

## S 12 KA 401/17

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 401/17

Datum

11.04.2018

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 27/18

Datum

10.07.2018

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Tagesprofilüberschreitungen können arztbezogen auch in Berufsausübungsgemeinschaften festgestellt werden.

2. Bei der Ermittlung der Honorarkürzung kommt es auf honorarbegrenzende Maßnahmen, insb. auch nicht auf Budgetierungen von Gesprächsleistungen an, da von einem durchschnittlichen Wert aller Leistungen auszugehen ist.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Der Kläger hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um einen Honorarberichtigung für die sechs Quartale I/14 bis III/15 mit Ausnahme des Quartals III/14 aufgrund einer zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung in Höhe von 27.598,69 EUR.

Die Klägerin ist eine Berufsausübungsgemeinschaft mit Praxissitz in A-Stadt. Sie besteht aus einem Arzt für Allgemeinmedizin und zwei praktischen Ärzten, die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind.

In den Quartalen IV/13 bis III/15 setzte die Beklagte durch Honorarbescheid das Honorar der Klägerin wie folgt fest:

Quartal IV/13 I/14 II/14 III/14

Honorarbescheid v. 07.04.2014 16.07.2014 06.10.2014 05.01.2015

Gesamthonorar netto in EUR 190.713,12 224.227,66 207.655,79 191.863,32

Bruttohonorar PK + EK gesamt in EUR 191.015,26 224.515,60 207.422,68 192.233,69

Fallzahl gesamt PK + EK 3.223 3.378 3.281 3.285

Quartal IV/14 I/15 II/15 III/15

Honorarbescheid v. 02.04.2015 03.07.2015 30.09.2015 06.01.2015

Gesamthonorar netto in EUR 199.534,89 242.429,55 216.864,01 205.505,26

Bruttohonorar PK + EK gesamt in EUR neu 199.793,49 242.380,73 217.907,35 206.214,79

Fallzahl gesamt PK + EK 3.397 3.649 3.393 3.480

Die Beklagte führte für die Quartale IV/13 bis III/15 eine Plausibilitätsprüfung durch. Sie übersandte der Klägerin unter Datum vom 07.07.2016 die zeitbezogenen Rechnungsergebnisse für diese Quartale, die lediglich Herrn Dr. B. und Herrn Dr. C. betrafen, unter Erläuterung der Ermittlung der Zeitprofile.

Herr Dr. B. wies unter Datum vom 24.07.2016 darauf hin, im Quartal I/15 hätten sie weit über 4.000 Patienten betreut. Eine Grippewelle habe ein hohes Patientenaufkommen verursacht. Somit sei für ihn die minimale Zeitüberschreitung erklärbar. Bei ihnen könne jeder Patient seinen Arzt auswählen. Ein Wechsel sei auch innerhalb eines Quartals möglich. Sie hätten keine Bestellpraxis. Jeder Patient werde in Reihenfolge behandelt. Er mache fast alle Hausbesuche der Praxis. Er betreue die Patienten in fünf Altenheimen alle 14 Tage. Die Nr. 01413 habe einen Zeitwert von 7 Minuten. Diese sei von ihm am Montag, dem 19.01. und 17.02.2016 31 bzw. 33-mal abgerechnet worden. Kenne man den Patienten im Altenheim, benötige man meist keine 7 Minuten pro Patient. Dasselbe gelte für Patienten in der eigenen Wohnung, Nr. 01410 EBM. Gesundheitsuntersuchungen häuften sich im ersten Jahresquartal. Sie beschäftigten acht Mitarbeiterinnen, die den Ärzten

zuarbeiteten. Die Nr. 01732 EBM (Gesundheitsuntersuchung) benötige weniger als 20 Minuten, da ein Teil der Leistungen am Folgetag bei Besprechung der Blutergebnisse, Erklärungen, Therapiemaßnahmen erbracht werde. Nach fast 30 Jahren ärztlicher Tätigkeit seien sie in den Praxisabläufen routiniert, sicher und optimiert. Seine Arbeitszeit beginne morgens um 7:00 Uhr und ende dann, wenn der letzte Patient zu seiner Zufriedenheit behandelt sei. Die Klägerin führte unter Datum vom 01.08.2016 weiter aus, das Praxisteam bestehe aus 12 Personen, die Praxis arbeite eine Sechs-Tage-Woche, ganztags 12 Stunden von 6:00 Uhr bis 18:00 Uhr, außer Mittwoch und Samstag, an diesen Tagen sei sie sechs Stunden, von 6:00 Uhr bis 12:00 Uhr geöffnet, mit Hausbesuchen.

Der Plausibilitätsausschuss der Beklagten hörte die Klägerin am 31.08.2016 an. Für die Klägerin nahmen Dr. C. und Dr. A. teil.

Die Beklagte hob aufgrund einer zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung mit Bescheid vom 19.10.2016 die Honorarabrechnung der Praxis des Klägers für die Quartale I/14 bis III/15 mit Ausnahme des Quartals III/14 auf und setzte die unter Prüfungsvorbehalt gezahlte Vergütung neu fest. Hieraus errechnete sie eine von ihr festgesetzte Honorarrückforderung in Höhe von insgesamt 27.598,69 EUR. Im Einzelnen nahm sie folgende Berichtigungen vor:

Quartal Kürzungsbetrag in EUR netto  
I/14 3.013,55  
II/14 246,63  
IV/14 1.624,02  
I/15 5,04 18.407,44  
II/15 3.483,03  
III/15 824,02  
gesamt 27.598,69

Zur Begründung verwies sie auf die Tages- und Quartalsprofile des Dr. C. und des Dr. B. und gab für beide Ärzte jeweils ein Tagesprofil mit der Anzahl der einzelnen Leistungen an.

Tages- und Quartalsprofile des Dr. C.:

Tagesprofil Maximale Quartalsprofil Anzahl Tage davon Arbeitszeit Zeitsumme Überschreitung Quartal ) 12 Std. ) 16. Std. pro Tag im Quartal  
Std.: Min. Std.: Min  
IV/13 0 0 09:00 1.203:53 423:53  
I/14 18 3 18:58 1.419:45 639:45  
II/14 3 0 13:45 1.243:06 463:08  
III/14 2 0 14:22 1.239:05 459:05  
IV/14 14 3 18:02 1.360:59 580:59  
I/15 38 27 29:34 1.908:18 1.128:18  
II/15 22 4 18:38 1.505:22 725:22  
III/15 10 0 14:59 1.351:10 571:10

Tages- und Quartalsprofile des Dr. B.:

Tagesprofil Maximale Quartalsprofil Anzahl Tage davon Arbeitszeit Zeitsumme Überschreitung Quartal ) 12 Std. ) 16. Std. pro Tag im Quartal  
Std.: Min. Std.: Min  
IV/13 0 0 09:35 769:29 -  
I/14 0 0 10:50 808:09 28:09  
II/14 0 0 10:50 794:07 14:07  
III/14 0 0 09:07 801:48 21:48  
IV/14 0 0 08:47 811:37 31:37  
I/15 3 0 15:35 866:04 86:04  
II/15 0 0 10:16 722:27 -  
III/15 0 0 11:23 823:45 43:45

Die Überprüfung der Abrechnungen von Herrn Dr. C. habe ergeben, dass er die Grenze von 12 Stunden in den Quartalen I, II und IV/14 bis III/15 an insgesamt 105 Tagen überschritten habe, wobei an 37 Tagen Tagesarbeitszeiten von mehr als 16 Stunden erreicht worden seien. An einem dieser Tage, dem 05.01.2015, liege das Tagesprofil bei 28:50 Stunden. An diesem Tag habe er 74-mal das problemorientierte ärztliche Gespräch von mindestens 10 Minuten Dauer nach Nr. 03230 EBM abgerechnet. Allein durch diese Leistung ergebe sich eine I. Ähnlich verhalte es sich an den anderen auffälligen Tagen. Beispielfhaft seien hier der 03.02.2014, 06.10.2014, 24.02.2015 und der 27.07.2015 genannt. Der hohe Ansatz des problemorientierten ärztlichen Gesprächs (Nr. 03230 EBM) erwecke angesichts der Häufigkeit und des Zeitaufwandes insgesamt den Verdacht, dass die in der Leistungslegende geforderte Gesprächszeit von mindestens 10 Minuten Dauer nicht in jedem Fall eingehalten worden sei. Dies habe der Arzt in einer schriftlichen Stellungnahme der persönlichen Anhörung bestätigt. Damit liege ein Verstoß gegen die rechtliche Ordnungsmäßigkeit der Abrechnung vor und sei eine Honorarberichtigung im Tagesprofil in der genannten Höhe vorzunehmen. In den Quartalen IV/13 und III/14 liege das Tagesprofil in einem nicht prüfungsrelevanten Rahmen, obwohl auch hier unterstellt werden müsse, dass in einem geringeren Umfang Gesprächsleistungen abgerechnet worden seien, deren Leistungsinhalt nicht vollständig erbracht worden sei. Weiterhin habe Herr Dr. C. die Quartalsprofilsgrenze von 780 Stunden in dem Quartal IV/13 bis III/15 überschritten. Angesichts der hohen Überschreitungen im Tagesprofil sei von Prüfmaßnahmen nach dem Quartalsprofil abgesehen worden. Die Überprüfung der Abrechnungen von Herrn Dr. B. habe ergeben, dass er die Grenze von 12 Stunden am Tag in dem Quartal I/15 an mindestens 3 Tagen überschritten habe. An einem dieser Tage, dem 19.01.2015, liege das Tagesprofil bei 15:35 Stunden. An diesem Tag habe er 8-mal das problemorientierte ärztliche Gespräch von mindestens 10 Minuten Dauer nach Nr. 03230 EBM, 11-mal die Nr. 01410 EBM (Besuch eines Kranken), 31-mal die Nr. 01413 EBM (Besuch eines weiteren Kranken) und 19-mal die Nr. 01732 EBM (Früherkennungsuntersuchung) abgerechnet. Eine ununterbrochene Behandlungszeit von 7 Uhr morgens bis abends um 22 Uhr sei nicht plausibel. Die Überprüfung der Abrechnungen ergebe, dass die beiden Ärzte Leistungen auf den Abrechnungsbelegen eingetragen hätten, deren Leistungsinhalte sie nicht vollständig erbracht haben könnten. Die Honorarkürzung habe sie 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. Die so übermittelte Überschreitungsquote sei dem quotierten Gesamthonorar gegenüberzustellen und ergebe den Korrekturbetrag. Bezüglich näherer Einzelheiten verweise sie auf den beigefügten Berechnungsbogen.

Hiergegen legte die Klägerin am 14.11.2016 Widerspruch ein. Sie trug vor, die Prüfkriterien der Plausibilitätsprüfung und deren Berechnungen würden teilweise noch auf einem EBM der Einzelleistungsvergütung beruhen. Es gebe insb. im Bereich der medizinischen Grundversorgung überwiegend Leistungen mit einer pauschalen, komplexen Grundvergütung, die vom 1. Tag des Systemeintrags bis zum Quartalsende zu ärztlichen Leistungen verpflichteten. Auch die Leistungsinhalte aus dem Bereich der Prävention (Nr. 01731 ff. EBM) seien nicht alle an einem Tag vollständig zu leisten. Alleine Hausbesuche seien "noch" eindeutig tagesbezogene Einzelleistungen. Nur in einem virtuellen Zeitfenster seien die errechneten Zeiten über 24 Stunden möglich. Eine seit Jahrzehnten unverändert bestehende Gemeinschaftspraxis sei keine fachgleiche Praxisgemeinschaft. Da alle drei Ärzte an der Behandlung aller Patienten beteiligt und leistungsverpflichtet seien, sei die Überschneidung nahezu 100 Prozent. Der volle Zeitrahmen der arzt-/patientenbezogenen Leistungen werde durch keine EBM-Ziffer vollständig erfasst, da dieser bereits pauschal nur einer LANR zugeordnet werde. Ihre Praxisstruktur führe bezüglich der Tagespatientenzahlen zu einem nicht linearen exponentiellen Kurvenverlauf mit jeweils ansteigenden Zahlen zu Quartals-, Monats- und Wochenbeginn. Auch bezüglich der Nr. 03230 sei die Plausibilitätsprüfung noch nicht den Vorgaben des EBM angepasst. Bereits in der Honorarabrechnung würde diese Leistung korrigiert werden. Die Plausibilitätszeiten würden aber diese Berechtigung nicht berücksichtigen.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 26.04.2017, der Klägerin am 27.04.2017 zugestellt, den Widerspruch als unbegründet mit weitgehend gleicher Begründung wie in dem Ausgangsbescheid zurück. Ergänzend führte sie aus, nicht allein das Quartalsprofil, sondern auch das Tagesprofil bilde die Tätigkeit eines Arztes ab. Es würden nur die Leistungen mit einer Prüfzeit ins Tagesprofil eingehen, die sich hierfür eigneten (z.B. Nr. 03230 - laut Leistungslegende Mindestkontaktzeit von 10 Minuten - Prüfzeit im Tagesprofil 10 Minuten). Die in der Plausibilitätsprüfung zugrunde zu legende Prüfzeit für die einzelnen Leistungen seien von Fachgremien festgelegt worden. Die Prüfzeit gebe eine Durchschnittszeit an, die so gemessen sei, dass auch ein erfahrener, geübter und zügig arbeitender Arzt die Leistungen im Durchschnitt in kürzerer Zeit schlechterdings nicht ordnungsgemäß und vollständig erbringen könne. Die erstellten Tagesprofile bildeten demnach keine virtuellen Zeiten ab. Auch wenn - wie in jeder Praxis - zu Quartals-/Wochenbeginn viel mehr Patienten zu versorgen seien als an anderen Tagen im Quartal, so erkläre dies keine Tagesprofile, d.h. reine Behandlungszeiten, von 15, 18 oder gar irrealen 29 Stunden am Tag. Diese Zeiten beruhten nicht darauf, dass eine große Zahl an Patienten zu bewältigen gewesen sei, sondern darauf, dass weit mehr Leistungen abgerechnet worden seien, als ein Arzt am Tag tatsächlich und vollständig erbringen könne. Inwieweit alle Ärzte der Berufsausübungsgemeinschaft einer Behandlung aller Patienten zeitlich beteiligt seien, spiele für die zeitbezogene Plausibilitätsprüfung keine Rolle. Jeder Arzt habe die von ihm persönlich bei einem Patienten erbrachten Leistungen unter Angabe seiner LANR und des Leistungsdatums anzugeben. Hiernach werde das arztbezogene Tagesprofil erstellt. Die Zeitprofile würden auch zu Recht anhand der eingereichten, noch nicht sachlich-rechnerisch korrigierten Abrechnungsdaten erstellt werden. Denn der Arzt bestätige mit seiner Sammelerklärung, dass er all diese abgerechneten Leistungen persönlich und ordnungsgemäß erbracht habe. An dieser Erklärung werde er in der zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung gemessen. Die Klägerin habe hier zumindest grobfahrlässig Leistungen auf den Abrechnungsscheinen eingetragen, deren Leistungsinhalt sie nicht vollständig erbracht haben könne. Angesichts der Anzahl und Höhe der Tagesprofilüberschreitungen sowie der sich über viele Quartale hinziehenden Abrechnungspraxis handele es sich auch nicht um ein bloßes Versehen, sondern um wiederholtes, standardmäßig nachlässiges Ausfüllen der Abrechnungsscheine. Die auf den nicht ordnungsgemäßen Sammelerklärungen beruhenden Honorarbescheide seien falsch und würden daher aufgehoben werden. Für die neue Berechnung des Honorars stehe ihr ein weites "Schätzungsermessen" zu. Die angewandte Berechnungsmethode sei rechtmäßig. Mit ihr werde ein erwirtschafteter Minutenpreis für alle abgerechneten Leistungen ermittelt und der implausible Leistungsinhalt, der über den Zeitgrenzwerten liege, abgeschöpft. Zu Gunsten der Klägerin sei die Rückforderung auf die auffälligen Tage beschränkt worden, obschon von einem systematischen Abrechnungsfehler auszugehen sei, der auch an den nicht auffälligen Tagen aufgetreten sein werde. Die Rückforderungsberechnung stelle nicht auf einzelne Leistungsziffern ab, sondern auf den Umfang der Überschreitung der plausiblen Zeitgrenzwerte und damit einen Zeitwert bzw. eine Quote. Diese werde auf das Gesamthonorar übertragen und sei nicht auf einzelne Leistungen beschränkt. Dies sei auch rechtmäßig, weil sich die Implausibilität auf die Abrechnung insgesamt beziehe, nicht nur auf einzelne Gebührenordnungspositionen.

Hiergegen hat die Klägerin am 22.05.2017 die Klage erhoben. Sie trägt vor, im Vordergrund ihrer Klage stehe nicht die Honorarfrage, sondern die Frage, ob der Prüfalgorithmus der Beklagten eine reale Abbildung der Leistungen einer großen Gemeinschaftspraxis ohne Terminvergabe erstelle. Der Algorithmus der Plausibilitätsprüfung nach LANR-Tagesprofilen bilde nicht die Wirklichkeit einer Gemeinschaftspraxis ab. Sie habe dies bereits in ihrer Widerspruchsbegründung erörtert und ein Gespräch bei der Beklagten vorgeschlagen, was aber nicht stattgefunden habe.

Die Klägerin beantragt,  
den Bescheid vom 19.10.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.04.2017 aufzuheben.

Beklagte beantragt,  
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf ihre Ausführungen in den angefochtenen Bescheiden und trägt ergänzend vor, für die Quartale I/12 bis III/13 sei ein Plausibilitätsverfahren eröffnet worden, welches jedoch eingestellt worden sei. Für das Quartal III/14 sei aufgrund der geringen Überschreitungen von einer weitergehenden Prüfung abgesehen worden. Die Angabe der Klägerin, dass die Überschreitung aus dem Umstand resultiere, dass sie eine Gemeinschaftspraxis führe, erkläre nicht, wie es zu Tagesprofilzeiten von bis zu 29 Stunden gekommen sei.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung 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 verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz – SGG](#)).

Die Klage ist zulässig, denn sie ist insbesondere form- und fristgerecht bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben worden.

Die Klage ist aber unbegründet. Der Bescheid der Beklagten vom 19.10.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.04.2017 ist rechtmäßig und war daher nicht aufzuheben. Die Klage war abzuweisen.

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 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 arztbezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten ([§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#), eingefügt durch das GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003, [BGBl. I 2003, 2190](#), mit Wirkung zum 01.01.2004, hier in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung, aktuell [§ 106d SGB V](#)).

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, Ur. v. 01.07.1998 – [B 6 KA 48/97 R](#) – SozR 3-2500 § 75 Nr., zitiert nach juris, Rdnr. 15 m.w.N.). Zur Feststellung, ob abgerechnete Leistungen vollständig erbracht worden sind, ist es zulässig, Tagesprofile zu verwenden (vgl. BSG, Ur. v. 24.11.1993 – [6 RKa 70/91](#) – [BSGE 73, 234](#) = SozR 3-2500 § 95 Nr. 4, juris Rdnr. 24 ff.; BSG, Ur. v. 08.03.2000 – [B 6 KA 16/99 R](#) – [BSGE 86, 30](#) = [SozR 3-2500 § 83 Nr. 1](#), juris Rdnr. 48).

Tages- und Quartalsprofile sind ein geeignetes Beweismittel, um einem Arzt unkorrekte Abrechnungen nachweisen zu können. Die Beweisführung mit solchen Profilen ist dem Indizienbeweis zuzuordnen. Für ihre Erstellung sind bestimmte Anforderungen erforderlich. Für die Ermittlung der Gesamtbehandlungszeit des Arztes 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, Ur. v. 24.11.1993 – [6 RKa 70/91](#) – a.a.O., Rdnr. 24 ff.; LSG Hessen, Ur. v. 26.11.2014 – [L 4 KA 2/11](#) – juris Rdnr. 29; LSG Berlin-Brandenburg, Ur. 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 beliebig falsch abgerechneter Tag (vgl. BSG, Ur. v. 08.03.2000 – [B 6 KA 16/99 R](#) – a.a.O. Rdnr. 37). Tages- und Quartalsprofil stehen alternativ und nicht kumulativ als Indizien für eine implausible Abrechnung nebeneinander (vgl. BSG, Beschl. v. 17.08.2011 – [B 6 KA 27/11 B](#) – juris Rdnr. 6). Gemäß [§ 106a Abs. 2 Satz 4 SGB V](#) sind, soweit Angaben zum Zeitaufwand nach [§ 87 Abs. 2 Satz 1 Halbs. 2 SGB V](#) bestimmt sind, diese bei den Prüfungen nach [§ 106a Abs. SGB V](#) zu Grunde zu legen (vgl. LSG Hessen, Ur. v. 26.11.2014 – [L 4 KA 2/11](#) – juris Rdnr. 53). Mit Anhang 3 des EBM liegen bundeseinheitliche Messgrößen vor, die der Plausibilitätsprüfung nach Zeitprofilen zugrunde zu legen und die für Vertragsärzte und Kassenärztliche Vereinigungen verbindlich sind (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 02.01.2018 – [L 11 KA 39/17 B ER](#) – juris Rdnr. 64 ff.; LSG Hessen, Ur. v. 13.09.2017 – [L 4 KA 65/14](#) – juris Rdnr. 53 ff.).

Gemäß [§ 106a Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) ist Gegenstand der arztbezogenen Plausibilitätsprüfung insbesondere der Umfang der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand des Vertragsarztes. Gemäß [§ 106a Abs. 2 Satz 4 SGB V](#) sind, soweit Angaben zum Zeitaufwand nach [§ 87 Abs. 2 Satz 1](#) zweiter Halbsatz SGB V bestimmt sind, diese bei den Prüfungen nach [§ 106a Abs. 2 SGB V](#) zu Grunde zu legen. Gemäß [§ 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) bestimmt der EBM den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander; soweit möglich, sind Leistungen mit Angaben zu den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes zu versehen (vgl. LSG Hessen, Ur. v. 26.11.2014 – [L 4 KA 2/11](#) – a.a.O. Rdnr. 53).

Ausgehend hiervon war die Beklagte grundsätzlich berechtigt, Tages- und Quartalsprofile zu erstellen bzw. die Prüfung auf der Grundlage der Tagesprofile vorzunehmen und ist sie zutreffend von den im EBM angegebenen Zeiten für die einzelnen Leistungen ausgegangen. Die Beklagte hat den Kläger durch Übersendung des Ausgangsbescheids ausreichend angehört ([§ 24 SGB X](#)).

Der angegriffene Bescheid ist auch materiell rechtmäßig.

Die Beklagte hat die Tages- und Quartalsprofile nicht falsch berechnet. Fehler sind weder ersichtlich noch werden sie vorgetragen. Sie hat die Tagesprofile auf der Grundlage der Zeitangaben im EBM erstellt. Zur Vermeidung von Wiederholungen wird auf den angefochtenen Widerspruchsbescheid verwiesen ([§ 136 Abs. 3 SGG](#)).

Eine hohe Patientenzahl kann die Überschreitung der Tagesprofile nicht rechtfertigen, da maßgeblich der plausible Zeitaufwand Gegenstand der Überprüfung ist.

Nicht zu beanstanden war auch die Annahme, dass bei Tagesprofilen von über 12 Stunden im Quartal eine ordnungsgemäße Leistungserbringung nicht mehr vorliegt (vgl. SG Marburg, Ur. v. 04.06.2008 – [S 12 KA 528/07](#) – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) = juris). Im Rahmen des Schätzungsermessens konnte die Beklagte von den Tagesprofilen ausgehen und waren daher auch nicht vermeintliche

Praxisbesonderheiten des Klägers zu berücksichtigen.

Der Hinweis auf den "Prüfalgorithmus der Beklagten" legt nicht dar, worin die Fehlerhaftigkeit bestehen soll. Die lebenslange Arztnummer ermöglihe die Rückführung auf den einzelnen vertragsärztlichen Behandler. Von daher wirkt die Erstellung von Tagesprofilen keine gesonderten Probleme bei Berufsausübungsgemeinschaften auf. Im Regelfall ist auch die Leistung von dem Behandler vollständig zu erbringen, der die Leistung abrechnet. Erst nach vollständiger Leistungserbringung kann die Leistung abgerechnet werden. Die Kammer hat in der mündlichen Verhandlung mit dem Kläger insoweit auch geklärt, dass sich auch bei Vorsorgeuntersuchungen hieraus keine Probleme ergeben.

Aus der Protokollnotiz zur Plausibilitätsrichtlinie (Richtlinien gemäß [§ 106a SGB V](#) in der ab 1. Juli 2008 geltenden Fassung, DÄBl. 2008, Heft 37, S. A-1925, zit. nach Aichberger, Ergänzungsband, Gesetzliche Krankenversicherung. Soziale Pflegeversicherung, Nr. 730), auf die die Klägerin in der mündlichen Verhandlung hingewiesen hat, folgt keine Unzulässigkeit der zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung. Soweit die Bundesmantelvertragspartner darin im Hinblick auf die veränderte Struktur des seit dem 01. Januar 2008 gültigen EBM (Pauschalbildung), durch welche die Aussagefähigkeit der vorhandenen Instrumente der Plausibilitätsprüfung nur noch eingeschränkt gegeben ist, sich zu einer Anpassung der Richtlinien hinsichtlich der Festlegung geeigneter Prüfkriterien vornehmen, handelt es sich um eine Absichtserklärung mit Programmcharakter. Unmittelbare rechtliche Folgen sind hieraus nicht abzuleiten. Mit der Differenzierung der Leistungen, ob sie auch für das Tagesprofil oder nur für das Quartalsprofil geeignet sind, wird der Pauschalbildung im EBM hinreichend Rechnung getragen. Auch diesbezüglich ergeben sich bei Vorsorgeuntersuchungen hieraus keine Probleme.

Verjährung bzw. Ausschluss einer Berichtigung wegen Zeitablaufs ist nicht eingetreten. Die Beklagte kann eine Berichtigung innerhalb von vier Jahren vornehmen (vgl. BSG Urt. v. 15.11.1995 - [6 RKA 57/94](#) - SozR 3-5535 Nr. 119 Nr. 1, juris Rdnr. 10; BSG, Urt. v. 28.03.2007 - [B 6 KA 22/06 R](#) - [BSGE 98, 169](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 35](#), juris Rdnr. 16 m. w. N.).

Hinsichtlich eines Verschuldens weist die Beklagte zutreffend darauf hin, dass angesichts der Anzahl und Höhe der Tagesprofilüberschreitungen sowie der sich über viele Quartale hinziehenden Abrechnungspraxis es sich auch nicht um ein bloßes Versehen handelt, sondern um wiederholtes, standardmäßig nachlässiges Ausführen der Abrechnungen.

Nicht zu beanstanden war auch die Berechnung des Berichtigungsbetrages. Im Rahmen ihres Schätzungsermessens hat die Beklagte den Leistungsanteil abgeschöpft, der im Quartal 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 der Klägerin letztlich nur auf die Tage bezogen, an denen eine Überschreitung der Grenze 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 die Klägerin eine signifikant von ihrer Fachgruppe bzw. ihre 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.

Nicht zu beanstanden war ferner die quartalsbezogene Berechnung des jeweiligen Rückforderungsbetrages.

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. Damit geht die Beklagte von einem durchschnittlichen Punktwert für alle Leistungen aus, 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 der Klägerin vergütet wurden. Von daher kommt es nicht darauf an, welche honorarbegrenzenden Maßnahmen angewandt wurden. Insbesondere ist es unerheblich, dass für die Gesprächsleistungen nach Nr. 03230 EBM nur ein gesondertes Honorarvolumen zur Verfügung steht und darüber hinausgehende Leistungen nicht mehr gesondert vergütet werden.

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](#)). 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](#) -, a.a.O., 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 Rdnr. 42). Soweit eine solche punktwertbezogene Berechnung nicht sinnvoll ist, da nicht ein bestimmtes Punktzahlvolumen von der Vergütung ausgeschlossen ist, kann das der Klägerin verbleibende Honorar auch in der Weise bemessen werden, dass eine zu vergütende Tätigkeit im Umfang von höchstens 12 Stunden täglich bzw. 780 Stunden im Quartal 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 Schätzungsermessens gedeckt.

Nach allem war die Klage abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung. Der unterliegende Teil trägt die Verfahrenskosten.

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 wirtschaftliche Wert folgt aus dem Rückforderungsbetrag. Dies ergab den festgesetzten Wert.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2018-11-16