheid das Honorar des Klägers wie folgt fest:

Quartal II/05 III/05 IV/05 I/06

Honorarbescheid v. 29.06.2006 12.08.2006 06.08.2007 21.01.2007
Nettohonorar gesamt in EUR 50.132,16 41.431,24 53.172,50 45.358,20
Bruttohonorar PK + EK gesamt in EUR 49.789,45 41.206,89 52.381,11 45.001,21
Fallzahl PK + EK 957 967 1.016 1.020

Quartal II/06 III/06 IV/06 I/07

Honorarbescheid v. 29.06.2006 17.03.2007 18.04.2007 17.07.2007
Nettohonorar gesamt in EUR 45.589,15 44.007,17 51.546,40 43.521,01
Bruttohonorar PK + EK gesamt in EUR 45.407,06 43.800,65 51.635,44 44.391,81
Fallzahl PK + EK 974 940 1.053 1.080

Quartal II/07 III/07 IV/07

Honorarbescheid v. 17.10.2007 17.01.2008 09.05.2008
Nettohonorar gesamt in EUR 46.587,06 47.713,07 51.960,13
Bruttohonorar PK + EK gesamt in EUR 45.401,52 46.619,93 52.155,94
Fallzahl PK + EK 1.031 1.035 1.112

Die Beklagte hob mit Bescheid vom 20.07.2010 im Rahmen der zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung der Honorarabrechnung II/05 bis IV/07 der Praxis des Klägers die Honorarbescheide für diese Quartale auf und setzte die unter Prüfungsvorbehalt gezahlte Vergütung neu fest. Hieraus errechnete sie eine von ihr festgesetzte Honorarrückforderung in Höhe von insgesamt 12.946,28 EUR netto.

Hiergegen legte der Kläger mit Schreiben vom 21.07.2008 Widerspruch ein. Zur Begründung trug er vor, das Quartal II/05 unterliege der Verjährung, da spätestens 4 Jahre nach der vorläufigen Honorarabrechnung ein Bescheid über eine Honorarkürzung zugestellt sein müsse. Der Honorarbescheid datiere vom 28.02.2006, der Rückforderungsbescheid aber erst vom 20.07.2010. Es sei auch fehlerhaft, dass bei der Kürzungsberechnung der Tagesprofile Überschreitungen bereits ab 12 Stunden berücksichtigt würden. Der Vorsitzende der Landesstelle des Plausibilitätsausschusses Nord habe in seinem Schreiben vom 19.03.2010 als Praxisbesonderheit anerkannt, dass er als Urologe psychotherapeutische Leitungen erbringe und deshalb einen höheren Gesprächsbedarf als die Kollegen der Fachgruppe habe. Im Rückforderungsbescheid sei dies nicht mehr berücksichtigt worden. Die Beklagte berücksichtige Leistungen im Tagesprofil, die dazu nicht geeignet seien. Zu Unrecht seien die Ordinationskomplexe nach den Ziffern 26210, 26211 und 26212 EBM berücksichtigt worden. Er sei seit nunmehr fast 20 Jahren als Urologe niedergelassen und in seinem Beruf sehr versiert. Er betreibe eine gut durchorganisierte Praxis. Sein Zeitaufwand sei daher für einige Leistungen geringer als von den Prüfzeiten angenommen, so bei den Leistungen nach Ziffer 01731 (Früherkennung, Mann), 33042 (sonographische Untersuchung des Abdomens), 33043 (sonographische Untersuchung eines oder mehrerer Uro-Genital-Organen mittels B-Mode-Verfahren) und 35150 (probatorische Sitzung). Bis zum Quartal I/05 seien für diese Leistungen für die Vorläuferregelungen auch geringere Zeiten angesetzt worden. Bei einer entsprechenden Neuberechnung der Tagesprofile ergebe sich, dass er alles andere als auffällig sei. Im Übrigen könne er Arbeitstage aufweisen, an denen er nachweislich mehr als 12 Stunden tatsächlich für seine Patienten ärztlich tätig sei. Er habe bereits in seinen früheren Stellungnahmen darauf hingewiesen, dass vor allem aufgrund einer Konzentration der Sprechstunden auf die Tage Montag und Donnerstag sich oftmals an diesen beiden Tagen Arbeitszeiten von über 12 Stunden ergäben. Nahezu alle monierten Tage entfielen auf diese Wochentage. Er habe an diesen Tagen von 09:00 Uhr bis 12:00 Uhr und 15:00 Uhr bis 18:00 Uhr Sprechzeiten, beginne aber tatsächlich um 07:00 Uhr morgens. Bis 08:00 Uhr sei nur eine Helferin anwesend, er führe regelmäßig psychotherapeutische Gespräche. Zwischen 08:00 Uhr und 13:00 Uhr werde dann die Morgensprechstunde mit drei Helferinnen durchgeführt. Zwischen 13:00 Uhr und 15:00 Uhr sei wiederum nur eine Helferin in der Praxis zugegen. In dieser Zeit führe er zumeist ausführliche therapeutische Gespräche. Während der Nachmittagssprechstunde unterstützten ihn drei Helferinnen. Zwischen 18:00 Uhr und 20:00 Uhr halte er mit zwei Helferinnen eine Abendsprechstunde ab. Tatsächlich habe er in den streitgegenständlichen Quartalen ab 20:00 Uhr noch Spezialtermine für Patienten mit besonders aufwendigen Problemen vergeben. Es handle sich dabei um Patienten, z. B. depressive Patienten, die einen nicht kalkulierbaren Zeitaufwand benötigten. Nicht selten hätten diese Spezialtermine erst zwischen 22:00 Uhr und 22:30 Uhr geendet. Mit Nahrung und Getränken versorge er sich an solchen "Stoßtagen" immer nur "im Vorbeigehen". Es sei auch keine Wirtschaftlichkeitsprüfung durchgeführt worden. Die KV Hessen sehe daher auch die monierten Ziffern 26220, 33042, 33043 EBM als plausibel und wirtschaftlich an. Es seien auch die Budgetierungsmaßnahmen zu berücksichtigen. Er überschreite in den streitgegenständlichen Quartalen das ihm zugestandene praxisbezogene Regelleistungsvolumen deutlich. Eine Kürzung könne nur vor Budgetierung, nicht aber nach Budgetierung vorgenommen werden. Gemäß [§ 106a Abs.2 Satz 5 SGB V](#) sei bei den Prüfungen von denen durch den Vertragsarzt angeforderten Punktzahlvolumen unabhängig von honorarwirksamen Begrenzungsregelungen auszugehen.

Die Beklagte half dem Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 21.03.2012 teilweise ab. Sie hob die Honorarrückforderungen für die Quartale II/05 bis IV/07 auf und setzte stattdessen folgende Honorarrückforderungen fest:

Quartal Kürzungsbetrag

II/05 546,44 EUR

III/05 0,00 EUR

IV/05 446,64 EUR

I/06 1.124,88 EUR

II/06 592,65 EUR

III/06 418,06 EUR

IV/06 804,12 EUR

I/07 1.808,29 EUR

II/07 1.276,48 EUR

III/07 1.097,40 EUR

IV/07 960,45 EUR

Im Übrigen wies sie den Widerspruch als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie aus, das Plausibilitätsprüfungsverfahren diene dem Nachweis von Abrechnungsfehlern mithilfe des Indizienbeweises. Der Indizienbeweis könne allein mit den Zeitprofilen geführt werden, wenn diese bestimmten Anforderungen genügen und den Schluss auf eine fehlerhafte Leistungserbringung zuließen. Bei Tagesprofilen von über 16 Stunden bzw. bei wenigstens 3 Tagesprofilen von über 12 Stunden im Quartal dürfe davon ausgegangen werden, dass keine ordnungsgemäße Leistungserbringung mehr vorliege. Das Tagesprofil entstehe durch die Addition der Prüfzeiten aller an einem Tag von dem Arzt abgerechneten Leistungen, die für die Berechnung des Tagesprofils geeignet seien. Darüber hinaus würden im Tagesprofil auch Zeiten erfasst, die nach den Vorgaben des EBM (z. B. in den Leistungslegenden) bei der Nebeneinanderabrechnung von Leistungen für dem Arzt erbracht worden seien müssten (Bsp.: Nebeneinanderabrechnung von ordinationskomplexen Gesprächsleistungen). In die Prüfzeit werde nur die Zeit eingerechnet, die ein Tätigwerden des Arztes selbst voraussetze (im Gegensatz zur Kalkulationszeit, die auch Zeiteile für delegierbare Leistungsbestandteile enthalte). Zudem seien diese Durchschnittszeiten so bemessen, dass auch ein erfahrener, geübter und zügig arbeitender Arzt die Leistungen im Durchschnitt in kürzerer Zeit schlechterdings nicht ordnungsgemäß und vollständig erbringen könne. Der Kläger habe mit Abgabe der Sammelerklärung bestätigt, dass er alle abgerechneten Leistungen (und damit die entsprechenden Zeiten) persönlich und ordnungsgemäß erbracht habe. Aus der folgenden Tabelle ergebe sich, an wie vielen Tagen im Quartal die 12-Stunden- bzw. 16-Stunden-Marke überschritten worden sei:

Quartal Anzahl der Tage über 12 Stunden alt Anzahl der Tage über 12 Stunden nach Korrektur der Psychotherapie-sitzungen Anzahl der Tage über 16 Stunden Anzahl der Tage über 16 Stunden nach Korrektur der Psychotherapiesitzungen

II/05 7 6 0 0

III/05 9 8 0 0

IV/05 17 15 0 0

I/06 13 13 0 0

II/06 5 5 1 1

III/06 6 6 0 0
 IV/06 10 9 0 0
 I/07 19 18 0 0
 II/07 13 13 0 0
 III/07 10 10 0 0
 IV/07 10 10 1 0

Die aufgelaufenen Zeiten im Tagesprofil für die mit zwingenden Mindestzeitvorgaben hinterlegten Gesprächsleistungen (Nr. 26220 EBM 2005 ggf. in Kombination mit dem Ordinationskomplex abgerechnet) seien implausibel. Jedoch seien zugunsten des Klägers die Zeiten, die durch die Kombination von Ordinationskomplexen mit psychosomatischen Gesprächsleistungen der Nr. 35100 und 35110 im Tagesprofil dargestellt würden, jeweils um 10 Minuten zu verringern. Die Überschreitungen in den Quartalen in Minuten sowie die Kürzungsbedingungen reduzierten sich wie folgt:

Quartal Überschreitung im Quartal in Minuten alt Kürzungs-betrag alt in EUR Quote alt in % Überschreitung im Quartal in Minuten neu Kürzungs-betrag neu in EUR Quote neu in %

II/05 391 636,68 1,27 336 546,44 1,09
 III/05- 287 368,74 0,89 0 0 0
 IV/05 541 829,49 1,56 292 446,64 0,84
 I/06 1.138 1.655,57 3,65 772 1.124,88 2,48
 II/06 424 765,90 1,68 328 592,65 1,30
 III/06 444 721,72 1,64 259 418,06 0,95
 IV/06 650 1.067,01 2,07 490 804,12 1,56
 I/07 1.641 2.279,43 5,08 1.300 1.808,29 4,03
 II/07 1.126 1.733,04 3,72 827 1.276,48 2,74
 III/07 1.012 1.579,30 3,31 702 1.097,40 2,30
 IV/07 10 1.309,40 2,52 586 960,45 1,86
 Insges. 12.946,28 9.075,41

Ergänzend sei hinzuzufügen, dass sich hierdurch die Anzahl der Tage, an denen die 12- bzw. 16-Stunden-Marke überschritten worden sei, sich wie folgt verringert hätten:

Quartal Anzahl der Tage über 12 Stunden Anzahl der Tage über 16 Stunden

II/05 5 0
 III/05 1 0
 IV/05 12 0
 I/06 8 0
 II/06 3 Entfällt
 III/06 4 0
 IV/06 keine Änderung (10) 0
 I/07 12 0
 II/07 8 0
 III/07 keine Änderung (10) 0
 IV/07 7 0

Als typisches Beispiel für die korrigierten Tageszeitprofile werde in der folgenden Tabelle jeweils ein Tag aus jedem Quartal aufgeführt:

Quartal Datum Gesamtzeit des Tagesprofils in Stunden

II/05 12.05.2005 12:48
 III/05 05.07.2005 12:20
 IV/05 14.11.2005 12:52
 I/06 27.02.2006 13:56
 II/06 11.04.2006 15:42
 III/06 10.08.2006 13:49
 IV/06 05.10.2006 14:43
 I/07 22.02.2007 12:53
 II/07 02.04.2007 13:06
 III/07 02.07.2007 14:33
 IV/07 08.10.2007 15:01

Dabei sei zu beachten, dass zusätzlich noch Zeiten für Leistungen dazu kämen, die nicht im Tagesprofil, sondern im Quartalsprofil oder gar nicht in Zeitprofilstatistiken erfasst würden, so dass die tägliche Behandlungszeit tatsächlich noch höher ausfalle. Es handle sich um reine Behandlungszeiten, nicht um die Zeit des gesamten Arbeitstages, in der schon die Zeiten für z. B. eine Mittagspause, die Behandlung von Privatpatienten und Zeit für die Anleitung der Praxismitarbeiter enthalten seien. Der Kläger hätte danach beispielhaft 15 Stunden seine Patienten von z. B. 07:00 Uhr morgens ununterbrochen bis 22:00 Uhr nachts behandelt. Diese Behandlungszeiten seien nicht plausibel. Sie habe die Ausschussfrist eingehalten. Der Honorarbescheid für das Quartal II/05 (neu) sei am 01.08.2006 verschickt worden. Folglich seien mit Erlass des Rückforderungsbescheides vom 20.07.2010 noch keine 4 Jahre nach Erlass des Honorarbescheides verstrichen gewesen. Der Plausibilitätsausschuss habe im Schreiben vom 19.03.2010 ausgeführt, dass die Prüfzeiten für die Psychotherapiesitzungen im Tagesprofil von 70 auf 60 Minuten zu reduzieren und Tagesprofile nach dieser Vorgabe neu zu berechnen seien. Das bedeute entgegen der Auffassung des Klägers nicht, dass die Prüfzeit von 12 Stunden auf 13 Stunden pro Tag heraufgesetzt, sondern, dass die Prüfzeit für jede abgerechnete Psychotherapiesitzung um 10 Minuten verringert werde. Dementsprechend seien für alle Tagesprofile, in denen Psychotherapiesitzungen erbracht worden seien, entsprechende Berichtigungen vorgenommen worden. Die Einrechnung der Ordinationskomplexe auch im Tagesprofil sei rechtmäßig, soweit diese in Kombination mit einer Gesprächsleistung erbracht worden seien. Die Prüfzeiten seien bereits so als Durchschnittszeiten bemessen worden, dass auch ein erfahrener, geübter und zügig arbeitender Arzt die Leistungen im Durchschnitt in kürzerer Zeit schlechterdings nicht ordnungsgemäß und vollständig erbringen könne. Damit werde ein Erfahrungswert für die Zeit der

Leistungserbringung zu Grunde gelegt. Der Kläger habe zumindest grob fahrlässig Leistungen auf den Abrechnungsscheinen eingetragen, deren Leistungsinhalt er nicht vollständig erbracht haben könne. Für die Neuberechnung des Honorars stehe ihr ein weites "Schätzungsermessen" zu. Die angewandte Berechnungsmethode sei rechtmäßig. Die Honorarrückforderung orientiere sich an dem Verhältnis zwischen plausiblen Zeiten und Überschreitungen der plausiblen Zeit. Dieses Verhältnis, dargestellt als Prozentsatz, werde auf das erwirtschaftete Gesamthonorar (nach Durchführung von Begrenzungsmaßnahmen, wie z. B. im Regelleistungsvolumen, unter Berücksichtigung des realen Punktwerts, nach Abzug von Verwaltungskosten) übertragen und ein entsprechender Rückforderungsbetrag festgesetzt. Mit dieser Berechnungsweise werde ein erwirtschafteter Minutenpreis für alle abgerechneten Leistungen ermittelt und der implausible Leistungsanteil, der über dem Zeit-Grenzwerten liege, abgeschöpft. Im Ergebnis belaufe sich die Rückforderungssumme nunmehr auf 9.075,41 EUR.

Hiergegen hat der Kläger am 17.04.2012 die Klage erhoben. Er ist weiterhin der Auffassung, dass das Quartal II/05 wegen Ablaufs der Ausschlussfrist nicht sanktioniert werden könne. Der "erste" Honorarbescheid für das Quartal II/05 datiere vom 28.02.2006. Dieser sei maßgebend, nicht der korrigierte Honorarbescheid vom 01.08.2006. Der Plausibilitätsausschuss Nord habe auch die Erbringung von psychotherapeutischen Leistungen als "Praxisbesonderheit" anerkannt. Die Prüfzeit für eine Psychotherapiesitzung habe der Plausibilitätsausschuss von 70 auf 60 Minuten reduziert. An jedem auffälligen Tag müsse pauschal eine Stunde weniger für die Kürzungsberechnung herangezogen werden. Dies folge aus der Feststellung des Prüfungsausschusses. Er ist ferner weiterhin der Auffassung, die Ordinationskomplexe dürften nicht berücksichtigt werden und dass die Prüfzeiten von ihm unterschritten würden. Ferner wiederholt er weiter seinen Vortrag zu seinem Arbeitspensum, der fehlenden Wirtschaftlichkeitsprüfung und der Kürzungshöhe. Die Beklagte habe ihm mit Schreiben vom 10.06.2010 eine Kürzungssumme von 5.391,74 EUR angekündigt. Daran müsse sie sich festhalten lassen.

Der Kläger beantragt,
den Honorarrückforderungsbescheid der Beklagten vom 20.07.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.03.2012 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Maßgeblich könne ausschließlich der Honorarbescheid sein, der durch die vorgenommene sachlich-rechnerische Berichtigung berichtigt worden sei. Dies sei der zweite Honorarbescheid für das Quartal II/05, welcher erst im August 2006 versandt worden sei. Dem Kläger sei mit Schreiben vom 19.03.2010 ein Vergleich angeboten worden und mit dem Schreiben vom 10.06.2010 daran erinnert worden. Dieses Angebot habe der Kläger jedoch nicht angenommen. Mit der Herabsetzung der Prüfzeit von 10 Minuten sei die psychotherapeutische Tätigkeit des Klägers berücksichtigt worden. Eine Anerkennung von Praxisbesonderheiten gebe es nicht. Die Berücksichtigung des Ordinationskomplexes im Zusammenhang mit einer Gesprächsleistung habe auch das LSG Hessen für rechtmäßig angesehen (LSG Hessen, Urt. 21.03.2011 - [L 4 KA 7/10](#) -). Im Übrigen verweist sie auf ihre Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der Beratungen gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit einer ehrenamtlichen Richterin und einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz – SGG). Sie konnte dies ohne mündliche Verhandlung tun, weil sich die Beteiligten hiermit einverstanden erklärt haben ([§ 124 Abs. 2 SGG](#)).

Die zulässige Klage ist nur z. T. begründet. Der Honorarrückforderungsbescheid der Beklagten vom 20.07.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.03.2012 ist insoweit rechtswidrig, als eine Honorarrückforderung auch für das Quartal II/05 in Höhe von 646,44 EUR festgesetzt wurde. Im Übrigen ist der Bescheid aber rechtmäßig und war daher nicht aufzuheben. Die Klage war im Übrigen abzuweisen.

Der Honorarrückforderungsbescheid der Beklagten vom 20.07.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.03.2012 ist insoweit rechtswidrig, als eine Honorarrückforderung auch für das Quartal II/05 in Höhe von 646,44 EUR festgesetzt wurde.

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

Nach [§ 75 Abs. 1 SGB V](#) haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die vertragszahnärztliche Versorgung sicher zu stellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragszahnärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Nach [§ 75 Abs. 2 Satz 1](#) Halbsatz SGB V haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen. Zu den Pflichten der Vertragsärzte gehört u. a. 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 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](#) - [SozR 3-2500 § 75 Nr. 10](#), juris Rdnr. 15 m.w.N.). Zur Feststellung, ob abgerechnete Leistungen vollständig

erbracht worden sind, ist es zulässig, Tagesprofile zu verwenden (vgl. BSG, Urt. v. 24.11.1993 - [6 RKa 70/91](#) - [BSGE 73, 234](#) = [SozR 3-2500 § 95 Nr. 4](#) = [MedR 1994, 206](#) = [NJW 1995, 1636](#), juris Rdnr. 24 ff.; Urt. v. 08.03.2000 - [B 6 KA 16/99 R](#) - [BSGE 86, 30](#) = [SozR 3-2500 § 83 Nr. 1](#) = [NZS 2001, 213](#), juris Rdnr. 37). Tagesprofile 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](#) - a.a.O., Rdnr. 26; 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 (vgl. BSG, Urt. v. 08.03.2000 - [B 6 KA 16/99 R](#) - a.a.O., Rdnr. 37).

Ausgehend hiervon war die Beklagte grundsätzlich berechtigt, Tagesprofile zu erstellen.

Der angegriffene Bescheid ist auch im Übrigen formell rechtmäßig. Eine Darstellung, bei welchen Behandlungsfällen eine Nebeneinanderberechnung der Ziffern 04110 und 04111 mit der Ziffer 04120 EBM 2005 bei der Erstellung der Tagesprofile erfolgt, ist nicht erforderlich. Die Beklagte war nicht verpflichtet anzugeben, bei welchen Behandlungsfällen eine Nebeneinanderabrechnung stattgefunden hat. Für eine Anhörung reicht die Übersendung der Tagesprofile mit einem Anhörungsschreiben aus, denn die Tageszeitprofile erbringen den Indizienbeweis für die implausible Abrechnung (vgl. BSG, Urt. v. 24.11.1993 - [6 RKa 70/91](#) - a.a.O., juris, Rdnr. 25), so dass für die Anhörung im Sinne von [§ 24 Abs. 1 SGB X](#) und für die Begründung nach [§ 35 Abs. 1 Satz 2 SGB X](#) grundsätzlich keine weitergehende Darstellung der entscheidungserheblichen Tatsachen erforderlich ist (vgl. LSG Hessen, Beschl. v. 10.11.2009 - [L 4 KA 70/09 B ER](#)).

Die Honorarrückforderung für das Quartal II/05 in Höhe von 646,44 EUR verstößt gegen die Ausschlussfrist.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts wird seit 1993 nicht mehr an der früheren Rechtsprechung festgehalten, wonach eine Verjährung eintreten kann. Das Bundessozialgericht hat zunächst für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ausgeführt, das Recht des Prüfungsausschusses, den Honoraranspruch endgültig und entsprechend dem Prüfergebnis anders als im Honorarbescheid festzusetzen, sei nicht auf Tun oder Unterlassen des Kassenarztes gerichtet. Es sei jedenfalls kein Anspruch, sondern mit einem Gestaltungsrecht vergleichbar. Dies bedeute jedoch nicht, dass der dem Arzt erteilte Honorarbescheid zeitlich unbegrenzt geändert bzw. aufgehoben werden könne. Die Notwendigkeit einer zeitlichen Begrenzung des Prüfverfahrens ergebe sich aus dem rechtsstaatlichen Gebot der Rechtssicherheit ([Artikel 20 Abs. 3 GG](#)). Eine ausdrückliche gesetzliche Regelung enthalte das SGB V nicht. Im Bereich der Verjährungsfristen im Sozialrecht habe der Gesetzgeber aber deutlich gemacht, dass er eine Frist von vier Jahren im Regelfall als angemessen ansehe. Dies ergebe sich aus den Verjährungsregeln in den Büchern des SGB ([§ 45 Abs. 1 SGB I](#), [§ 45 Abs. 4 SGB I](#) a. F., [§ 25 Abs. 1](#) und [§ 27 Abs. 1 SGB IV](#) sowie [§ 50 Abs. 4](#) und [§ 113 SGB X](#)). Das Bundessozialgericht habe diese Frist auch auf Ansprüche im Kassenarztrecht angewandt, soweit durch Vereinbarungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen keine abweichenden Regelungen getroffen worden seien. Es erscheine sachgerecht, diese für die Verjährung einheitlich festgesetzte Frist im Sinne einer zeitlichen Höchstgrenze als Ausschlussfrist auch auf das Verfahren zur endgültigen Festsetzung der kassenärztlichen Honorare zu übertragen (vgl. BSG, Urt. v. 16.06.1993 - [14a/6 RKa 37/91](#) - [SozR 3-2500 § 106 Nr. 19](#) = [BSGE 72, 271](#) = [NZS 1994, 39](#) = [MDR 1994, 285](#) = [NJW 1994, 3036](#)). Der 6. Senat hat zunächst offen gelassen, ob die für den Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung angenommene Ausschlussfrist auch auf die Aufhebung von Verwaltungsakten wegen rechnerischer oder gebührenordnungsmäßiger Richtigstellung anzuwenden sei (vgl. BSG, Urt. v. 10.05.1995 - [6/14a RKa 3/93](#) - DOK 1995, 506 = USK 95122, juris Rdnr. 18). Hierauf Bezug nehmend hat er sodann die für die vertragsärztliche Wirtschaftlichkeitsprüfung geltende vierjährige Ausschlussfrist auch auf die sachlich-rechnerischen Beanstandungen übertragen (vgl. BSG Urt. v. 15.11.1995 - [6 RKa 57/94](#) - [SozR 3-5535 Nr. 119 Nr. 1](#) = USK 95136, juris Rdnr. 10; BSG, Urt. v. 28.03.2007 - [B 6 KA 22/06 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 35](#) = [BSGE 98, 169](#) = [GesR 2007, 461](#) = USK 2007-35 = ZMGR 2008, 144, juris Rdnr. 16 m. w. N.). Soweit die Beklagte eine kürzere Ausschlussfrist von zwei Jahren vorsieht, gilt dies nicht bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Falschabrechnung und bei Honorarberichtigungen aufgrund von Plausibilitätsprüfungen (vgl. Ziff. 8.6 der ab dem Quartal II/05 geltenden Honorarvereinbarung, die insoweit fortgeführt wurde), so dass dahinstehen kann, ob die Vertragsautonomie der Vertragsparteien des Honorarverteilungsvertrages die Vereinbarung einer kürzeren Frist zulässt, was die Kammer im Übrigen bereits verneint hat (vgl. SG Marburg, Urt. v. 10.11.2010 - [S 12 KA 455/10](#) - juris Rn. 30).

Die Ausschlussfrist beginnt in allen Fällen der Richtigstellung von Honorarbescheiden mit dem Tag nach der Bekanntgabe des für den Abrechnungszeitraum maßgeblichen Honorarbescheids zu laufen (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 23.06.2010 - [B 6 KA 7/09 R](#) - juris Rdnr. 60 m.w.N.). Diese Frist war bzgl. der Quartale IV/05 bis IV/07 nicht abgelaufen, was insoweit auch zwischen den Beteiligten nicht umstritten ist. Für das Quartal II/05 war aber die vierjährige Ausschlussfrist abgelaufen.

Entgegen der Auffassung der Beklagten, wonach es für die Bemessung der Ausschlussfrist auf den überprüften Bescheid ankomme, ist maßgeblich auf den ersten Honorarbescheid für das Quartal II/05 abzustellen. Insofern handelt es sich bei einem zweiten Honorarbescheid bereits um einen Überprüfungs- bzw. Änderungsbescheid zum ersten Honorarbescheid. Mit dem Erlass des - ersten - Honorarbescheides wird zunächst der Abrechnungsvorgang vorläufig beendet und ein Vertrauenstatbestand geschaffen. Dieser - erste - Honorarbescheid wurde bereits am 02.02.2006 versandt, so dass zum Zeitpunkt des Ausgangsbescheids vom 20.07.2010 die vierjährige Ausschlussfrist abgelaufen war.

Von daher war der Klage insoweit stattzugeben.

Im Übrigen ist die Klage aber unbegründet und ist der Honorarrückforderungsbescheid der Beklagten vom 11.08.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.03.2009 für die Quartale IV/05 bis IV/07 rechtmäßig und war daher nicht weiter aufzuheben.

Die Beklagte hat die Tagesprofile auf der Grundlage der Zeitangaben im EBM 2005 erstellt. Soweit sie bei einer Nebeneinanderabrechnung der Ziffern 26210, 26211 und 26212 mit der Ziffer 26220 EBM 2005 davon ausgeht, dass hierfür im Behandlungsfall 20 Minuten anzusetzen

sind, ist dies zutreffend.

Ziffer 26220 EBM 2005 "Beratung, Erörterung und/oder Abklärung, Dauer mindestens 10 Minuten" kann für je vollendete 10 Minuten angesetzt werden und wird mit 235 Punkten berücksichtigt. Nach dem EBM 2005 ist aber bei der Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Ziffern 26210, 26211 und 26212 und 26220 eine Dauer der Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 26220. Es ist von der Kammer daher nicht zu beanstanden, dass die Beklagte die Nebeneinanderabrechnung der Ziffern 26210, 26211 und 26212 mit der Ziffer 26220 EBM 2005 mit 20 Minuten bewertet, ebenso wie es unerheblich ist, ob das vom Vertragsarzt verwendete Abrechnungsprogramm ihm diesen Zeitumfang anzeigt (vgl. bereits LSG Hessen, Beschl. v. 10.11.2009 - [L 4 KA 70/09 B ER](#) - und die vorausgehende Entscheidung der Kammer, SG Marburg, Beschl. v. 02.07.2009 - [S 12 KA 235/09 ER](#) -).

Die Beklagte hat zugunsten des Klägers die Zeiten, die durch die Kombination von Ordinationskomplexen mit psychosomatischen Gesprächsleitungen der Nr. 35100 und 35110 im Tagesprofil dargestellt werden, jeweils um 10 Minuten verringert. Ob dies zwingend geboten war, kann hier dahinstehen, da der Kläger insofern nicht mehr beschwert wird.

Aufgrund der in der Leistungslegende vorgegebenen Dauer ist der bereits im Widerspruchsverfahren geäußerte Einwand des Klägers, er betreibe eine gut durchorganisierte Praxis, sein Zeitaufwand sei daher für einige Leistungen geringer als von den Prüfzeiten angenommen, für Gesprächs- und Beratungsleistungen mit feststehenden Zeitvorgaben unerheblich. Beratung setzt das persönliche Gespräch des Arztes mit einem Patienten, ggf. im Beisein von dessen Angehörigen, voraus. Eine schnellere Beratung, die die vorgegebene Dauer nicht erreicht, kann als eine solche Beratungsleistung nicht abgerechnet werden. Ebf. ist es ausgeschlossen, mehrere Patienten parallel zu beraten. Allenfalls denkbar wäre eine abwechselnde Beratung, die zu einer zeitlichen Addition der individuellen Beratungsteile führen würde. Eine solchermaßen "parallel" laufende Beratung müsste bei zwei Patienten dann mindestens vierzig Minuten dauern. Die Leistung nach Ziffer 35150 EBM 2005 (probatorische Sitzung) setzt als Mindestdauer 50 Minuten voraus. Soweit der Kläger vorher eine Klärung erreicht, kann diese Leistung nicht abgerechnet werden. Soweit der Kläger dies auf die Leistungen nach Ziffer 01731 (Früherkennung, Mann), 33042 (sonographische Untersuchung des Abdomens), 33043 EBM 2005 (sonographische Untersuchung eines oder mehrerer Uro-Genital-Organen mittels B-Mode-Verfahren) bezieht, bleibt sein Vortrag unsubstantiiert. Die Beklagte hat bereits zutreffend darauf hingewiesen, dass die Prüfzeiten als Durchschnittszeiten so bemessen sind, dass auch ein erfahrener, geübter und zügig arbeitender Arzt die Leistungen im Durchschnitt in kürzerer Zeit schlechterdings nicht ordnungsgemäß und vollständig erbringen kann.

Auf eine eventuelle Fehlerhaftigkeit des vom Kläger benutzten Softwareprogramms, das die Dauer von zwanzig Minuten nicht hat erkennen lassen, kommt es nicht an. Maßgeblich für die Abrechnung sind allein die Bestimmungen des EBM 2005. Der mit der Abrechnung geltend gemachte Zeitaufwand, der zu den implausiblen Zeiten geführt hat, beruht allein auf der Abrechnung des Klägers. Die Abrechnung von Leistungen kann sich allein an der Erbringung der Leistung orientieren und nicht an vermeintlichen Zeitkontingenten im Rahmen einer Plausibilitätsprüfung. Von daher bedarf es auch keiner Beratung vor Durchführung einer Plausibilitätsprüfung.

Delegationsfähige Leistungen werden bei den Tagesprofilen nicht mitgerechnet. Die Beklagte weist zu Recht darauf hin, dass nur solche Leistungen berücksichtigt werden, deren Prüfzeit eine Eignung im Tageszeitprofil aufweisen. In der Prüfzeit wird lediglich die ärztliche Zeit abgebildet.

Bei der Plausibilitätsprüfung handelt es sich nicht um eine Wirtschaftlichkeitsprüfung. Mit dem Nachweis der Implausibilität wird der zulässige Nachweis einer nicht ordnungsgemäßen Abrechnung erbracht. Einer weitergehenden Einzelfallprüfung oder des Nachweises in jedem Einzelfall bedarf es dann nicht. Wie auch immer geartete Praxisbesonderheiten können daher nicht berücksichtigt werden. Zur Prüfzeit gehören gerade auch die Psychotherapiesitzungen. Diese sind nicht herauszurechnen.

Nicht zu beanstanden war auch die Annahme, dass bei Tagesprofilen von über 16 Stunden bzw. bei wenigstens vier Tagesprofilen von über 12 Stunden im Quartal eine ordnungsgemäße Leistungserbringung nicht mehr vorliegt (vgl. SG Marburg, Urt. v. 04.06.2008 - [S 12 KA 528/07](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) = juris). Im Rahmen des Schätzungsermessens waren daher auch nicht vermeintliche Praxisbesonderheiten des Klägers zu berücksichtigen. Soweit der Kläger auf seine Arbeitszeiten oder die Vergabe von - späten - "Spezialterminen" verweist, so kann dies in der Allgemeinheit nicht die Häufigkeit der Tage mit über 12 Stunden erklären, auch hat der Kläger für diese Tage, insbesondere die von der Beklagten aufgelisteten "Spitzentage" in jedem Quartal, keinen Nachweis erbracht. Hinzu kommt, worauf die Beklagte bereits im angefochtenen Bescheid hingewiesen hat, dass es sich bei den Prüfzeiten um reine Behandlungszeiten handelt, nicht um die Zeit des gesamten Arbeitstages, in der schon die Zeiten für z. B. eine Mittagspause, die Behandlung von Privatpatienten und Zeit für die Anleitung der Praxismitarbeiter enthalten sind. Hierfür dürften bis zu zwei weitere Stunden am Tag hinzukommen.

Auf einen Vertrauensschutz kann sich der Kläger nicht berufen. Die Beklagte hat keinen Vertrauenstatbestand dahingehend gesetzt, dass sie die Abrechnungsweise des Klägers für zutreffend hält oder dass sie von einer Berichtigung absehen werde. Nichtstun allein kann einen Vertrauenstatbestand nicht begründen.

Eine Zusicherung seitens des Plausibilitätsausschusses ist nicht ersichtlich. Das Schreiben der Landesstelle Plausibilitätsausschuss Nord vom 19.03.2010 unterbreitet ein Vergleichsangebot, das der Kläger nicht angenommen hat. Soweit ein Vergleichsangebot nicht angenommen wird, ist aber der Anbieter hieran nicht mehr gebunden. Eine Zusicherung kann darin nicht gesehen werden.

Das Schreiben der Beklagten vom 10.06.2010 mit Anlage 3 nimmt Bezug auf das Schreiben vom 19.03.2010. Insoweit handelt es sich letztlich um eine Erinnerung an das Vergleichsangebot. Eine Zusicherung, in keinem Fall einen höheren als den darin genannten Betrag festzusetzen, kann deshalb darin nicht gesehen werden.

Nicht zu beanstanden war auch die Berechnung des Berichtigungsbetrages. Im Rahmen ihres Schätzungsermessens hat die Beklagte den Leistungsanteil abgeschöpft, der in den streitbefangenen Quartalen auf Leistungen jenseits der zeitlichen Grenze von 12 Stunden entfällt.

Der Rechenvorgang über die Feststellung eines Überschreitungsprozentsatzes bedeutet letztlich, dass die Beklagte einen erwirtschafteten Minutenpreis für alle abgerechneten Leistungen ermittelt hat. Auf diese Weise hat die Beklagte alle Vergütungsanteile und evtl.

Sachkostenerstattungen einbezogen. Dies war von der Kammer nicht zu beanstanden. Die letztlich hier zu Tage tretende systematisch fehlerhafte Abrechnung hat die Beklagte damit zu Gunsten des Klägers letztlich nur auf die Tage bezogen, an denen eine Überschreitung der 12-Stunden-Grenze bzw. ein Überschreiten der Quartalsprofile vorliegt. Evtl. Sachkostenerstattungen sind Teil des Vergütungsanspruchs, unabhängig davon, ob sie gesondert ausgewiesen werden oder ob sie als Teil der Leistungsbewertung mit der Abgeltung der Leistung indirekt erstattet werden. Diese Vorgehensweise wäre nur dann im Hinblick auf den Grundsatz der Gleichbehandlung zu beanstanden, wenn der Kläger eine signifikant von seiner Fachgruppe bzw. seine Fachgruppe von den übrigen Fachgruppen abweichende Kostenerstattung hätte, also ein ganz wesentlicher Teil des Vergütungsanspruchs ein bloß "durchlaufender" Posten wäre, was hier aber nicht der Fall ist.

Anhand der Überschreitung der Tagesprofile ermittelt die Beklagte den prozentualen Leistungsumfang, der gekürzt werden kann. Soweit sie diese "Quote" mit dem jeweiligen Nettohonorar multipliziert, erhält sie den Kürzungsbetrag. Im Ergebnis bedeutet dies, dass sie von einer gleichbleibenden Vergütung für alle Leistungen ausgeht und nicht danach unterscheidet, wie sich die Honorarfestsetzung aufgrund der verschiedenen Begrenzungsmechanismen gestaltet. Im Ergebnis bedeutet dies, dass die Beklagte von einem durchschnittlichen Punktwert für alle Leistungen ausgeht, unabhängig davon, ob es sich im Einzelnen um Leistungen zum sog. oberen Punktwert oder unteren Punktwert aufgrund der Überschreitung des Regelleistungsvolumens handelt. Ein solcher durchschnittlicher Punktwert ist der Punktwert, mit dem letztlich die Leistungen des Klägers vergütet wurden.

Es besteht kein Anspruch darauf, dass zunächst die - im Rahmen der Honorarberechnung - geringer vergüteten Leistungen als Maßstab genommen werden. Für die Berechnung der Rückforderung aufgrund sachlich-rechnerischer Richtigstellung im Falle von Budgetierungen bleibt der praxisindividuelle Punktwert maßgebend, der sich auf der Grundlage des vom Arzt in Ansatz gebrachten Punktzahlvolumens ergeben hat. Es erfolgt keine Neuberechnung des Punktwerts auf der Grundlage des korrigierten Punktzahlvolumens. Eine andere Berechnungsweise kann in Ausnahmefällen zur Vermeidung eines Verstoßes gegen den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz in Betracht kommen (vgl. BSG, Urt. v. 11.03.2009 - [B 6 KA 62/07 R](#) - [BSGE 103, 1](#) = [SozR 4-2500 § 106a Nr. 7](#) = USK 2009-11). Ein solcher Ausnahmefall setzt aber voraus, dass die fehlerhafte Honoraranforderung durch eine missverständliche oder unzutreffende Information o. ä. seitens der Kassenärztlichen Vereinigung mit verursacht wurde. Ein derartiger Sonderfall ist auch dann in Betracht zu ziehen, wenn ein Arzt in offenem Dissens mit der Kassenärztlichen Vereinigung eine Gebührennummer ansetzt, weil er die Frage ihrer Abrechenbarkeit einer gerichtlichen Klärung zuführen will (vgl. BSG, Urt. v. 11.03.2009 - [B 6 KA 62/07 R](#) -, aaO., juris Rdnr. 27 f.). Diese Voraussetzungen liegen hier nicht vor. Im Übrigen dienen Budgetierungsmaßnahmen nur - neben ihrer Steuerungsfunktion - der Berechnung des Honorars, bedeuten aber keine Wertigkeit der einzelnen Leistungen. Der tatsächliche Wert der Leistung kann nur praxisbezogen mit Hilfe des praxisindividuellen Punktwerts berechnet werden (vgl. SG Marburg, Urt. v. 10.11.2010 - [S 12 KA 555/09](#) - juris). Soweit eine solche punktwertbezogene Berechnung nicht sinnvoll ist, da nicht ein bestimmtes Punktzahlvolumen von der Vergütung ausgeschlossen ist, kann das dem Kläger verbleibende Honorar auch in der Weise bemessen werden, dass eine zu vergütende Tätigkeit im Umfang von höchstens 12 Stunden täglich angenommen wird und nur der darüber hinausgehende Teil die Grundlage der Berichtigung bildet. Der "Minutenpreis" entspricht dabei dem durchschnittlichen Punktwert. Die Vorgehensweise der Beklagten ist daher von ihrem Schätzungsermessen gedeckt.

Nach allem war der Klage nur im tenorierten Umfang stattzugeben und war die Klage im Übrigen abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung. Der unterliegende Teil trägt die Verfahrenskosten. Das Obsiegen des Klägers macht lediglich einen Anteil von 7,1 % aus, so dass es zu vernachlässigen war.

Die Streitwertfestsetzung erfolgte durch 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 Berichtigungsbetrags festzusetzen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2016-03-11