

L 11 KA 39/17 B ER

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

11
1. Instanz
SG Dortmund (NRW)

Aktenzeichen
S 16 KA 1/17 ER

Datum
06.06.2017

2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen

L 11 KA 39/17 B ER
Datum

02.01.2018

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie
Beschluss

Die Beschwerde des Antragstellers gegen den Beschluss des Sozialgerichts Dortmund vom 06.06.2017 wird zurückgewiesen. Der Antragsteller trägt die Kosten des Verfahrens. Der Streitwert wird auf 25.047,06 EUR festgesetzt.

Gründe:

I.

Die Beteiligten streiten um die sofortige Vollziehbarkeit einer Honorarrückforderung von 250.470,65 EUR wegen implausibler Leistungsabrechnung.

Der Antragsteller ist seit März 1991 als praktischer Arzt in I zugelassen und nimmt als Hausarzt an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Mit Bescheid vom 13.07.2016 hob die Antragsgegnerin die Abrechnungsbescheide für die Quartale III/2011 bis einschließlich IV/2015 im Rahmen sachlich-rechnerischer Richtigstellung teilweise auf und forderte insgesamt 1.088.136,97 EUR zurück. Für das Quartal I/2016 lag der Abrechnungsbescheid noch nicht vor. Als Sachverhalt legte die Antragsgegnerin dem zugrunde: Auch nach Abzug der für Wochenendtage abgerechneten Leistungen habe sich auf der Grundlage des Zeitkatalogs im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für jedes der fraglichen Quartale eine Gesamtminutenzahl ergeben, die es als ausgeschlossen erscheinen lasse, die Leistungen im abgerechneten Umfang zu erbringen. Ausweislich der Tagesprofile habe der Antragsteller in den Quartalen II bis IV/2014 an fünf bis 20 Tagen die arbeitstägliche Zeit von 12 Stunden überschritten. Was den hohen Ansatz der Gebührenordnungspositionen (GOP) 03220 EBM und 03221 EBM angehe, habe er eingeräumt, dass er anders abgerechnet hätte, wenn ihm die Relevanz für das Zeitvolumen bewusst gewesen wäre. Soweit er geltend mache, seine Arzthelferinnen hätten viele Leistungen erbracht, verkenne er, dass im Anhang 3 des EBM nur die vom Arzt persönlich zu erbringenden Leistungen als Prüfzeiten berücksichtigt würden. Hinsichtlich der Abrechnung der Besuche nach GOP 01411 ff. EBM scheine der Servicegedanke im Vordergrund gestanden zu haben. Die dringenden Besuche seien regelhaft falsch abgerechnet worden. Allenfalls hätte nach GOP 01410 EBM abgerechnet und für jeden Besuch 20 Minuten angesetzt werden müssen. Für den 11.07.2014 hätte sich dann die Arbeitszeit von 16:09 Stunden auf 19:09 Stunden und für den 24.10.2015 von 13:23 Stunden auf 37:45 Stunden erhöht. Zugunsten des Antragstellers habe sie - die Antragsgegnerin - die Versichertenpauschale nur mit der Hälfte der im EBM vorgegebenen Zeit angesetzt. Ohne diese Modifikation und bei Richtigstellung der Abrechnung der GOP 01411 ff. EBM in GOP 01410 EBM ergäbe sich z.B. für das Quartal IV/2014 ein Zeitaufwand von 135.960 Minuten, dividiert durch 60 Arbeitstage folge hieraus ein Tagesbedarf von durchschnittlich 37:46 Stunden. Zu dem ebenfalls häufigen Ansatz der nach GOP 01410 EBM abgerechneten Besuche sei anzumerken, dass diese keineswegs nur Kindern, sondern ausweislich der Behandlungsscheine Patienten aller Altersklassen gegolten hätten. Es bestehe der Verdacht, dass der Antragsteller die jeweiligen Unterbringungsorte der Flüchtlinge und Asylsuchenden lediglich in wenigen Fällen angefahren, dort dann aber mehrere Patienten betreut habe. Der Ansatz der vom Antragsteller insoweit als Wegegebühren bei Einzelbesuchen abgerechneten Doppelkilometer wäre dann unzulässig gewesen. Außerdem sei bei Durchsicht der vom Antragsteller eingereichten Krankenhausunterlagen aufgefallen, dass er für einzelne Patienten auch während eines stationären Aufenthalts Leistungen abgerechnet habe.

Im hiergegen gerichteten Widerspruch vom 21.07.2016 hat der Antragsteller vorgetragen: Die im Anhang 3 des EBM hinterlegten Prüfzeiten seien zu hoch angesetzt. In einem vom IGES Institut GmbH für den GKV-Spitzenverband im Jahr 2010 erstellten Gutachten werde angenommen, dass die im Rahmen der EBM-Kalkulation verwendeten Zeitangaben für den ärztlichen Leistungsanteil um durchschnittlich mehr als 30 % über den tatsächlich erbrachten Zeiten lägen. Außerdem hätten die in den letzten Jahren verbesserten Praxisabläufe und die zunehmend moderne technische Ausstattung zu einer erheblichen Zeitersparnis geführt. So arbeite er - der Antragsteller - aufgrund seiner

langjährigen Erfahrung und ständigen Weiterentwicklung der Praxisabläufe unter weitestmöglicher Einbindung seiner Arzthelferinnen erheblich schneller, als es den Prüfzeiten entspreche. Deswegen könnten die Quartalsprofile ebenso wenig wie die hohen Fallzahlen als Indiz für eine nicht ordnungsgemäße Leistungsabrechnung gewertet werden. Die hohe Fallzahl erkläre sich daraus, dass viele ausländische Mitbürger vorzugsweise seine Praxis aufsuchten, weil sowohl er als auch seine Praxismitarbeiter einen Migrationshintergrund hätten. Sein Arbeitstag beginne täglich um 6.40 Uhr und dauere mindestens bis 19.00 Uhr. Die Mittagspause verbringe er in der Praxis oder mache Hausbesuche. Die von ihm vorgelegten Tageslisten belegten, dass er auch an den von der Antragsgegnerin hervorgehobenen Spitzentagen 11.07.2014 und 12.06.2014 alle Leistungen korrekt abgerechnet habe. Die Warnfunktion in seiner Praxissoftware habe er erst vor kurzem entdeckt, so dass er bis dahin nicht auf Auffälligkeiten hingewiesen worden sei. Er sei bei der Abgabe seiner Quartalsabrechnungen stets von deren Rechtmäßigkeit ausgegangen. Der Vorwurf der Antragsgegnerin, er habe ambulante Leistungen abgerechnet, während die jeweiligen Patienten sich in stationärer Behandlung befunden hätten, treffe nicht zu.

Nachdem die Antragsgegnerin mit Schreiben vom 11.10.2016 die Bitte um Auszahlung der inzwischen einbehaltenen Honorarbeträge abgelehnt hatte, hat der Antragsteller am 22.11.2016 beim Sozialgericht (SG) Dortmund um einstweiligen Rechtsschutz nachgesucht (Az. [S 16 KA 157/16 ER](#)). Dieser Antrag wurde mit Beschluss vom 31.05.2017 abgelehnt. Das Beschwerdeverfahren ist vor dem Senat anhängig.

Zuvor hatte der Vorstand der Antragsgegnerin am 14.09.2016 angesichts der Höhe der bereits aufgelaufenen Außenstände und der inzwischen auch für das Quartal II/2016 festgestellten Abrechnungsimplausibilitäten beschlossen, dem Antragsteller ab Oktober 2016 unter Vorbehalt nur ein Honorar in Höhe des Durchschnittshonorars der Fachgruppe aus dem entsprechenden Vorjahresquartal zuzuerkennen und demgemäß auch die Abschlagszahlungen zu bemessen.

Mit Bescheid vom 24.10.2016 hob die Antragsgegnerin den Abrechnungsbescheid des Quartals II/2016 wegen sachlich-rechnerischer Richtigstellung teilweise auf. Die Abrechnungen der Quartale III/2011 bis II/2016 seien Gegenstand einer Plausibilitätsprüfung nach [§ 106a Abs. 6 Satz 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) gewesen. Sie habe festgestellt, dass der Antragsteller in diesen Quartalen (mit Ausnahme des Quartals IV/2011) Leistungen angesetzt habe, für die sich ein Zeitbedarf ergebe, der den zulässigen Zeitrahmen im Quartal mit 46.800 Minuten bzw. die arbeitstägliche Zeit von 12 Stunden an jeweils mindestens drei Tagen (fünf bis 20 Tage) im Quartal überschreite, obwohl nur die abgerechneten vertragsärztlichen Leistungen berücksichtigt worden seien, denen Anlage 3 des EBM Zeiten zuweise. Bewertet worden seien nur persönlich zu erbringende Leistungen. Soweit sich Leistungen aus persönlichen und delegierbaren Anteilen zusammensetzten, seien nur die vom Arzt persönlich zu erbringenden Leistungsanteile zeitbewertet worden. Sie - die Antragsgegnerin - habe jede zeitbewertete Leistung nach Quartals- und/oder Tagesprofil geprüft. So werde bei einigen Leistungen der Zeitbedarf grundsätzlich nur im Rahmen der Quartalsprofile (z.B. die Versichertenpauschale (GOPen 03001 bis 03005 EBM)) oder als quartalsbezogener Betreuungskomplex (GOPen 02310, 03360, 03362, 30790, 30940 sowie 30942 EBM) berücksichtigt. Bei diesen Zeitgrenzen seien u.a. privatärztliche Leistungen, Gutachten, Verwaltungsaufgaben, Mitarbeitergespräche, Pausen etc. nicht berücksichtigt. Die Zeitgrenzen seien mithin so großzügig bemessen, dass selbst Praxen mit durchrationalisierten Arbeitsabläufen, hohem Personalbestand, besonderer Erfahrung, Routine etc. des Praxisinhabers angemessen erfasst seien. Das ursprünglich festgesetzte Gesamthonorar hat die Antragsgegnerin mit 312.039,73 EUR angegeben.

Ausweislich der zugehörigen Honorarübersicht vom 14.10.2016 war hierin ein Anteil von 122.462,78 EUR für die Behandlung von 595 Patienten enthalten, die zu Lasten der sonstigen Kostenträger erfolgte. Hiervon entfielen 121.449,35 EUR auf 588 Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erhaltende Patienten ("Asylbewerber"). Zurückgefordert wurde ein Betrag von 250.470,65 EUR und das Gesamthonorar auf 61.794,08 EUR neu festgesetzt. Die Antragsgegnerin errechnete für das Quartal II/2016 einen Zeitaufwand von 121.524 Minuten, reduzierte die Zeitvorgaben für die Versichertenpauschalen zugunsten des Antragstellers um 50 % und ging weiter von einer Gesamtminutenzahl von 94.274,5 aus. Unberücksichtigt blieb dabei, so die Antragsgegnerin, dass der Antragsteller angeblich zusätzlich 1.110 Besuche nach den GOPen 01411, 01411B, 01412 und 01415 EBM durchgeführt haben wolle. Zwar seien diese Leistungen im Anhang 3 des EBM nicht mit einer (Prüf-)Zeitvorgabe hinterlegt. Unzweifelhaft sei hierfür dennoch faktisch ein Zeitaufwand erforderlich. Unter der Annahme, dass der Antragsteller auch für diese dringenden Hausbesuche einen Zeitaufwand von jeweils 20 Minuten (identisch zu der Zeitbewertung der GOP 01410 EBM) benötige, ergäbe sich ein weiterer Zeitaufwand i.H.v. 22.200 Minuten und damit eine Gesamtzeit i.H.v. 143.724 Minuten. Auch die Ermittlung einer durchschnittlich täglichen Arbeitszeit zeige, dass Leistungen in einem derartigen Umfang in keinem Fall von einer Person und damit auch nicht von Antragsteller erbracht worden sein könnten. Unter der günstigen Annahme, dass er im Quartal II/2016 65 Tage gearbeitet habe, ergäbe sich auf der Grundlage der Quartalszeit bereits ein Tageswert von 121.524 Minuten, durchschnittlich je Tag daher 31:10 Stunden. Werde der Quartalswert inklusive der dringenden Besuche zugrunde gelegt, steige der Zeitaufwand auf 36:51 Stunden. Es erschließe sich nicht, an wie vielen Tagen der Antragsteller persönlich tätig gewesen sei. Zwar behaupte er, mit seiner Abrechnung an 91 Tagen und damit durchgängig über das ganze Quartal jeden Tag gearbeitet zu haben, das überzeuge indes nicht. So widerspreche es jeder Lebenserfahrung, dass regelhaft an sieben Tagen in der Woche gearbeitet werde. Zudem behaupte der Antragsteller für die Quartale IV/2015 und I/2016 ebenso viele Arbeitstage, so dass er an 273 aufeinanderfolgenden Tagen durchgängig gearbeitet haben müsse. Dies entbehre jeder Wahrscheinlichkeit. Erschwerend komme hinzu, dass er an einer Vielzahl dieser Wochenend(arbeits-)tage Kompressionstherapien nach der GOP 02313 EBM abgerechnet habe. Hierzu habe er vorgetragen, diese hätten seine Helferinnen erbracht. Das lasse den Schluss zu, dass er nicht an jedem Wochenende anwesend gewesen sei. Unabhängig hiervon bestätige auch eine Tageswertberechnung nach Abzug der vermeintlichen Wochenendleistungen, dass er nicht oder zumindest nicht vollständig erbrachte Leistungen abgerechnet habe. An den Samstagen und Sonntagen wolle er zeitprofilrelevante Leistungen in einem Umfang i.H.v. 2.666,5 Minuten erbracht haben, so dass sich bei 65 Arbeitstagen durchschnittliche Arbeitszeiten von rund 30:29 Stunden bzw. 36:10 Stunden ermitteln ließen. Wenn er bei vielen Leistungen eine anteilige Erbringung durch seine Arzthelferinnen geltend mache, verkenne er, dass die Prüfzeiten im Anhang 3 des EBM nur die vom Arzt persönlich zu erbringenden Leistungen berücksichtigten. Soweit er die vielen abgerechneten Besuche bei Asylbewerbern zunächst damit begründet habe, dass ihnen die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel aufgrund von Sprachschwierigkeiten nicht zumutbar gewesen wäre, entspreche dass nicht den Vorgaben des EBM. Seine Behauptung, sehr viele Patienten zu behandeln, die krankheits- oder behinderungsbedingt seine Praxis nicht aufsuchen könnten, lasse sich nach Auswertung der ICD-10-Codierungen auf den Behandlungsscheinen nicht bestätigen. Von den 1.050 Minderjährigen, die der Antragsteller in diesem Quartal behandelt haben wolle, habe er für 130 Patienten Besuchsleistungen abgerechnet, davon in 123 Fällen über die Scheinart "Sonstige Kostenträger". Das sei deshalb bemerkenswert, weil anders als bei den Primärkassen die Vergütung hier stets zu 100 % erfolge. Nicht nachvollziehbar sei auch, dass diese Besuche nur 10-mal nach GOP 01410 EBM und 35-mal nach GOP 01413 EBM, aber insgesamt 316-mal nach den höher vergüteten GOP 01411/B EBM bzw. 01412 EBM als dringende Hausbesuche abgerechnet worden seien. Soweit der Antragsteller dies mit fieberhaften Infekten erklärt habe, stimme das nicht mit den Diagnosen in den Behandlungsscheinen überein. Es sei

unwahrscheinlich, wenn er die insgesamt 1.058 dringenden Hausbesuche (GOPen 01411, 01411B und 01412 EBM) nahezu ausschließlich über die 598 Behandlungsfälle "Sonstige Kostenträger" abrechne und bei vermeintlich 3.638 RLV-relevanten Behandlungsfällen lediglich einen dringenden Besuch nach GOP 01411B EBM ansetze. Die ausgewerteten Fallzahlen belegten die Falschabrechnung. Die angeblich 4.236 Behandlungsfälle beruhten zufolge seiner Angaben darauf, dass er regelhaft ganze Familien behandelt haben wolle. Hier dränge sich auf, dass der Antragsteller die Fallzahlen künstlich vermehrt habe ("Luftleistungen"), indem er Abrechnungsscheine für die ganze Familie angelegt, die darin aufgeführten Leistungen aber nicht erbracht habe (wird ausgeführt). Der erhebliche Umfang der Falschabrechnung bei den Zuschlägen nach GOP 03220 EBM und 03221 EBM bestätige sich durch einen Vergleich mit den Abrechnungsfrequenzen für das Folgequartal, die um 77 % bzw. 75 % niedriger gelegen hätten. Offensichtlich habe der Antragsteller auch die GOP 02313 EBM fehlerhaft angesetzt. Das folge aus der im Vergleich zur Fachgruppe ungewöhnlich hohen Abrechnungsfrequenz, seinem Vortrag, dass diese Leistungen von den Arzthelferinnen erbracht würden, sowie daraus, dass er die Leistungen nicht selten für die Behandlung von Kindern abgerechnet habe und die angegebenen Diagnosen nicht den Voraussetzungen der GOP 02313 EBM entsprochen hätten. Da die Abrechnung in erheblichem Umfang zeitlich implausibel und hinsichtlich der benannten GOPen offensichtlich falsch sei, habe die Vierteljahreserklärung ihre Garantiefunktion verloren. Soweit die Abrechnung fehlerhaft sei, müsse der Honorarbescheid aufgehoben und das zu Unrecht gezahlte Honorar zurückgefordert werden. Für die Bemessung des Rückforderungsbetrags stehe ihr - der Antragsgegnerin - ein Schätzungsermessen zu. Die Honoraranforderung des Antragstellers belaufe sich auf 312.039,73 EUR und übersteige damit das durchschnittliche Honorar der Vergleichsgruppe der Hausärzte (Quartal I/2016: 62.000,00 EUR) um ca. 400 %. Bereits dieses Missverhältnis stelle den gesamten Honoraranspruch in Frage. Es sei ausgeschlossen, dass der Antragsteller tatsächlich 4.236 Patienten behandelt habe; denn die durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe habe im Quartal I/2016 nur 1.044 betragen. Die Fallzahl und der Umfang der angeblich erbrachten Leistungen indizierten vorsätzliche Abrechnungsmanipulationen. Er habe "Luftleistungen" abgerechnet und ganze Behandlungsfälle künstlich konstruiert. Im Fall einer vorsätzlichen Falschabrechnung sei eine deutliche Honorarkürzung auf 61.794,08 EUR angezeigt. Dies gelte umso mehr, als der Antragsteller mit vergleichbaren Manipulationen schon in der Vergangenheit aufgefallen sei. Das derzeitige "Schadensergebnis" stehe unter dem Vorbehalt, dass sich im Rahmen etwaiger Folgeverfahren sowie ergänzender Recherchen nicht Sachverhalte ergäben, die eine weitergehende Rückforderung notwendig machten.

Diesen Bescheid hat der Antragsteller am 31.10.2016 mit Widerspruch angegriffen. Der Bescheid sei schon wegen formaler Mängel rechtswidrig, u.a. habe die Antragsgegnerin ihn nicht vor Bescheiderlass angehört (§ 24 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X)). Die Berechnung sei insofern rechnerisch falsch, als die Antragsgegnerin ausgehend von einem ursprünglich festgesetzten Gesamthonorar von 312.039,73 EUR das neu festzusetzende Gesamthonorar mit 61.794,08 EUR und den Rückforderungsbetrag mit 250.470,65 EUR angebe. Das verstoße gegen den Bestimmtheitsgrundsatz des § 33 SGB X, da die Plausibilitätskommission den Schaden mit lediglich 145.678,91 EUR beziffert habe. Für ein Schätzungsermessen sei kein Raum (wird ausgeführt). Angesichts der tatsächlichen Anzahl von Flüchtlingen habe er - der Antragsteller - den Grenzwert von 46.800 Minuten nicht einhalten können. Dass er viele chronisch kranke Patienten behandle, erkläre die höheren Abrechnungsfrequenzen der GOP 03220 und 03221 EBM. Der Rückschluss aus den Abrechnungshäufigkeiten im Folgequartal sei verfehlt (wird ausgeführt).

Am 03.01.2017 hat der Antragsteller beim SG Dortmund um einstweiligen Rechtsschutz nachgesucht und u.a. vorgetragen: Angesichts des bisherigen Verfahrensablaufs und der gegenläufigen Interessen der Beteiligten erscheine ein Antrag auf behördliche Aussetzung der Vollziehung aussichtslos, so dass das Rechtsschutzinteresse für ein gerichtliches Eilverfahren gegeben sei. Die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs sei anzuordnen. Der Rückforderungsbescheid erweise sich bei summarischer Betrachtung als rechtswidrig (wird ausgeführt). Insbesondere taugten die Zeitprofile nicht als Indizien für Abrechnungsauffälligkeiten. Da der EBM für die GOP 01411, 01411B und 01412 EBM keine Prüfzeiten ausweise, sei es der Antragsgegnerin verwehrt, sich auf eine unterstellte Bewertung dieser GOP mit jeweils 20 Minuten zu stützen (wird ausgeführt).

Der Antragsteller hat beantragt:

1. Die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs vom 31.10.2016 gegen den Honorarrückforderungsbescheid der Antragsgegnerin vom 24.10.2016 in Höhe von 250.470,65 EUR für das Quartal II/2016 wird angeordnet.
2. Die Antragsgegnerin wird verpflichtet, an den Antragsteller das von der Antragsgegnerin abgerechnete und einbehaltene Honorar für vertragsärztliche Leistungen nach Maßgabe des im Bescheid der Antragsgegnerin vom 24.10.2016 benannten Rückforderungsbetrages vollständig auszus zahlen, nebst Zinsen in Höhe von 5 % ab Rechtshängigkeit.
3. Es wird festgestellt, dass die Antragsgegnerin bis zu einer bestandskräftigen Entscheidung der Behörde bzw. bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung des Gerichts verpflichtet ist, die weiteren von dem Antragsteller abgerechneten Honorarzah lungen zu bescheiden und ungekürzt vollständig an diesen zu zahlen.

Die Antragsgegnerin hat beantragt,

die Anträge abzulehnen.

Für die Quartale III/2011 und ab I/2012 habe sie erhebliche, sich fortsetzende Abrechnungsimplausibilitäten festgestellt. Der Antragsteller habe kontinuierlich und zum Teil um mehr als das Doppelte die Zeitgrenze von 46.800 Minuten im Quartalsprofil überschritten. Außerdem habe er insbesondere dringende Hausbesuche und Fallzahlen in einem Umfang angesetzt, dass von "Luftleistungen" und künstlich konstruierten Behandlungsfällen auszugehen sei. Angesichts der fortgesetzten Falschabrechnungen habe sie - die Antragsgegnerin - das im Abrechnungsbescheid für II/2016 ausgewiesene Honorar von 312.039,73 EUR auf das durchschnittliche Honorar der Fachgruppe aus dem Vorjahresquartal und damit auf 55.934,77 EUR begrenzt. Nach Abzug der 2,2 % Verwaltungskosten (5.634,31 EUR) verringere sich der Rückforderungsbetrag auf 250.470,65 EUR. Dem Antragsteller verbleibe ein Honorar von 61.569,08 EUR. Auf den Einzug der in dem Quartal angefallenen Kostenumlage im organisierten Notfalldienst (225,00 EUR) habe sie ausnahmsweise verzichtet, so dass das Honorar letztlich 61.794,08 EUR betrage. Der Antragsteller habe auf das Quartal II/2016 im Voraus drei Abschlagszahlungen in Höhe von je 59.000,00 EUR erhalten. Eine Restzahlung komme daher nicht in Betracht. Der Antrag auf vorläufigen Rechtsschutz könne keinen Erfolg haben. Die Vierteljahreserklärung habe ihre Garantiefunktion verloren, da der Antragsteller in bislang 19 Quartalen kontinuierlich und bewusst nicht oder nicht vollständig erbrachte Leistungen abgerechnet und Behandlungsfälle angesetzt habe, ohne dass es zu einer Behandlung

gekommen wäre. Hierdurch habe er sein Honorar auf nahezu das Fünffache des durchschnittlichen Honorars seiner Fachgruppe gesteigert. Das rechtfertige es, das Honorar insoweit zurückzufordern, als es den Fachgruppendurchschnitt überschreite.

Mit Beschluss vom 06.06.2017 hat das SG den Antrag abgelehnt. Der Antrag zu 1) gründe auf [§ 86b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2](#) Sozialgerichtsgesetzes (SGG). Der Antrag sei zulässig. Insbesondere bestünden keine Zweifel am Rechtsschutzbedürfnis (wird ausgeführt). Der Antrag sei nicht begründet. Nach summarischer Prüfung sei der Rückforderungsbescheid nicht offensichtlich rechtswidrig. Zum Erfolg des Eilantrags führende Verfahrensverstöße seien nicht ersichtlich (wird ausgeführt). Soweit der Antragsteller die Berechnung des Rückforderungsbetrags als rechnerisch fehlerhaft moniere, habe die Antragsgegnerin die Unstimmigkeiten im Eilverfahren geklärt. Es sei überwiegend wahrscheinlich, dass die Antragsgegnerin die Abrechnungsimplausibilitäten zu Recht bejaht habe. Die beiden dem Bescheid beigelegten Quartalsprofile wiesen eine Gesamtminutenzahl von 121.524 bzw. 94.274,5 Minuten aus. Die Differenz erkläre sich aus den Zeiten für die Versichertenpauschalen, die einmal mit den im Anhang 3 zum EBM hierfür vorgesehenen Prüfzeiten und das andere Mal nur mit der Hälfte dieser Prüfzeiten angesetzt worden seien. In beiden Alternativen sei der Grenzwert von 780 Stunden bzw. 46.800 Minuten deutlich überschritten. Als Aufgreifkriterium begegne die einer Wochenarbeitszeit von 60 Stunden pro Woche entsprechende 780-Stunden-Grenze keinen Bedenken. Sie erscheine vielmehr großzügig, weil sie ausschließlich nach den im Anhang 3 zum EBM mit Prüfzeiten ausgewiesenen ärztlichen Leistungen am Patienten bemessen werde, während andere ärztliche Leistungen wie z.B. die in § 8 Abs. 2 Satz 2 der Richtlinien zu [§ 106a SGB V](#) (RiL) aufgeführten Leistungen, das Erstellen von ärztlichen Bescheinigungen, Berichten, Gutachten nach GOP 01620 ff. EBM, aber auch ärztliche Leistungen außerhalb der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung sowie Tätigkeiten des Praxismanagements und im Verlauf des Arbeitstags anfallende persönliche Aktivitäten wie Nahrungsaufnahme oder Toilettengänge zwar ebenfalls zur Bruttoarbeitszeit gehörten, bei der Berechnung des Aufgreifkriteriums nach der Rechtsprechung des Landessozialgerichts (LSG) Nordrhein-Westfalen (Urteil vom 11.02.2004 - [L 11 KA 72/03](#) -) allerdings außer Betracht blieben. Ausgehend von den in Anhang 3 zum EBM hinterlegten Prüfzeiten habe die Antragsgegnerin die Arbeitszeiten zutreffend errechnet. Sie habe § 8 Abs. 2 Satz 2 RiL beachtet und die dort aufgeführten Leistungen durchgängig nicht angesetzt. Ob die Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM unrealistisch lang bemessen seien, spiele im Zusammenhang mit der Frage nach dem Vorliegen des Aufgreifkriteriums keine Rolle. Die im EBM vereinbarten Prüfzeiten habe der Gesetzgeber als Grundlage für die Plausibilitätsprüfung vorgegeben ([§ 106a Abs. 2 Satz 4 SGB V](#)). Es fänden sich ausreichende, ein nicht ordnungsgemäßes Abrechnungsverhalten des Antragstellers belegende Anhaltspunkte. Soweit er die Maßgeblichkeit der zugrunde gelegten Prüfzeiten bezweifle und dazu deren fehlende Validität sowie eine besonders hohe Effizienz seiner Praxis geltend mache, führe das nicht weiter. Das von ihm in Bezug genommene Gutachten der IGES Institut GmbH aus dem Jahr 2010 befasse sich nicht mit den Prüfzeiten, sondern mit den ebenfalls in Anhang 3 zum EBM aufgeführten Kalkulationszeiten. Diese beträfen den geschätzten durchschnittlichen Zeitbedarf für den rein ärztlichen Leistungsanteil an einer EBM-Leistung, während die Prüfzeiten so bemessen seien, dass auch ein erfahrener, geübter und zügig arbeitender Arzt die Leistung im Durchschnitt in kürzerer Zeit schlechterdings nicht ordnungsgemäß und vollständig erbringen könne. Demgemäß seien die Prüfzeiten im Anhang 3 zum EBM überwiegend kürzer als die Kalkulationszeiten. Allerdings fänden sich durchaus Stimmen, die ausdrücklich auch die Prüfzeiten des Anhangs 3 zum EBM als nicht wissenschaftlich evaluiert, damit als zweifelhaft und hinsichtlich einiger Leistungen als nachweislich zu lang darstellten. Ferner sei der Protokollnotiz zu den RiL zu entnehmen, dass die Vertragspartner die Instrumente der Plausibilitätsprüfung selber für überprüfungs- und anpassungsbedürftig hielten. Die obergerichtliche Rechtsprechung (vgl. z.B. LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 08.07.2015 - [L 11 KA 63/13](#) -; Urteil vom 13.03.2013 - [L 11 KA 148/11](#) -, bestätigt durch Bundessozialgericht (BSG), Beschluss vom 11.12.2013 - [B 6 KA 37/13 B](#) -) habe die Prüfzeiten im Anhang 3 des EBM bisher dennoch nicht in Zweifel gezogen. Das Eilverfahren biete keinen Anlass, hiervon abzuweichen. Dabei sei auch zu berücksichtigen, dass es sich bei den Prüfzeiten im EBM um untergesetzliche Normen handle, die nur einer eingeschränkten richterlichen Überprüfung unterlägen. Dass der Normgeber die äußersten rechtlichen Grenzen der Rechtsetzungsbefugnis überschritten habe, lasse sich nach derzeitigem Erkenntnisstand nicht annehmen. Werde berücksichtigt, dass die im EBM benannten Prüfzeiten sich nur auf ärztliche Tätigkeiten bezögen, ein Arzt daneben in nicht unerheblichem Umfang auch noch Zeit für andere notwendige Aktivitäten im Praxisablauf aufwenden müsse und der Antragsteller insgesamt 1.110 dringende Hausbesuche (965 nach GOP 01411/B EBM, 94 nach GOP 01412 EBM und 51 nach GOP 01415 EBM) erbracht haben wolle, sei die fehlerhafte Abrechnung zweifelsfrei. Auch wenn der EBM für solche Besuche keine Prüfzeit ausweise, ändere das nichts daran, dass sie wegen der fehlenden Planbarkeit ihrer Abfolge regelmäßig eher mehr Zeit beanspruchten als die Hausbesuche nach GOP 01410 EBM. Lege man insoweit pro dringendem Besuch 20 Minuten zugrunde, folge hieraus bei 1.100 dieser Besuche eine zusätzliche Arbeitszeit von 22.200 Minuten. Selbst wenn für jede der im EBM mit einer Prüfzeit versehenen Leistungen jeweils nur die Hälfte dieser Prüfzeiten angesetzt und damit nur von (121.524: 2 =) 60.762 Minuten ausgegangen werde, ergäben sich zusammen mit den Zeiten für dringende Besuche immer noch für jeden der 92 Quartalstage, also einschließlich der Tage am Wochenende, eine durchschnittliche Nettoarbeitszeit von 15 Stunden. Daneben fänden sich konkrete Belege für Falschabrechnungen insbesondere im Hinblick auf die Besuchsleistungen. Dass der Antragsteller die von ihm insoweit abgerechneten Leistungen auch nur ansatzweise so oft erbracht habe, sei ausgeschlossen. Ausweislich der Anlagen zum Rückforderungsbescheid habe er 123 "normale" Hausbesuche im Sinne der GOP 01410 EBM und fast neunmal so viele, nämlich insgesamt 1.110 dringende Besuche nach GOP 01411/B, 01412 und 01415 EBM abgerechnet. Ein solches Verhältnis zwischen Besuchsleistungen nach GOP 01410 EBM einerseits und jenen nach GOP 01411, 01412, 01415 EBM sei nicht nur mit Blick auf die durchschnittlichen Abrechnungshäufigkeiten der Fachgruppe, sondern vor allem auch angesichts der Leistungsinhalte dieser GOPen nicht nachvollziehbar. Bei einer auf der Grundlage der Abrechnungsbescheide vorgenommenen differenzierenden Betrachtung nach einerseits Patienten, die als RLV-relevante Behandlungsfälle zählten (GKV-Patienten), und andererseits Patienten, deren Behandlungskosten der Sozialhilfeträger nach dem Asylbewerberleistungsgesetz übernehme (Asylbewerber), zeige sich, dass der Schwerpunkt dieses auffälligen Abrechnungsverhaltens im Bereich der Leistungen für Asylbewerber liege. Wie in den meisten Vorquartalen habe der Antragsteller bei diesem Patientenanteil keinen Hausbesuch nach GOP 01410 EBM abgerechnet. Dagegen liege der Anteil der dringenden Hausbesuche nach GOP 01411/B und GOP 01412/B EBM zusammengerechnet bei 180 %. Dieser extrem hohe Wert sei nicht nur für sich gesehen, sondern auch im Vergleich mit dem für RLV-Patienten, bei denen Leistungen nach GOP 01411/B, 01412/B EBM zusammen in 4 % der Fälle abgerechnet worden seien, implausibel. Gleichzeitig habe sich der auf die Behandlung von Asylbewerbern entfallende Honoraranteil gegenüber den im Verfahren [S 16 KA 157/16](#) streitbefangenen Prüfquartalen weiter gesteigert und mache bereits etwa zwei Drittel des GKV-Honorars aus. Dabei erscheine es zwar glaubhaft, dass der Antragsteller aus den von ihm genannten Gründen einen immer stärkeren Zulauf von Asylbewerbern habe. Jedoch könne das in keiner Weise den überproportionalen Anstieg des Fallwertes (im Quartal II/2106: 207,00 EUR) erklären, zumal es keine entsprechende Entwicklung bei den GKV-Patienten gebe. Die Abrechnung dringender Hausbesuche sei deutlich lukrativer jene der normalen Hausbesuche. Die EURO-Gebührenordnung weise für Hausbesuche nach GOP 01411 EBM bzw. GOP 01412 EBM Beträge aus, die seit 01.04.2011 gut doppelt bzw. knapp dreimal so hoch lägen wie die für Hausbesuche nach GOP 01410 EBM. Zum anderen sei die Behandlung von Asylbewerbern tendenziell lukrativer als die von GKV-Patienten. Während der Arzt bei Asylbewerbern und anderen Patienten, für deren Behandlungskosten nicht die GKV, sondern "Sonstige Kostenträger" aufkämen, seine Leistung stets nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet

erhalte, unterliege sein Honorar im Fall der Behandlung eines GKV-Patienten weitgehend einer Mengenbegrenzung. Außerdem sei zu berücksichtigen, dass der EBM für die GOP 01411 und 01412 keine Prüfzeiten ausweise und der Vertragsarzt bei der Abrechnung entsprechender Leistungen nicht Gefahr laufe, bei der Prüfung nach Tages- bzw. Quartalsprofilen aufzufallen. Solche Umstände machten es in der Gesamtschau zumindest überwiegend wahrscheinlich, dass der Antragsteller seine Abrechnungen nicht an den tatsächlichen Behandlungserfordernissen, sondern an abrechnungstaktischen Erwägungen ausgerichtet habe. Dieser Verdacht erhärte sich mit Blick auf sein Abrechnungsverhalten, wie es die Antragsgegnerin im Rückforderungsbescheid in dort beschriebenen Einzelfällen geschildert habe (wird ausgeführt). Überdies habe der Antragsteller die "Chronikerzuschläge" nach GOP 03220 EBM und GOP 03221 EBM 2.273-mal bzw. 1.290-mal abgerechnet. Jede der beiden GOPen dürfe nur einmal im Behandlungsfall angesetzt werden. Eine solche Frequenz würde bedeuten, dass etwas mehr als die Hälfte aller Patienten des Antragstellers unter mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung gemäß ICD-10 litten. Das sei angesichts der Patientenstruktur ausgeschlossen. Zuzufolge der Abrechnungsunterlagen bestehe das Patientengut zu 23 % (Vergleichsgruppe: 6 %) aus Minderjährigen und nur zu 13 % (Vergleichsgruppe: 30 %) aus Patienten ab Beginn des 55. bis zur Vollendung des 75. Lebensjahres bzw. zu 4 % aus noch älteren Patienten (Vergleichsgruppe: 16 %). Auch soweit die Antragsgegnerin davon ausgegangen sei, der Antragsteller rechne falsch ab, weil die Abrechnungsfrequenzen der Zuschläge nach GOP 03220 EBM und GOP 03221 EBM im Folgequartal um 77 % bzw. 75 % niedriger gelegen hätten, sei dies nicht zu beanstanden (wird ausgeführt). Im Übrigen fänden sich nachweisbare Fehler bei der Abrechnung der GOP 02313 EBM. Die Ansatzhäufigkeit liege im Durchschnitt der Fachgruppe bei 1,27 %. Der diese GOP ausweislich der Anlage zum Rückforderungsbescheid 994mal abrechnende Antragsteller erreiche bezogen auf die im Abrechnungsbescheid ausgewiesenen 4.313 Behandlungsfälle jedoch eine Abrechnungsfrequenz von 23 %. Das lasse sich angesichts des deutlich überdurchschnittlichen Anteils jüngerer Patienten nur durch eine nicht den Leistungsvoraussetzungen der GOP entsprechende Abrechnung erklären und anhand der von der Antragsgegnerin angeführten Fälle auch positiv belegen. Die im Behandlungsschein jeweils aufgeführten Diagnosen passten unter keinem Gesichtspunkt zu einer Kompressionstherapie. Nach alledem sei von einer in großem Umfang sachlich-rechnerischen Unrichtigkeit der Abrechnungen des Antragstellers für das Quartal II/2016 auszugehen. Die Antragsgegnerin sei daher berechtigt, die Honorarbescheide aufzuheben und die Honorare im Wege der Schätzung neu festzusetzen. Mit der Abrechnungssammelerklärung garantiere der Vertragsarzt, dass die Angaben auf den von ihm eingereichten Datenträgern zuträfen (vgl. § 45 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)). Diese Garantiefunktion sei wegen der aufgrund des Sachleistungsprinzips im Vertragsarztrecht auseinanderfallenden Beziehungen bei der Leistungserbringung (Verhältnis Arzt zum Patienten) und der Vergütung (Verhältnis Arzt zur Kassenärztlichen Vereinigung (KV)) und den damit verbundenen Kontrolldefiziten unverzichtbar. Das System der Abrechnung beruhe in weitem Maße auf dem Vertrauen, dass der Arzt die Behandlungsausweise zutreffend ausfülle bzw. durch sein Personal ausfüllen lasse. Insoweit komme der Abrechnungssammelerklärung als Korrelat zu dem Recht des Arztes, allein aufgrund eigener Erklärungen über Inhalt und Umfang der von ihm erbrachten Leistungen einen Honoraranspruch zu erwerben, eine entscheidende Funktion bei der Abrechnungsprüfung zu. Die nach bestem Wissen und Gewissen erstellte Abrechnungssammelerklärung sei eigenständige Voraussetzung für den Honoraranspruch. Aus dieser Funktion folge zugleich, dass die Erklärung in den Fällen, in denen sie sich wegen abgerechneter, aber nicht oder nicht ordnungsgemäß erbrachter Leistungen als falsch erweise, ihre Garantiewirkung nicht mehr erfülle, soweit nicht lediglich ein Fall schlichten Versehens vorliege. Wenn die Garantiefunktion der Abrechnungssammelerklärung entfalle und damit eine Voraussetzung für die Festsetzung des Honoraranspruches des Arztes fehle, sei der auf der Honorarabrechnung des Vertragsarztes in Verbindung mit seiner Bestätigung, ordnungsgemäß abgerechnet zu haben, beruhende Honorarbescheid rechtswidrig. Die Abrechnungssammelerklärung als Ganzes sei bereits dann unrichtig, wenn nur ein mit ihr erfasster Behandlungsausweis eine unrichtige Angabe über erbrachte Leistungen enthalte. Damit entfalle für die KV die Verpflichtung, dem Arzt mehr als eine unrichtige Abrechnung pro Quartal nachzuweisen. Im Ergebnis liege somit das Honorarrisiko auf der Seite des in seiner Honorarabrechnung unrichtige Angaben machenden Arztes. Angesichts dieser weitgehenden Konsequenzen sei es im Sinn einer angemessenen Risikoverteilung zwischen der KV einerseits und dem unrichtig abrechnenden Vertragsarzt andererseits sachlich gerechtfertigt und systemgerecht, diese Rechtsfolgen in Anwendung des dem § 45 Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 SGB X zu entnehmenden allgemeinen Rechtsgedankens auf den Fall zu beschränken, dass unrichtige Angaben auf den eingereichten Datenträgern zumindest grob fahrlässig erfolgt seien. Von einem schlichten Versehen im Einzelfall könne vorliegend nicht die Rede sein, so dass die Vierteljahreserklärung als Ganzes unrichtig sei, damit ihre Garantiefunktion verliere und der Honorarbescheid insgesamt als rechtswidrig habe aufgehoben werden können. Bei der Neufestsetzung habe die Antragsgegnerin ein weites Schätzungsermessen. Insoweit erscheine es vertretbar, dass sie bei der Schätzung des Rückforderungsbetrags auf das Durchschnittshonorar der Fachgruppe im Vorjahresquartal abgestellt habe, statt wie in 17 vorausgegangenen Quartalen nur den Leistungsanteil abzuschöpfen, der auf Leistungen jenseits der zeitlichen Grenze von 780 Stunden pro Quartal entfalle und der - ausgehend von einer bei den Versichertenpauschalen modifizierten und um Wochenendzeiten bereinigten Gesamtminutenzahl von 91.608 - von der Plausibilitätskommission mit 145.678,91 EUR beziffert worden sei. Anders als im Disziplinarverfahren gehe es bei der sachlich-rechnerischen Richtigstellung nicht um die Sanktionierung von Falschabrechnungen. Deshalb rechtfertige sich diese für den Antragsteller wesentlich ungünstigere Berechnungsmethode nicht unter dem Gesichtspunkt hartnäckig wiederholten Fehlverhaltens. Dieses sei für die Ausübung des Schätzungsermessens jedoch insofern bedeutsam, als es ein vorsätzliches Handeln belege. Denn der Antragsteller habe bei seiner Abrechnung für das Quartal II/2016 zum Teil abrechnungstaktisch motivierte Abrechnungsfehler wiederholt, obwohl ihm das bereits aus der unter dem 25.02.2015 eingeleiteten Anhörung in dem Rückforderungsverfahren für frühere Quartale vorgehalten worden sei. Ein solches Verhalten sei geeignet, sein Abrechnungsverhalten insgesamt in Zweifel zu ziehen, also auch insoweit, als das abgerechnete Leistungsvolumen unterhalb der 780-Stunden-Grenze liege. Es könne zwar sein, dass ein bei Abschöpfung des darüberliegenden Leistungsanteils ergebender Rückforderungsbetrag von 145.678,91 EUR ausreiche, um die Honoraranteile für solche Leistungen abzudecken, bei denen die Antragsgegnerin Abrechnungsfehler konkret nachgewiesen habe. Die über etliche Quartale hinweg aufgetretenen erheblichen Auffälligkeiten im Quartalsprofil und die zahlreichen Abrechnungsmanipulationen ließen in Zusammenschau mit der weit überdurchschnittlichen Höhe der Fallzahl diese Fallzahl insgesamt fragwürdig erscheinen. Daher sei es nicht zu beanstanden, wenn die Antragsgegnerin dem Antragsteller nur noch das durchschnittliche Honorar der Fachgruppe zugestehende. Dass sie dabei auf das Vorjahresquartal abgestellt habe, begegne keinen Bedenken. Bei dieser Sachlage überwiege das öffentliche Interesse an der sofortigen Vollziehung des angefochtenen Bescheides. Lasse sich keine offensichtliche Rechtswidrigkeit annehmen, sei regelmäßig vom Vorrang des öffentlichen Vollziehungsinteresses auszugehen. Gerade die ganz erhebliche Höhe der in Streit stehenden Rückforderungsbeträge lasse es im Hinblick auf die Realisierbarkeit der Rückforderung geboten erscheinen, alsbald mit der Vollziehung zu beginnen. Die damit verbundenen wirtschaftlichen Nachteile für den Antragsteller träten zurück. Dass die Fortführung seiner Praxis durch die Vollziehung gefährdet wäre, sei weder ersichtlich noch geltend gemacht. Soweit er sein Interesse an der Aussetzung der Vollziehung mit der Rechtswidrigkeit des Rückforderungsbescheides begründe, lasse sich diese nicht feststellen. Infolgedessen könne auch der Antrag zu 2) keinen Erfolg haben. Eine Feststellung im Sinne des Antrags zu 3) scheide aus, weil dafür angesichts der sofortigen Vollziehbarkeit des Rückforderungsbescheides kein Raum sei.

Diese Entscheidung greift der Antragsteller fristgerecht mit der Beschwerde an. Er trägt u.a. vor: Sei die Abrechnungs-Sammelerklärung als Ganzes bereits dann unrichtig, wenn nur ein mit ihr erfasster Behandlungsausweis eine unrichtige Angabe über erbrachte Leistungen enthalte, so sei es gegenläufig sachgerecht, dass auch ein Honorarrückforderungsbescheid bereits dann aufzuheben sei, wenn sich der Bescheid als rechtswidrig erweise. Damit liegt das jeweilige Risiko auf der Seite, die jeweils handle. Die Prüfzeiten im Anhang 3 des EBM beruhen seit ihrer Einführung auf Erfahrungswerten und seien bislang nicht wissenschaftlich überprüft. Die Partner im Beratungsausschuss hätten die Prüfzeiten anlässlich ihrer Erstellung normativ durch Verhandlungen definiert. Die fraglichen Daten seien empirisch weder ermittelt noch retrospektiv aussagefähig analysiert worden. Die Zeitangaben seien lediglich geschätzt. Die Rechtsprechung habe bislang nicht thematisiert, ob geschätzte und validierte Zeitangaben verwertet werden dürften. Nach der Rechtsprechung des BSG dürften Zeitangaben nur dann verwertet werden, wenn dem wissenschaftliche Erkenntnisse zugrunde lägen. Plausibilitätsprüfungen hätten keinen Einfluss auf die Beweislast. Der angefochtene Bescheid beruhe nur auf Vermutungen und rechtfertige weder die Richtigstellung noch die Rückforderung. Die Praxisfortführung werde durch den Einbehalt erheblich gefährdet. Er erhalte monatliche Abschlagszahlungen in Höhe von lediglich ca. 8.700,00 EUR.

Der Antragsteller beantragt sinngemäß,

den Beschluss des Sozialgerichts Dortmund vom 06.06.2016 abzuändern und nach seinen erstinstanzlichen Anträgen zu erkennen.

Die Antragsgegnerin beantragt,

die Beschwerde zurückzuweisen.

Sie bezieht sich auf die angefochtene Entscheidung des SG.

Hinsichtlich des Sach- und Streitstandes im Übrigen wird auf die Gerichtsakte und den beigezogenen Verwaltungsvorgang Bezug genommen.

II.

Die statthafte und im Übrigen zulässige Beschwerde ist nicht begründet. Der Widerspruch wird überwiegend wahrscheinlich keinen Erfolg haben.

1. Der Antrag zu 1.

a) Der Antrag ist zulässig.

aa) Der Antrag, die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs vom 31.10.2016 gegen den Bescheid vom 24.10.2016 anzuordnen, ist statthaft ([§ 86b Abs. 1 Satz 1 SGG](#)). Danach kann das Gericht der Hauptsache auf Antrag in den Fällen, in denen Widerspruch oder Anfechtungsklage aufschiebende Wirkung haben, die sofortige Vollziehung ganz oder teilweise anordnen (Nr. 1), in den Fällen, in denen Widerspruch oder Anfechtungsklage keine aufschiebende Wirkung haben, die aufschiebende Wirkung ganz oder teilweise anordnen (Nr. 2) und in den Fällen des [§ 86a Abs. 3 SGG](#) die sofortige Vollziehung ganz oder teilweise wiederherstellen (Nr. 3). Ist der Verwaltungsakt im Zeitpunkt der Entscheidung schon vollzogen oder befolgt worden, kann das Gericht die Aufhebung der Vollziehung anordnen. In entsprechender Anwendung der Norm kann das Gericht auf Antrag durch deklaratorischen Beschluss aussprechen, dass der Widerspruch bzw. die Klage aufschiebende Wirkung haben. Ein feststellender Ausspruch ist zwar dem Wortlaut nach in [§ 86b SGG](#) nicht ausdrücklich vorgesehen, er ist jedoch als Minus zur Anordnung der aufschiebenden Wirkung von [§ 86b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG](#) mit umfasst (z.B. Senat, Beschluss vom 27.05.2013 - [L 11 KA 16/13 B ER](#) -).

bb) Grundvoraussetzung für den Antrag auf Anordnung der sofortigen Vollziehung ist ein Rechtsschutzbedürfnis. Dieses ist gegeben.

Zwar ist die Zulässigkeit des Antrags nicht an ein irgendwie geartetes Vorverfahren geknüpft. Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat in seinem Beschluss vom 27.10.1998 - [2 BvR 2662/95](#) - indessen darauf hingewiesen, dass in Einklang mit [Art. 19 Abs. 4 GG](#) jede an einen Antrag gebundene Entscheidung ein Rechtsschutzbedürfnis voraussetzt (vgl. auch Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Auflage, 2017, vor § 51 Rn. 16a; Frehse in Jansen, SGG, 4. Auflage, 2012, § 86b Rn. 6 m.w.N.; Hommel in Peters/Sautter/Wolff, 4. Auflage, 78. Lfg., 9/2004, § 86b Rn. 35). Demzufolge gilt, dass im Interesse der Entlastung der Gerichte das Rechtsschutzbedürfnis zu verneinen ist, wenn der Beteiligte sein Begehren erkennbar auch außergerichtlich durchsetzen kann oder der Versuch, eine Aussetzung durch die Behörde zu erreichen, nicht von vornherein aussichtslos erscheint. Ein solcher Antrag wäre auch noch nach Klageerhebung zulässig, denn ab diesem Zeitpunkt können sowohl die Verwaltung als auch das Gericht die sofortige Vollziehung anordnen (Senat, Beschluss vom 16.04.2014 - [L 11 KA 76/13 B ER](#) -; Beschluss vom 27.05.2013 - [L 11 KA 16/13 B ER](#) -). Dieser Ansatz wiederum ist dahin einzuschränken, dass zwar beide Stellen zuständig sind, indessen die sofortige Vollziehung zunächst bei der Verwaltung zu beantragen ist. Erst wenn ein solcher Antrag erkennbar aussichtslos ist, besteht ein Rechtsschutzbedürfnis für eine Entscheidung des Gerichts (Senat, Beschluss vom 16.04.2014 - [L 11 KA 76/13 B ER](#) -; Beschluss vom 27.05.2013 - [L 11 KA 16/13 B ER](#) -; Frehse, a.a.O., § 86b Rn. 6 m.w.N.). Der gegenteiligen Entscheidung des BSG vom 17.01.2007 - [B 6 KA 4/07 R](#) - folgt der Senat nicht. Zwar führt das BSG aus, [§ 86b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) setze im Gegensatz zu [§ 80 Abs. 5 Verwaltungsgerichtsordnung \(VwGO\)](#) gerade nicht voraus, dass sich der Antragsteller zunächst an die Verwaltung wende, um eine Entscheidung der zuständigen Behörde über die Anordnung der sofortigen Vollziehung nach [§ 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG](#) zu erhalten. Das trifft zwar zu, greift indessen zu kurz. Dabei bleibt unberücksichtigt, dass [§ 80 Abs. 6 Satz 1 VwGO](#) das allgemeine Rechtsschutzbedürfnis lediglich normativ konkretisiert. Nur wenn die Behörde einen Aussetzungsantrag ablehnt oder die besonderen Voraussetzungen des [§ 80 Abs. 6 Satz 2 VwGO](#) vorliegen, kann unmittelbar die Aussetzung bei Gericht beantragt werden. Die Anforderungen der Rechtsprechung an die Formlichkeiten eines solchen Antrags sind streng (Redeker in Redeker/von Oertzen, VwGO, 16. Auflage, 2014, § 80 Rn. 38). Hieraus lässt sich nicht schlussfolgern, dass für das SGG Abweichendes gilt. Das Rechtsschutzbedürfnis ist Grundvoraussetzung dafür, dass ein Gericht sich in der Sache mit dem angetragenen Rechtsstreit befasst. Mithin ist ein Antrag nach [§ 86a Abs. 3 Satz 1 SGG](#) auch ohne normative Verfestigung entsprechend [§ 80 Abs. 6 Satz 1 VwGO](#) vorrangig (std. Rechtsprechung des Senats, vgl. Beschluss vom 06.02.2017 - [L 11 KA 62/16 B ER](#) -; Beschluss vom 16.04.2014 - [L 11 KA 76/13 B ER](#) -; Beschluss vom 27.05.2013 - [L 11 KA 16/13 B ER](#) -;

Beschluss vom 16.03.2011 - [L 11 KA 96/10 B ER](#) -; Beschluss vom 23.12.2010 - [L 11 KA 71/10 B ER](#) -; so auch Hommel, a.a.O., § 86b Rn. 27).

Der Antragsteller hat keinen Antrag auf Aussetzung der sofortigen Vollziehung nach [§ 86a Abs. 3 Satz 1 SGG](#) gestellt. Dennoch ist das Rechtsschutzbedürfnis gegeben. Denn aus dem prozessualen Vorbringen der Antragsgegnerin ist zu entnehmen, dass ein vorprozessual gestellter Antrag erkennbar aussichtslos gewesen wäre. Auf einen im Gerichtsverfahren zu stellenden Antrag kann der Antragsteller aus nähmlichem Grund nicht verwiesen werden. Im Übrigen hat die Antragsgegnerin die Sache der Staatsanwaltschaft übergeben. Das macht, wie schon das SG ausgeführt hat, mehr als deutlich, dass ein Aussetzungsantrag keinen Erfolg haben würde.

cc) Eine Untätigkeitsklage ([§ 88 Abs. 2 SGG](#)) musste der Antragsteller nicht zuvor erheben. Zwar ist das Widerspruchsverfahren noch anhängig. Die Frist des [§ 88 Abs. 2 Halbsatz 2 SGG](#) ist abgelaufen. Indessen liegt ein sachlicher Grund dafür vor, dass die Antragsgegnerin den Widerspruch nicht beschieden hat. Sie wartet den Ausgang des einstweiligen Rechtsschutzverfahrens ab, das für die Widerspruchsentscheidung letztlich vorgeflich ist.

b) Der Antrag zu 1. ist nicht begründet. Die Voraussetzungen für einen Aufschub liegen nicht vor.

aa) Rechtsgrundlage für diesen Antrag ist [§ 86b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG](#). Grundsätzlich entfaltet der Widerspruch zwar aufschiebende Wirkung ([§ 86a Abs. 1 Satz 1 SGG](#)). Anderes gilt indessen u.a. in durch Bundesgesetz bestimmten Fällen ([§ 86a Abs. 2 Nr. 4 SGG](#)). Eine solche Regelung enthält [§ 85 Abs. 4 Satz 6 SGB V](#). Hiernach hat die Klage gegen die Honorarfestsetzung sowie ihre Änderung oder Aufhebung keine aufschiebende Wirkung. Bescheide über die Honorarfestsetzung sind neben der vorläufigen und endgültigen Honorarfestsetzung auch die sachlich-rechnerische Richtigstellung und die hierauf fußende Honorarrückforderung einschließlich der Verrechnung solcher Forderungen mit dem Honoraranspruch (Senat, Beschluss vom 17.03.2010 - [L 11 B 25/09 KA ER](#) -).

bb) Der Antragsteller begehrt, den durch Gesetz beseitigten Suspensiveffekt seiner Klage wiederherzustellen. In Verfahren nach [§ 86b Abs. 1 SGG](#) ist nicht nach Anordnungsgrund und Anordnungsanspruch zu differenzieren (Senat, Beschluss vom 13.06.2016 - [L 11 KA 76/15 B ER](#) -; Beschluss vom 11.10.2013 - [L 11 KA 23/13 B ER](#) -; Beschluss vom 17.07.2013 - [L 11 KA 101/12 B ER](#) -). Demgegenüber wird für die Prüfung, ob und inwieweit die streitige Regelung wesentliche Nachteile zur Folge hat oder eine Rechtsverwirklichung vereitelt bzw. wesentlich erschwert, in beiden Varianten des [§ 86b Abs. 2 SGG](#) grundsätzlich auf die wirtschaftlichen Folgen der in geschützte Rechtsgüter (z.B. [Art. 12, 14 GG](#)) eingreifenden Regelung abgestellt (Senat, Beschluss vom 13.06.2016 - [L 11 KA 76/15 B ER](#) -; Beschluss vom 11.10.2013 - [L 11 KA 23/13 B ER](#) -; Beschluss vom 17.07.2013 - [L 11 KA 101/12 B ER](#) -; Beschluss vom 27.05.2013 - [L 11 KA 16/13 B ER](#) -). Hingegen nennt [§ 86b Abs. 1 SGG](#) keine Voraussetzungen für den Erfolg des Eilantrags (Hommel, a.a.O., § 86b Rn. 36). Infolgedessen ist zu klären, welcher Maßstab für die richterliche Eilentscheidung wesentlich ist. Hierzu werden unterschiedliche Auffassungen vertreten (Nachweise bei Frehse, a.a.O., § 86b Rn. 34). Der Senat hat als Eingangskriterium festgelegt, dass die öffentlichen und privaten Interessen abzuwägen sind (Senat, Beschluss vom 17.07.2013 - [L 11 KA 101/12 B ER](#) -; Beschluss vom 23.12.2010 - [L 11 KA 71/10 B ER](#) -; vgl. auch Keller, a.a.O., § 86b Rn. 12e ff.; Frehse, a.a.O., § 86b Rn. 34 ff.). Dabei steht eine Prüfung der Erfolgsaussichten zunächst im Vordergrund (Senat, Beschluss vom 06.05.2015 - [L 11 KA 10/14 B ER](#) -; Beschluss vom 17.07.2013 - [L 11 KA 101/12 B ER](#) -; Beschluss vom 16.03.2011 - [L 11 KA 96/10 B ER](#) -). Auch wenn das Gesetz keine materiellen Kriterien nennt, kann als Richtschnur für die Entscheidung davon ausgegangen werden, dass das Gericht dann die aufschiebende Wirkung wiederherstellt, wenn der angefochtene Verwaltungsakt offenbar rechtswidrig ist und der Betroffene durch ihn in subjektiven Rechten verletzt wird. Am Vollzug eines offensichtlich rechtswidrigen Verwaltungsaktes besteht kein öffentliches Interesse (z.B. Senat, Beschluss vom 13.06.2016 - [L 11 KA 76/15 B ER](#) -; Beschluss vom 06.05.2015 - [L 11 KA 10/14 B ER](#) -; Beschluss vom 10.11.2010 - [L 11 KA 87/10 B ER](#) -; Hommel, a.a.O., § 86b Rn. 38). Andererseits liegt ein überwiegendes öffentliches Interesse dann vor, wenn der angefochtene Verwaltungsakt ersichtlich rechtmäßig ist (Senat, Beschluss vom 13.06.2016 - [L 11 KA 76/15 B ER](#) -). Die Gesetzesbegründung formuliert hierzu ([BT-Drucks. 14/5943](#) zu Nr. 34, S. 15, li Spalte):

"Ein überwiegendes öffentliches Interesse an der sofortigen Vollziehung wird von den Gerichten regelmäßig auch dann angenommen, wenn sich ohne weiteres und in einer jeden vernünftigen Zweifel ausschließenden Weise erkennen lässt, dass der angefochtene Verwaltungsakt rechtmäßig ist und die Rechtsverfolgung des Bürgers keinerlei Erfolg verspricht (vgl. Beschluss des Bundesverwaltungsgerichts vom 29. April 1974, [NJW 1974, S. 1294/1295](#))."

Sind die Erfolgsaussichten nicht offensichtlich, müssen die für und gegen eine sofortige Vollziehung sprechenden Gesichtspunkte gegeneinander abgewogen werden. Dabei ist die Regelung des [§ 86a Abs. 3 Satz 2 SGG](#) zu beachten, wonach in den Fällen des [§ 86a Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) (Entscheidung über Versicherungs-, Beitrags- und Umlagepflichten sowie der Anforderung von Beiträgen, Umlagen und sonstigen öffentlichen Abgaben) die Vollziehung nur ausgesetzt werden soll, wenn ernstliche Zweifel an der Rechtmäßigkeit des angefochtenen Verwaltungsaktes bestehen oder die Vollziehung für den Antragsteller eine unbillige, nicht durch überwiegende öffentliche Interessen gebotene Härte zur Folge hätte. Vergleichbares gilt, wenn der Gesetzgeber die aufschiebende Wirkung der Anfechtungsklage wie im Fall der Regressfestsetzung durch den Beschwerdeausschuss in [§ 106c Abs. 3 Satz 5 SGB V](#) oder in Fällen des [§ 85 Abs. 4 Satz 6 SGB V](#) ausdrücklich ausgeschlossen hat (vgl. Senat, Beschluss vom 31.08.2011 - [L 11 KA 24/11 B ER](#) -). Im Rahmen der Interessenabwägung kommt es ggf. auch auf wirtschaftliche Beeinträchtigungen an, die in [§ 86b Abs. 1 SGG](#) keine solche Bedeutung wie im Anwendungsbereich des [§ 86b Abs. 2 SGG](#) haben. Für [§ 86b Abs. 1 SGG](#) sind wirtschaftliche Interessen ein Kriterium neben einer Vielzahl anderer in die Abwägung einzubeziehender Umstände und können - je nach Sachlage - auch von untergeordneter Wertigkeit sein (Senat, Beschluss vom 13.06.2016 - [L 11 KA 76/15 B ER](#) -; Beschluss vom 21.05.2010 - [L 11 B 15/09 KA ER](#) -).

cc) Der Bescheid vom 24.10.2016 erweist sich nach summarischer Prüfung als rechtmäßig.

(1) Rechtsgrundlage für die sachlich-rechnerische Richtigstellung einer Vertragsarztabrechnung ist [§ 106d SGB V](#). Durch Art. 2 Nr. 9 des GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 16.07.2015 ([BGBl I 2015, 1211](#)) wurde der Inhalt des zuvor die Plausibilitätsprüfung regelnden [§ 106a SGB V](#) nach [§ 106d SGB V](#) transferiert. Ergänzende Bestimmungen enthalten §§ 45, 46 BMV-Ä und § 34 Ersatzkassenvertrag-Ärzte (EKV-Ä). Die Rückforderung basiert auf [§ 50 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#).

(a) Als Grundnorm bestimmt [§ 106d Abs. 1 SGB V](#): "Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen prüfen die Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung." [§ 106d Abs. 2 SGB V](#) präzisiert diese Vorgabe nach Maßgabe weiterer Voraussetzungen. Gemäß [§ 106d Abs. 6 Satz 1 SGB V](#) vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der

Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich Inhalt und Durchführung der Prüfungen nach den Absätzen 2 bis 4.

(b) Die hierauf beruhenden "Richtlinien gemäß [§ 106a SGB V](#)" (RiL) sind u.a. auf die Prüfung der Abrechnungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte anzuwenden (§ 1 Abs. 1 RiL). Zuständig für die in [§ 106d Abs. 2 SGB V](#) vorgesehene Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit und die darauf bezogene Plausibilitätsprüfung ist die KV (§ 2 Abs. 1 RiL). Gegenstand der Abrechnungsprüfung ist die Rechtmäßigkeit der Abrechnungen (§ 3 Abs. 1 Satz 1 RiL). Das umfasst die rechtlich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung der erbrachten Leistungen und der geltend gemachten Sachkosten (§ 3 Abs. 1 Satz 2 RiL) und wird im Verfahren der sachlich-rechnerischen Richtigkeitsprüfung durchgeführt (§ 3 Abs. 2 Satz 1 RiL). Die Plausibilitätsprüfung in dem in § 7 RiL geregelten Umfang ist Teil der Prüfung (§ 3 Abs. 2 Satz 2 RiL). Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung zielt auf die Feststellung ab, ob die abgerechneten Leistungen rechtlich ordnungsgemäß, also ohne Verstoß gegen gesetzliche, vertragliche oder satzungsrechtliche Bestimmungen, erbracht worden sind (§ 4 Abs. 1 RiL). Die Plausibilitätsprüfung stellt ein Verfahren dar, mit dessen Hilfe aufgrund bestimmter Anhaltspunkte und vergleichender Betrachtungen die rechtliche Fehlerhaftigkeit ärztlicher Abrechnungen vermutet werden kann. Anhaltspunkte für eine solche Vermutung sind Abrechnungsauffälligkeiten (§ 5 Abs. 1 Satz 1 RiL). Solche sind durch die Anwendung der Aufgreifkriterien mit sonstigen Erkenntnissen aus Art und Menge der abgerechneten ärztlichen Leistungen zu gewinnende Indizien, welche es wahrscheinlich machen, dass eine fehlerhafte Leistungserbringung im Sinne des § 6 zu Grunde liegt (§ 5 Abs. 1 Satz 3 RiL). Rechtlich nicht ordnungsgemäß ist unter anderem insbesondere die Abrechnung von Leistungen, die nicht oder nicht vollständig erbracht wurden (§ 6 Abs. 2 Spiegelstrich 2 RiL). Im EBM genannte Leistungen bzw. Leistungskomplexe dürfen nur dann abgerechnet werden, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht worden ist (Ziffer 2.1 Satz 1 der Allgemeinen Bestimmungen des im Quartal II/2016 geltenden EBM). Die Leistungserbringung ist vollständig, wenn die obligaten Leistungsinhalte erbracht worden sind und die in den Präambeln, Leistungslegenden und Anmerkungen aufgeführten Dokumentationspflichten - auch die der Patienten- bzw. Prozedurenklassifikation (z. B. OPS, ICD 10 GM) - erfüllt, sowie die erbrachten Leistungen dokumentiert sind (Ziffer 2.1 Satz 5 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM). Die in der Überschrift zu einer Gebührenordnungsposition aufgeführten Leistungsinhalte sind immer Bestandteil der obligaten Leistungsinhalte (Ziffer 2.1 Satz 6 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM).

Abrechnungsauffälligkeiten sind durch Aufgreifkriterien mit sonstigen Erkenntnissen aus Art und Menge der abgerechneten ärztlichen Leistungen zu gewinnende Indizien, welche es wahrscheinlich machen, dass eine fehlerhafte Leistungserbringung im Sinne des § 6 zugrunde liegt (§ 5 Abs. 1 Satz 2 RiL). Die Plausibilitätsprüfung allein ersetzt nicht das Verfahren der sachlich-rechnerischen Richtigstellung. Erst wenn die KV aufgrund der Plausibilitätsprüfung allein oder in Verbindung mit weiteren Feststellungen zu dem Ergebnis kommt, dass die Leistungen fehlerhaft abgerechnet worden sind, führt sie ein Verfahren der sachlich-rechnerischen Richtigstellung durch (§ 5 Abs. 2 Satz 2 RiL). Mittels § 7 RiL wird die Plausibilitätsprüfung weiter präzisiert. So bestimmt § 7 Abs. 1 RiL, dass Plausibilitätsprüfungen von der KV als regelhafte (Absatz 2), als ergänzende Plausibilitätsprüfungen (Absatz 3), als Stichprobenprüfungen (Absatz 4) und als anlassbezogene Prüfungen (Absatz 5) durchgeführt werden. Die regelhafte Plausibilitätsprüfung erstreckt sich gem. § 7 Abs. 2 RiL auf die Feststellung von Abrechnungsauffälligkeiten i.S.v. § 5 Abs. 1 Satz 3 RiL durch Überprüfung des Umfangs der abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand (Prüfung nach Zeitprofilen (§ 8 RiL)). Ergibt die regelhafte Plausibilitätsprüfung Abrechnungsauffälligkeiten, werden ergänzende Plausibilitätsprüfungen nach Maßgabe des § 12 Abs. 1 durchgeführt (§ 7 Abs. 3 RiL). Die KV bestimmt nach Maßgabe des § 10 RiL für jedes Quartal die Zielrichtung und die Zielgruppen von Stichproben, durch welche nach einem Zufallsprinzip bei einer bestimmten Zahl von Ärzten zusätzlich die Abrechnungen auf Abrechnungsauffälligkeiten geprüft werden (§ 7 Abs. 4 RiL). Bei konkreten Hinweisen und Verdachtsmomenten (§ 20 RiL) führt die KV eine anlassbezogene Plausibilitätsprüfung durch (§ 7 Abs. 5 RiL). Für die Prüfung nach § 7 Abs. 2 RiL zugrunde zu legen sind die im Anhang 3 zum EBM in der jeweils gültigen Fassung aufgeführten Prüfzeiten für die ärztlichen Leistungen (§ 8 Abs. 1 RiL). Für jeden Tag der ärztlichen Tätigkeit wird im Hinblick auf die angeforderten Leistungen bei Vertragsärzten, -therapeuten, bei ermächtigten Ärzten, bei ermächtigten Instituten und ermächtigten Krankenhäusern gleichrangig ein Tageszeitprofil und ein Quartalszeitprofil ermittelt (§ 8 Abs. 2 Satz 1 RiL). Bei der Ermittlung der Zeitprofile bleiben Leistungen im organisierten Notfalldienst, die auf Muster 19 der Vordruckvereinbarung abgerechnet werden, Leistungen aus der unvorhergesehenen Inanspruchnahme des Vertragsarztes außerhalb der Sprechstundenzeiten und bei Unterbrechung der Sprechstunde mit Verlassen der Praxis, unverzüglich nach Bestellung durchzuführende dringende Besuche sowie - bei Belegärzten - Visiten außer Betracht (§ 8 Abs. 2 Satz 2 RiL). Anhang 3 zum EBM kennzeichnet darüber hinaus die nicht dem Tageszeitprofil unterliegenden behandlungsfall- und krankheitsfallbezogenen ärztlichen Leistungen (§ 8 Abs. 2 Satz 3 RiL). Beträgt die auf der Grundlage der Prüfzeiten ermittelte arbeitstäglige Zeit bei Tageszeitprofilen an mindestens drei Tagen im Quartal mehr als zwölf Stunden oder im Quartalszeitprofil mehr als 780 Stunden, erfolgen weitere Überprüfungen nach § 12 RiL (§ 8 Abs. 3 Satz 1 RiL). Ergeben die Plausibilitätsprüfungen nach §§ 8 bis 11 RiL Abrechnungsauffälligkeiten, so führt die KV weitere Prüfungen durch (§ 12 Abs. 1 RiL). Diese haben zum Ziel, mit Hilfe ergänzender Tatsachenfeststellungen und Bewertungen unter Berücksichtigung der Merkmale nach Absatz 3 festzustellen, ob gegen die rechtliche Ordnungsmäßigkeit nach § 6 RiL verstoßen worden ist oder nicht (§ 12 Abs. 2 RiL). Im Rahmen dieser Prüfungen berücksichtigt die KV auch im Katalog des § 12 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 und Nr. 2 RiL gelistete Feststellungen und Umstände, um zu prüfen, ob die Abrechnungsauffälligkeiten sich zugunsten des Arztes erklären lassen (§ 12 Abs. 3 Satz 1 RiL).

(c) Das Verfahren der Plausibilitätsprüfung und das Verfahren der Prüfung der sich daraus ergebenden Abrechnungsauffälligkeiten regeln gemäß [§ 106d Abs. 5 SGB V](#) i.V.m. § 13 RiL die jeweilige KV und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich in einer Verfahrensordnung. Im Bereich der Antragsgegnerin gilt die am 01.01.2015 in Kraft getretene Vereinbarung zur Durchführung der Abrechnungsprüfung nach [§ 106a Abs. 5 SGB V](#) (Plausibilitätsvereinbarung) vom 04.12.2014, die nach deren § 23 Abs. 2 auf alle nach dem 01.01.2015 begonnenen Prüfverfahren anzuwenden ist.

(2) Diese untergesetzlichen Regelungen sind von der Ermächtigungsgrundlage ([§ 106d Abs. 1, Abs. 2 und Abs. 5 SGB V](#)) gedeckt. Plausibilitätsprüfungen stellen nach der Intention des Gesetzes ein Verfahren dar, aufgrund bestimmter Anhaltspunkte und vergleichender Betrachtungen im Ergebnis die Fehlerhaftigkeit ärztlicher Abrechnungen aufzudecken. Die normativen Grundlagen ermächtigen die Vertragspartner nicht, in einschlägigen Vereinbarungen eine Umkehr der Beweislast zu vereinbaren. Ergibt eine Plausibilitätskontrolle für sich oder i.V.m. anderen Verfahren zur Prüfung vertragsärztlicher Abrechnungen, dass die Abrechnung des Vertragsarztes ganz oder teilweise unrichtig ist, so ist für eine Widerlegung dieser "Vermutung" durch den Arzt kein Raum. Kann sich die KV eine solche Überzeugung von der Fehlerhaftigkeit der Abrechnung nicht bilden, kann der erforderliche Nachweis nicht durch eine "Vermutung" ersetzt und der Nachweis der ordnungsgemäßen Abrechnung im Wege der Beweislastumkehr auf den Vertragsarzt verlagert werden. Ungeachtet aller in der Praxis vorkommenden und unvermeidlichen Abgrenzungsschwierigkeiten muss klar unterschieden werden, ob dem Arzt vorgehalten wird, Leistungen falsch abgerechnet oder lediglich bestimmte Leistungen in einem unwirtschaftlichen Ausmaß erbracht und abgerechnet zu

haben (so BSG, Urteil vom 08.03.2000 - [B 6 KA 16/99 R](#) -). Sachlich-rechnerische Richtigstellung und Honorarrückforderung sind demnach erst dann zulässig, wenn sich die KV auf der Grundlage der durchgeführten Plausibilitätsprüfung, ggf. unter Einbindung weiterer Umstände, die Überzeugung davon verschafft hat, der betreffende Vertragsarzt habe fehlerhaft abgerechnet. Entscheidungen auf der Basis von Vermutungen sind per se fehlerhaft.

Entgegen der vom Antragsteller vertretenen Auffassung genügt § 6 Abs. 2 der Plausibilitätsvereinbarung den von § 106d Abs. 6 SGB aufgestellten Anforderungen. Das folgt systematisch und grammatikalisch aus der Normüberschrift und aus dem Regelungsgehalt. Das vom Antragsteller zitierte Urteil des BSG vom 08.03.2000 - [B 6 KA 16/99 R](#) - definiert die Voraussetzungen für eine rechtmäßige sachlich-rechnerische Richtigstellung auf der Grundlage einer Plausibilitätsprüfung. Demgegenüber bezieht sich § 6 der Plausibilitätsvereinbarung auf "Grundsätze zur Ermittlung des Honorarschadens", betrifft mithin eine andere und spätere Ebene. Auch der Inhalt des § 6 Abs. 2 der Plausibilitätsvereinbarung ist in den durch die Überschrift der Norm eingrenzten Regelungsbereich eingebunden. In Satz 1 wird festgelegt, dass bei einer zeitlich auffälligen Abrechnung als Ergebnis der Prüfung nach § 2 als Schaden das Honorar zugrunde zu legen ist, das sich aus dem prozentualen Verhältnis der Zeitüberschreitung der zulässigen Quartals- bzw. Tageszeit nach der RiL, multipliziert mit dem anerkannten Gesamthonorar (ohne Kosten, Wegegebühren und Laborkosten) ergibt. Satz 2 präzisiert dahin, dass Honorarkürzungen aufgrund bestandskräftigen, nachträglichen sachlich-rechnerischen Richtigstellungen oder aus Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren grundsätzlich von dem errechneten Schadensbetrag abgezogen werden.

All das hat mit den von Antragsteller in diesem Zusammenhang diskutierten und vom BSG (a.a.O.) abgehandelten Fragen der Beweislast nichts zu tun. Vielmehr verdeutlicht die Bezugnahme des § 6 Abs. 2 Satz 1 der Plausibilitätsvereinbarung auf deren § 2 (Abs. 1: "Die KVWL prüft die Plausibilität der vertragsärztlichen Abrechnungen für jedes Quartal nach [§ 106a Abs. 2 Satz 2](#) und 3 SGB V nach den in §§ 5, 7, 8, 8a, 9, 11, 11a i.V.m. § 12 RiLi festgelegten Grundsätzen.), dass die normativen und vom BSG verdichteten Vorgaben einzuhalten sind. Die Grundsätze bestimmt § 5 Abs. 1 Satz 1 RiL wie folgt: "Die Plausibilitätsprüfung stellt ein Verfahren dar, mit dessen Hilfe aufgrund bestimmter Anhaltspunkte und vergleichender Betrachtungen die rechtliche Fehlerhaftigkeit ärztlicher Abrechnungen vermutet werden kann. Anhaltspunkte für eine solche Vermutung sind Abrechnungsauffälligkeiten." § 5 Abs. 2 Satz 1 RiL ergänzt: "Die Plausibilitätsprüfung allein ersetzt nicht das Verfahren der sachlich - rechnerischen Richtigstellung. Erst wenn die Kassenärztliche Vereinigung aufgrund der Plausibilitätsprüfung allein oder in Verbindung mit weiteren Feststellungen zu dem Ergebnis kommt, dass die Leistungen fehlerhaft abgerechnet worden sind, führt die Kassenärztliche Vereinigung ein Verfahren der sachlich-rechnerischen Richtigstellung durch." Beide Textpassagen entsprechen nahezu wortgetreu den Erkenntnissen des BSG im Urteil vom 08.03.2000 - [B 6 KA 16/99 R](#) - (zum Beweiswert von Tagesprofilen s. im Übrigen BSG, Urteil vom 24.11.1993 - [6 RKa 70/91](#) -).

(3) Der angefochtene Bescheid ist allerdings formell fehlerhaft. Die Antragsgegnerin hat [§ 24 Abs. 1 SGB X](#) nicht beachtet. Der Mangel ist heilbar und rechtfertigt nicht die beantragte einstweilige Regelung. Im Übrigen ist der Bescheid hinlänglich begründet ([§ 35 Abs. 1 SGB X](#)).

(a) Die Antragsgegnerin hätte dem Antragsteller Gelegenheit geben müssen, sich zu den für die Entscheidung erheblichen Tatsachen zu äußern ([§ 24 Abs. 1 SGB X](#)). Der Bescheid greift in seine Rechte ein. Die Ausnahmetatbestände des [§ 24 Abs. 2 SGB X](#) liegen nicht vor. Der Mangel ist heilbar. Die Verletzung des [§ 24 Abs. 1 SGB X](#) ist unbeachtlich, wenn die erforderliche Anhörung nachgeholt wird ([§ 41 Abs. 1 Nr. 3 SGB X](#)). Das kann bis zur letzten Tatsacheninstanz eines sozial- oder verwaltungsgerichtlichen Verfahren geschehen ([§ 41 Abs. 2 SGB X](#)). Nach Aktenlage hat der Antragsteller zwar Widerspruch eingelegt ([§ 78 Abs. 1 SGG](#)), indessen ist hierüber noch nicht entschieden. Infolgedessen kann die fehlende Anhörung nachgeholt werden.

(b) Die Bescheidbegründung genügt die Anforderungen des [§ 35 Abs. 1 SGB X](#). Die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe, die die Antragsgegnerin zu ihrer Entscheidung bewogen haben, sind wiedergegeben. Sie hat auf 1 ½ Seiten den aus ihrer Sicht entscheidungserheblichen Sachverhalt referiert, sodann die maßgebenden Rechtsgrundlagen unter Einbeziehung der hierzu ergangenen Rechtsprechung des BSG und des erkennenden Senats präsentiert, dem schließlich auf rund acht Seiten den Sachverhalt zugeordnet und dem Bescheid als Anlage das Quartalsprofil II/2016 beigelegt. Das genügt den Vorgaben des [§ 35 Abs. 1 SGB X](#).

(c) Soweit der Antragsteller moniert, der Rückforderungsbetrag sei rechnerisch fehlerhaft berechnet worden, weswegen der Bescheid gegen das Bestimmtheitsgebot ([§ 33 Abs. 1 SGB X](#)) verstoße, führt das nicht weiter. Die Antragsgegnerin hat die fragliche Berechnung im erstinstanzlichen Verfahren erläutert und kann dies in den noch zu erteilenden Widerspruchsbescheid einbinden.

(4) Materiell-rechtlich ist der Entscheidung des SG beizutreten. Auf dessen ausführliche und als zutreffend erachtete Begründung nimmt der Senat zur Vermeidung von Wiederholungen Bezug ([§§ 142 Abs. 2 Satz 3, 153 Abs. 2 SGG](#)). Das Beschwerdevorbringen rechtfertigt keine abweichende Entscheidung.

(a) Die vom Antragsteller geäußerte Auffassung, im Rahmen einer Risikoabwägung sei es sachgerecht, einen Honorarrückforderungsbescheid bereits dann aufzuheben, wenn er sich als rechtswidrig erweise, da auch die Abrechnungssammelerklärung als Ganzes bereits dann unrichtig sei, wenn nur ein mit ihr befasster Behandlungsausweis eine unrichtige Angabe über erbrachte Leistungen enthalte, führt nicht weiter. Die rechtliche Bedeutung erschließt sich nicht. Sollte der Honorarrückforderungsbescheid rechtswidrig sein, ist er grundsätzlich aufzuheben ([§ 54 Abs. 3 Satz 1 SGG](#)). Lediglich in Fällen formeller Mängel scheidet eine Kassation dann auf, wenn diese heilbar und geheilt sind (hierzu [§§ 41, 42 SGB X](#)). Die vom Antragsteller diskutierten Fragen einer etwaigen Risikoabwägung stellen sich angesichts der normativen Gegebenheiten nicht.

(b) Die Abrechnungsprüfung ist nicht zu beanstanden.

(a) Nach [§ 106d Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) bezieht sich die arztbezogene Plausibilitätsprüfung insbesondere auf den Umfang der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand des Vertragsarztes. Bei dieser Prüfung ist ein Zeitrahmen für das pro Tag höchstens abrechenbare Leistungsvolumen zu Grunde zu legen; zusätzlich können Zeitrahmen für die in längeren Zeitperioden höchstens abrechenbaren Leistungsvolumina angesetzt werden ([§ 106d Abs. 2 Satz 3 SGB V](#)). Um nach diesen Vorgaben prüfen zu können, bedarf es der Definition zweier Parameter. Zunächst müssen die Behandlungszeiten des Arztes bestimmt werden. Hierzu dienen Tages- bzw. Quartalsprofile. Sodann ist zu klären, ob das auf Tage und/oder längere Zeiträume aufaddierte Zeitvolumen plausibel ist. Das bedingt einen Abgleich der addierten Zeiten mit zuvor festgelegten Durchschnittszeiten.

(aa) Die Antragsgegnerin hat eine Prüfung mittels Quartals- und Tagesprofilen durchgeführt. Die Eignung von Tagesprofilen als Indizienbeweis für eine nicht ordnungsgemäße Abrechnung hat das BSG bereits bejaht (Urteil vom 11.03.2009 - [B 6 KA 62/07 R](#) -; Urteil vom 24.11.1993 - [6 RKA 70/91](#) -). Tagesprofile sind unter bestimmten Voraussetzungen ein geeignetes - und bei übermäßiger Praxisausdehnung in der Regel das einzige - Beweismittel, um einem Arzt unkorrekte Abrechnungen nachweisen zu können. Die Beweisführung mit Tagesprofilen ist dem Indizienbeweis zuzuordnen, denn mit ihnen wird über den Beweis von Hilfstatsachen auf das Vorliegen beweisrelevanter Tatsachen geschlossen (BSG, Urteil vom 24.11.1993 - [6 RKA 70/91](#) -). Tagesprofile stellen die Addition der Behandlungszeiten für Leistungen dar, die der Arzt an einem Tag abgerechnet hat. Ihnen kann ein Beweiswert nur dann zukommen, wenn bei ihrer Erstellung bestimmten Anforderungen, die sich aus der Eigenart dieses Beweismittels ergeben, genügt worden ist. Zunächst dürfen für die Ermittlung der Gesamtbehandlungszeit des Arztes an einem Tag nur solche Leistungen in die Untersuchung einbezogen werden, die sein Tätigwerden selbst voraussetzen. Delegationsfähige Leistungen bleiben außer Betracht. Zu berücksichtigen ist weiter, dass die für die einzelnen ärztlichen Leistungen zugrunde zu legenden Durchschnittszeiten so bemessen sein müssen, dass auch 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. Die Festlegung der für eine ärztliche Leistung aufzuwendenden Durchschnittszeit beruht auf ärztlichem Erfahrungswissen. Sie ist deshalb ebenso und in dem Umfang gerichtlich überprüfbar, in dem auch im Übrigen auf ärztlichem Erfahrungswissen beruhende Festlegungen überprüft werden. Bei der Erstellung von Tagesprofilen ist zudem zu beachten, dass bestimmte Leistungen nebeneinander berechnungsfähig sind, der zu berücksichtigende Zeitaufwand in diesen Fällen also nicht für jede Leistung angesetzt werden darf. Tagesprofile müssen für einen durchgehenden längeren Zeitraum erstellt werden, wobei es angezeigt erscheint, wenigstens ein Abrechnungsquartal heranzuziehen (so BSG, Urteil vom 24.11.1993 - [6 RKA 70/91](#) -). Für Quartalsprofile, die Behandlungszeiten für Leistungen dokumentieren, die der Vertragsarzt in einem Quartal und damit in einem deutlich längeren Zeitraum abgerechnet hat, gilt nichts anderes (BSG, Beschluss vom 17.08.2011 - [B 6 KA 27/11 B](#) -).

Sind Tagesprofile unter Beachtung dieser Kriterien erstellt worden, ist es rechtlich unbedenklich, aus ihnen bei entsprechenden Ergebnissen im Wege des Indizienbeweises auf die Abrechnung nicht oder nicht ordnungsgemäß erbrachter Leistungen durch einen Arzt zu schließen. Ergibt sich in einem Tagesprofil eine tägliche Gesamtarbeitszeit, die der Arzt unmöglich geleistet haben kann, so ist die Schlussfolgerung gerechtfertigt, er könne nicht alle abgerechneten Leistungen vollständig erbracht haben. Da nicht bzw. nicht in vollem Umfang erbrachte Leistungen nicht berechnungsfähig sind (Allgemeine Bestimmungen A I 2.1 Satz 1 EBM), können sie im Wege der sachlich-rechnerischen Berichtigung gestrichen werden (Senat, Urteil vom 29.02.2012 - [L 11 KA 71/08](#) -).

So liegt es hier. Zur Überzeugung des Senats hat der Antragsteller Leistungen abgerechnet, die er in diesem Umfang schlechterdings nicht erbracht haben kann. Auf die als zutreffend erachteten Ausführungen des SG wird Bezug genommen ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

(bb) Der über Tages- und oder Quartalsprofile ermittelte Behandlungsaufwand ist mit Durchschnittszeiten zu vergleichen. Diese können auf ärztlichem Erfahrungswissen beruhen (hierzu BSG, Urteil vom 24.11.1993 - [6 RKA 70/91](#) -) oder normativ verfestigt sein.

Vorliegend greifen beide Varianten.

(aaa) Soweit nach [§ 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) im EBM Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes bestimmt sind, sind diese Zeiten bei diesen Prüfungen zu Grunde zu legen ([§ 106d Abs. 2 Satz 4 SGB V](#)). Die Angaben sind in Anhang 3 zum EBM enthalten. Sie sind nach Leistungspositionen geordnet und aufgeteilt in die Kalkulationszeit und die Prüfzeit. Die Kalkulationszeit bezieht sich auf die der Kalkulation im EBM zu Grunde liegende, festgesetzte Durchschnittszeit für die jeweilige Leistung. Die im Rahmen der Plausibilitätsprüfung relevante Prüfzeit entspricht der Mindestzeit, die ein besonders geübter und/oder erfahrener Arzt zur Erbringung der betreffenden Leistung benötigt. Während die Kalkulationszeiten auch den Zeitaufwand für delegierbare Leistungsbestandteile umfassen, beschränken sich die Prüfzeiten auf die reine Arztleistung und liegen daher in der Regel 20 % niedriger als die Kalkulationszeiten (Senat, Urteil vom 01.09.2010 - [L 11 KA 29/08](#) -). So ist der GOP 01410 EBM (Besuch) eine Prüfzeit von 20 Minuten zugewiesen. Die GOPen 01411 EBM und GOP 01412 EBM enthalten bezogen auf Prüfzeiten keinen Eintrag. Die GOP 01413 EBM (Besuch eines weiteren Kranken) wird mit einer Prüfzeit von sieben Minuten bemessen. Die Antragsgegnerin hat diese Zeiten angesetzt und hinsichtlich fehlender Prüfzeiten auf ärztliches Erfahrungswissen zurückgegriffen. Das ist grundsätzlich nicht zu beanstanden (s. BSG, Urteil vom 24.11.1993 - [6 RKA 70/91](#) -; Senat, Urteil vom 29.02.2012 - [L 11 KA 71/08](#) -).

Teil des EBM ist auch der mit "Angaben für den zur Leistungserbringung erforderliche Zeitaufwand des Vertragsarztes gemäß [§ 87 Abs. 2 S. 1 SGB V](#) in Verbindung mit [§ 106d Abs. 2 SGB V](#)" überschriebene Anhang 3. Hierzu stützt der Antragsteller seine Beschwerde darauf, dass die im Anhang 3 gelisteten Prüfzeiten empirisch nicht belegt und damit nicht verwertbar seien. Zur Begründung bezieht er sich auf die "Expertise zur Plausibilität der Kalkulation des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM)" des IGES aus dem Jahr 2010.

Das führt im Ergebnis nicht weiter.

Der EBM ist kraft Gesetzes zwingend Teil der Bundesmantelverträge ([§ 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). Der Gesetzgeber bezeichnet den EBM zwar als "Vereinbarung" der Partner der Bundesmantelverträge, entzieht aber den für die entsprechenden Vertragsabschlüsse originär zuständigen Organen der KBV und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Verhandlungs- und Abschlusskompetenz (hierzu Hencke in Peters, Handbuch der Krankenversicherung Teil II - SGB V, 19. Auflage, 74. Lfg., 4/2010). Die Kompetenz, den EBM zu vereinbaren, wird stattdessen dem Bewertungsausschuss übertragen ([§ 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) "vereinbaren durch Bewertungsausschüsse"). Die Bundesmantelverträge ([§ 82 Abs. 1 SGB V](#)) sind verbindlich für die KVen ([§ 81 Abs. 3 Nr. 1 SGB V](#)), deren Mitglieder ([§ 95 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#)), ermächtigte Ärzte und Institutionen ([§ 95 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#)) sowie für die Landesverbände der Krankenkassen und deren Mitgliedskassen ([§ 210 Abs. 2 SGB V](#)). Es handelt sich um untergesetzliche Normenverträge (vgl. Senat, Beschluss vom 19.03.2012 - [L 11 KA 15/12 B ER](#) -).

Die richterliche Kontrolle einer solch untergesetzlichen Norm beschränkt sich darauf, ob diese sich auf eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage stützen kann und ob die äußersten rechtlichen Grenzen der Rechtsetzungsbefugnis durch den Normgeber überschritten wurden. Letzteres ist erst dann der Fall, wenn die getroffene Regelung in einem "groben Missverhältnis" zu den mit ihr

verfolgten legitimen Zwecken steht, also in Anbetracht des Zwecks der Ermächtigung schlechterdings unvertretbar oder unverhältnismäßig ist (BSG, Urteil vom 28.06.2017 - [B 6 KA 36/16 R](#) - m.w.N.). Sofern eine Norm tatsächliche Umstände zur Grundlage ihrer Regelung macht, erstreckt sich die gerichtliche Überprüfung insbesondere darauf, ob der Bewertungsausschuss - soweit mehrere Arztgruppen betroffen sind - nach einheitlichen Maßstäben verfahren und inhaltlich darauf, ob seine Festsetzung frei von Willkür ist, d.h. ob er sich in sachgerechter Weise an Berechnungen orientiert hat und ob sich seine Festsetzung innerhalb des Spektrums der verschiedenen Erhebungsergebnisse hält. Der festgesetzte Zahlenwert muss "den Bedingungen rationaler Abwägung genügen" (BSG, Urteil vom 28.06.2017 - [B 6 KA 36/16 R](#) - m.w.N.). Dabei darf die gerichtliche Kontrolldichte nicht überspannt werden. Der an den Bewertungsausschuss gerichtete gesetzliche Gestaltungsauftrag zur Konkretisierung der Grundlagen der vertragsärztlichen Honorarverteilung umfasst auch den Auftrag, Leistungsgeschehen in der vertragsärztlichen Versorgung sinnvoll zu steuern (BSG, Urteil vom 28.05.2008 - [B 6 KA 9/07 R](#) -; Urteil vom 16.05.2001 - [B 6 KA 20/00 R](#) -). Hierzu bedarf es komplexer Kalkulationen, Bewertungen, Einschätzungen und Prognosen, die nicht jeden Einzelfall abbilden können, sondern notwendigerweise auf generalisierende, typisierende und pauschalierende Regelungen angewiesen sind (hierzu BVerfG, Urteil vom 19.03.2003 - [2 BvL 9/98](#) -; BSG, Urteil vom 28.05.2008 - [B 6 KA 9/07 R](#) -). Die gerichtliche Überprüfung eines komplexen und auch der Steuerung dienenden Regelungsgefüges darf sich deshalb nicht isoliert auf die Bewertung eines seiner Elemente beschränken, sondern muss stets auch das Gesamtergebnis der Regelung mit in den Blick nehmen (BVerfG, Urteil vom 06.03.2007 - [2 BvR 556/04](#) -). Die Richtigkeit jedes einzelnen Elements in einem mathematischen, statistischen oder betriebswirtschaftlichen Sinne ist deshalb nicht Voraussetzung für die Rechtmäßigkeit der gesamten Regelung (BSG, Urteil vom 28.05.2008 - [B 6 KA 9/07 R](#) -; Urteil vom 16.05.2001 - [B 6 KA 20/00 R](#) -). Auch die Festsetzung des Betriebskostenansatzes ist angesichts der Bewertungen, von denen sie abhängt, als Normsetzung zu qualifizieren (BSG, Urteil vom 28.05.2008 - [B 6 KA 9/07 R](#) -). Die gerichtliche Kontrolle erstreckt sich insbesondere darauf, ob der Bewertungsausschuss sich in sachgerechter Weise an vorliegenden Berechnungen orientiert hat und von Annahmen ausgegangen ist, die sich innerhalb des Spektrums vorliegender Erhebungsergebnisse halten (zum Ganzen s. auch BSG, Urteil vom 28.06.2017 - [B 6 KA 36/16 R](#) - m.w.N.).

Ausgehend von diesen Grundsätzen sind die in Anhang 3 zum EBM niedergelegten Prüfzeiten nach summarischer Prüfung nicht zu beanstanden. [§ 106d Abs. 2 Satz 4 SGB V](#) bestimmt durch Bezugnahme auf [§ 87 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V](#), dass die im EBM in der jeweils gültigen Fassung (§ 8 Abs. 1 RiL) enthaltenen Angaben zum Zeitaufwand bei den Prüfungen zu Grunde zu legen sind. Diese normative Konzeption verfolgt das Ziel, die Transparenz der Leistungsbewertung im EBM und die Wirksamkeit der Abrechnungsprüfungen durch die KV nach [§ 106a SGB V](#) zu verbessern ([BT-Drucks. 15/1525, S. 104](#)).

Angesichts dieser Regelung ist der vom Antragsteller gerügte Ansatz der Prüfzeiten nicht zu beanstanden, soweit diese dem Anhang 3 zum EBM entnommen wurden. Mit Anhang 3 liegen bundeseinheitliche Messgrößen vor, die der Plausibilitätsprüfung nach Zeitprofilen zugrunde zu legen und die für Vertragsärzte und KVen verbindlich sind (LSG Hessen, Urteil vom 13.09.2017 - [L 4 KA 65/14](#) -; Urteil vom 26.11.2014 - [L 4 KA 2/11](#) -). Im Übrigen ist es mit dem BVerfG und dem BSG unbedenklich, wenn die Daten eines strukturierten und in sich stimmigen Regelungsgefüges auf komplexen Kalkulationen, Bewertungen, Einschätzungen und Prognosen beruhen, die nicht jeden Einzelfall abbilden können, sondern notwendigerweise auf generalisierende, typisierende und pauschalierende Regelungen angewiesen sind (vgl. BVerfG, Urteil vom 19.03.2003 - [2 BvL 9/98](#) -; BSG, Urteil vom 28.05.2008 - [B 6 KA 9/07 R](#) -). Auch wenn die Prüfzeiten nicht wissenschaftlich ermittelt sein mögen, sind sie doch "aufgrund von Expertenwissen, Einschätzungen von ärztlichen Berufsverbänden, medizinischen Fachgesellschaften, des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen und einzelner Ärzte" (Auskunft der KBV vom 06.09.2013; zitiert nach Gille, Prüfzeiten des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes - Validität sowie Korrelation mit Realzeiten am Beispiel der Koloskopie, 2015, S. 17) festgelegt und zum Bestandteil der im paritätisch besetzten Bewertungsausschuss getroffenen Vereinbarungen gemacht worden. Soweit in die Prüfzeiten auch Erkenntnisse aus dem in der Schweiz geltenden Abrechnungssystem (TARMED) eingeflossen sind (hierzu Gille, a.a.O., S. 58, 59 m.w.N.; IGES-Expertise, S. 10), bestätigt dies, dass der Bewertungsausschuss versucht hat, eine breite Grundlage zu schaffen. Unschädlich ist dabei, dass die Zeiten der Arztleistung im TARMED auf Expertenmeinungen und Verhandlungsergebnissen beruhen, nicht empirisch erhoben, sondern normativ bestimmt wurden (Gille, a.a.O., S. 59 m.w.N.), denn eine solche Prozedur genügt grundsätzlich, um die Prüfzeiten in Anhang 3 des EBM zu rechtfertigen.

Soweit in der IGES-Expertise (S. 20) moniert wird, dass die EBM-Kostenkalkulation auf einer Vielzahl von normativen Annahmen beruhe, die nicht wie in [§ 87 Abs. 2 Satz 3 SGB V](#) vorgegeben, mittels angemessener Stichproben ermittelt, vielmehr verhandelt bzw. aus Erfahrungswerten abgeleitet seien, führt das nicht weiter. Entgegen der IGES-Expertise verlangt [§ 87 Abs. 2 Satz 3 SGB V](#) nicht, den für die Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand ([§ 87 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V](#)) mittels "sachgerechter Stichproben" auf "betriebswirtschaftlicher Basis" zu eruieren. Der Normbefehl des [§ 87 Abs. 2 Satz 3 SGB V](#) betrifft die "Bewertung ärztlicher Leistungen nach Satz 1" und die "Überprüfung der wirtschaftlichen Aspekte nach Satz 2". Der Regelungsgehalt des [§ 87 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) bezieht sich nicht auf Prüfzeiten. Lediglich der in [§ 87 Abs. 2 Satz 3 SGB V](#) bezogene [§ 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) erfasst mit seinem Halbsatz 2 den für die Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand. Indessen steht der Inhalt des Halbsatzes 2 insoweit in keinem Zusammenhang mit der "Bewertung der Leistungen". Im Ergebnis verweist [§ 87 Abs. 2 Satz 3 SGB V](#) daher nur auf [§ 87 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V](#) und auf [§ 87 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#).

Für eine Überschreitung des dem Bewertungsausschuss eingeräumten Gestaltungsspielraums sind auch im Übrigen keine hinreichenden Anhaltspunkte ersichtlich. Die Einführung des "EBM 2000plus" wurde wissenschaftlich begleitet (vgl. Abschlussbericht im Auftrag der KBV und der Spitzenverbände der Krankenkassen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung und des Wissenschaftlichen Instituts der AOK, 2007). Die Prüf- und Kalkulationszeiten wurden erstmals mit Wirkung zum 01.04.2005 mit der damaligen Neuauflage des EBM festgelegt (Gille, a.a.O., S. 7). Die Rechtsträger des Bewertungsausschusses sind insoweit der aus der Gestaltungsfreiheit als Normgeber korrespondierenden Beobachtungspflicht nachgekommen (vgl. LSG Hessen, Urteil vom 13.09.2017 - [L 4 KA 65/14](#) - m.w.N.). Im Abschlussbericht wird zwar u.a. ausgeführt, bei einigen Arztgruppen gebe es Hinweise, "dass die Kalkulationszeit im EBM ggf. zu hoch angesetzt wurde" (Abschlussbericht, S. 158). Dem sind jedoch keine eindeutigen Ergebnisse über die Fehlerhaftigkeit der in Anlage 3 zum EBM angegebenen Prüfzeiten zu entnehmen. Infolgedessen ist nicht glaubhaft gemacht, dass die Zeitvorgaben fehlerhaft, nämlich nicht mehr vertretbar festgesetzt sind (vgl. auch LSG Hessen, Urteil vom 13.09.2017 - [L 4 KA 65/14](#) - m.w.N.).

(bbb) Soweit die Antragsgegnerin fehlende Prüfzeiten im Anhang 3 des EBM durch eigene Zeiten ersetzt hat, ist das rechtlich unschädlich. Solche Zeitvorgaben müssen nicht vom Bewertungsausschuss beschlossen werden. Die Verwendung von Tages- und Quartalsprofilen ist nicht von der Existenz bundeseinheitlicher Zeitvorgaben oder gesamtvertraglicher Regelungen zu Plausibilitätskontrollen gemäß [§ 83 Abs. 2 SGB V](#) abhängig. Die gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen regeln abschließend die Vorgaben, an die die KVen bei der Honorierung

vertragsärztlicher Leistungen und ggf. ihrer sachlich-rechnerischen Berichtigung gebunden sind. Für die Notwendigkeit, Zeitprofile nur anhand bundeseinheitlicher Regelungen zu erstellen und zu verwenden, ist dabei nichts ersichtlich. Im Gegenteil akzeptiert es der Gesetzgeber auch in anderem Zusammenhang, nämlich z.B. bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten (§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V), dass das vertragsärztliche Abrechnungsverhalten anhand regionaler, auf den Zuständigkeitsbereich einer KV beschränkter Vergleichswerte überprüft wird. Der den Gesamtvertragsparteien erteilte Auftrag, Verfahren zur Prüfung der Abrechnungen durch Plausibilitätskontrollen zu vereinbaren (§ 83 Abs. 2 SGB V), hindert die KVen nicht daran, vertragsärztliche Abrechnungen auch ohne solche Vereinbarungen auf Plausibilität und Richtigkeit hin zu überprüfen. §§ 45 Abs. 1 und 2 BMV-Ä, 34 Abs. 4 EKV-Ä enthalten nämlich einen umfassenden Auftrag an die KVen, die von den Vertragsärzten vorgelegten Abrechnungen zu kontrollieren. Zu den hierfür geeigneten Kontrollmaßnahmen gehört grundsätzlich auch die Verwendung von regionalen Zeitprofilen (hierzu Senat, Urteil vom 29.02.2012 - [L 11 KA 71/08](#) -; vgl. auch Urteil vom 11.02.2004 - [L 11 KA 72/03](#) -). Die Antragsgegnerin hat nachvollziehbar dargelegt, wie und aus welchen Gründen sie im EBM nicht ausgewiesene Prüfzeiten substituiert hat. Das SG hat sich hiermit auseinandergesetzt und dies als rechtlich nicht zu beanstanden bewertet. Der Senat tritt dem bei und verzichtet insoweit auf eine weitere Begründung (§ 153 Abs. 2 SGG).

(cc) Der Einwand, dass ein erfahrener, geübter und zügig arbeitender Arzt die Leistungen durchschnittlich in kürzerer Zeit ordnungsgemäß erbringen könne, trägt die Beschwerde nicht. Abgesehen davon, dass die Zeitvorgaben des Anhangs 3 EBM verbindlich sind, könnte dieses Vorbringen im einstweiligen Rechtsschutzverfahren nur dann weiterführen, wenn glaubhaft wird, dass die getroffene Regelung in einem "groben Missverhältnis" zu den mit ihr verfolgten legitimen Zwecken steht, d.h. in Anbetracht des Zwecks der Ermächtigung schlechterdings unvertretbar oder unverhältnismäßig ist (LSG Hessen, Urteil vom 26.11.2014 - [L 4 KA 2/11](#) - m.w.N.). Dazu fehlt jeder Anhalt. Im Übrigen bildet die Prüfzeit ohnehin die Leistungsfähigkeit eines geübten bzw. erfahrenen Arztes ab (hierzu Gilles, a.a.O., S. 17). Sie ist so bemessen, dass ein erfahrener, geübter und zügig arbeitender Arzt die Leistung im Durchschnitt in kürzerer Zeit schlechterdings nicht ordnungsgemäß und vollständig erbringen kann (hierzu LSG Hessen, Urteil vom 13.09.2017 - [L 4 KA 65/14](#) -). Der Antragsteller hat nicht glaubhaft gemacht, dass er deutlich erfahrener als die Ärzte seiner Vergleichsgruppe ist. An Fort- und Weiterbildungen nehmen alle Vertragsärzte teil (§ 95d SGB V). Inwieweit er geübter und zügiger arbeitet, bleibt gleichermaßen offen. Behauptungen reichen für eine Glaubhaftmachung nicht aus. Rechtserhebliche Beweisangebote sind nicht benannt. Eine zeugenschaftliche Vernehmung seiner Helferinnen scheidet aus, denn diese sind nicht in der Lage, die behauptete Tatsache zu bestätigen.

(dd) Soweit der Antragsteller sich auf die Entscheidungen des BSG vom 14.10.2014 - [B 1 KR 33/13 R](#) - und 12.09.2012 - [B 3 KR 10/12 R](#) - stützt, greift das nicht durch.

(aaa) In der Entscheidung vom 12.09.2012 judiziert das BSG, der GBA sei in der stationären Versorgung bei Leistungen von hoher Komplexität, bei denen die mit wissenschaftlichen Belegen untermauerte Erwartung gerechtfertigt sei, dass die Güte der Leistungserbringung in besonderem Maße auch von der Erfahrung und Routine mit der jeweiligen Versorgung beeinflusst werde, zur Festsetzung von Mindestmengen berechtigt. Voraussetzung sei, dass durch aussagekräftige Studien ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit durchgeführter Operationen und der Qualität des Behandlungsergebnisses belegt werde. Folgt man dem, könnten eingehende wissenschaftliche Untersuchungen hinsichtlich der im Anhang 3 des EBM niedergelegten Zeiten erforderlich sein. Allerdings wurde schon die Einführung des EBM 2000plus wissenschaftlich begleitet (s. oben). Ungeachtet dessen basiert das EBM-System auf einer Reihe von Stellgrößen, die nicht mit Hilfe von angemessenen Stichproben empirisch ermittelt, sondern verhandelt bzw. aus Erfahrungswerten abgeleitet wurden (s. IGES-Expertise, S. 20). Dieser Befund bezieht sich vorrangig auf die Leistungsbewertung der einzelnen GoP'en. Im Ergebnis zeigt sich zufolge der Expertise allerdings auch, dass die geschätzten Zeitbedarfe für die Leistungen des EBM deutlich geringer ausfielen als die im Rahmen der EBM-Kalkulation angesetzten Zeiten bzw. als die Prüfzeiten des EBM (a.a.O., S. 58). Entgegen der Auffassung des Antragstellers kann hieraus allerdings nicht hergeleitet werden, dass die in Anhang 3 niedergelegten Kalkulations- und Prüfzeiten fehlerhaft sind. Hierzu bedürfte es weiterer Untersuchungen. Die Erkenntnisse der IGES-Expertise wären zu validieren. Sodann wäre rechtlich zu klären, ob und ggf. welche Stellgröße auf der Basis des Erfahrungswissens der Mitglieder des Bewertungsausschusses bestimmt werden darf und wie dieses Kriterium in die Gesamtbewertung einfließt. All dies ist, soweit aus Sicht des SG rechtserheblich, zunächst dem erstinstanzlich anhängigen Hauptsacheverfahren vorbehalten. Das auf Schnelligkeit angelegte einstweilige Rechtsschutzverfahren kann das nicht leisten und soll es nach den normativen Vorgaben des § 86b Abs. 2 SGG auch nicht. Das einstweilige Verfahren darf nicht zu einem Hauptsacheverfahren mutieren. Verlangen Beteiligte gleichwohl aufwändige Zeugeneinvernahmen oder gar Sachverständigenbeweis, indiziert dies, dass es am Anordnungsgrund fehlt und der Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz schon deswegen abzulehnen wäre. Die vom Antragsteller in Bezug genommene Entscheidung des BVerfG vom 14.09.2016 - [1 BvR 1335/13](#) - vermag hieran nichts zu ändern (dazu unten).

(bbb) Die Entscheidung des BSG vom 14.10.2014 - [B 1 KR 33/13 R](#) - spricht eher gegen die vom Antragsteller vertretene Auffassung. Abweichend und abgrenzend zum 3. Senat im Urteil vom 12.09.2012 - [B 3 KR 10/12 R](#) - hat der 1. Senat entschieden, dass dem klagenden Krankenhaus kein Vergütungsanspruch zustand, weil es die jährliche Mindestmenge von 50 Operationen nicht erreichte und deswegen nach § 137 Abs. 1 Satz 4 SGB V diese Leistung nicht erbringen durfte. Der 1. Senat reklamiert ausdrücklich "medizinische Erfahrungssätze" und führt aus: "Das () gefundene Ergebnis beruht () auf der Berücksichtigung neuerer Erkenntnisse in Gestalt medizinischer Erfahrungssätze im Range genereller Tatsachen, die auf der Sachverhaltsermittlung des erkennenden Senats beruhen. Hiernach (...) steht zur Überzeugung des erkennenden Senats fest, dass eine jährliche Mindestmenge von 50 Knie-TEP geeignet und erforderlich ist, um bei dem hiermit zu befassenden Behandlungsteam eine hinreichende Behandlungsroutine zu gewährleisten." Auch der EBM und insbesondere auch sein Anhang 3 beruhen z.T. auf Erfahrungssätzen (s. oben), was hiernach und insoweit rechtlich unbedenklich wäre.

(ee) Für den Antragsteller könnte allerdings das Urteil des BSG vom 29.11.2017 - [B 6 KA 32/16 R](#) - sprechen. Ausweislich des Terminberichts Nr. 54/17 vom 30.11.2017 hat das BSG entschieden, dass die Partner eines DMP-Vertrages nicht generell daran gehindert sind, Mindestmengenregelungen zu treffen. Voraussetzung dafür sei, dass nach wissenschaftlichen Maßstäben ein Zusammenhang zwischen Behandlungszahlen und -qualität wenigstens wahrscheinlich ist. Der GBA habe sich zwar in der Begründung zu einer Empfehlung aus dem Jahr 2005 auf einen entsprechenden "Expertenkonsens" bezogen. Studien oder auch nur schriftliche Unterlagen, die einer gerichtlichen Prüfung zugänglich wären, lägen indes auch dem GBA nicht vor (so Terminbericht Nr. 54/17). Dem lag zugrunde, dass eine dem Kläger erteilte Genehmigung wegen Nichterreichens der Mindestzahl zurückgenommen werden sollte und völlig unklar war, auf welchen tatsächlichen Umständen diese vereinbarte Grenze beruhte. Die Zeitvorgaben des EBM sind damit nicht zu vergleichen. Der EBM basiert auf empirischen Erkenntnissen und Erfahrungssätzen (s. oben). Schon deswegen ist die Entscheidung des BSG vom 29.11.2017 - [B 6 KA 32/16 R](#) - nicht übertragbar. Sie kollidiert augenscheinlich auch mit den Erkenntnissen des 1. Senats im Urteil vom 14.10.2014 - [B 1 KR 33/13 R](#) - und

ist auch mit der bisherigen Rechtsprechung des erkennenden Senats zu Mindestzahlen in Kataraktverträgen (hierzu Senat, Beschluss vom 12.08.2013 - [L 11 KA 92/12 B ER](#) -, Urteil vom 09.05.2012 - [L 11 KA 48/09](#) -) schwerlich in Einklang zu bringen. Da das Urteil noch nicht abgesetzt ist, muss letztlich offenbleiben, aufgrund welchen Sachverhalts und welcher Erwägungen das BSG entschieden hat.

(ff) Angesichts der nur eingeschränkten richterlichen Kontrolle der dem Gestaltungsspielraum des Bewertungsausschusses unterliegenden Prüfzeiten der Anlage 3 EBM ist ein Sachverständigengutachten zum Beweis dazu, dass die Prüfzeiten zu hoch bemessen sind, unergiebig, da ein so formulierter Beweisanspruch nicht erheblich wäre.

(3) Zusammenfassend ergibt sich: Nach § 5 Abs. 1 Satz 1 RiL stellt die Plausibilitätsprüfung ein Verfahren dar, mit dessen Hilfe auf Grund bestimmter Anhaltspunkte und vergleichender Betrachtungen die rechtliche Fehlerhaftigkeit ärztlicher Abrechnungen vermutet werden kann. Anhaltspunkte für eine solche Vermutung sind Abrechnungsauffälligkeiten. Auf der Basis der für die Beteiligten verbindlichen Prüfzeiten des Anhangs 3 zum EBM hat die Beklagte - wie auch das Sozialgericht im Ergebnis zutreffend festgestellt hat - in rechtlich nicht zu beanstandender Weise die Implausibilität der Leistungserbringung durch den Antragsteller in den streitbefangenen Quartalen festgestellt. Es ergeben sich aus den Quartals- und Tagesprofilen Arbeitszeitüberschreitungen in so erheblichen Ausmaß, dass diese sich mit seinem Vorbringen im Verfahren nicht mehr erklären lassen. Damit wird die rechtliche Fehlerhaftigkeit der Abrechnung vermutet (§ 5 Abs. 1 Satz 1 RiL) bzw., wird diese indiziert (§ 5 Abs. 1 Satz 3 RiL; s. auch BSG, Beschluss vom 17.08.2011 - [B 6 KA 27/11 B](#) -: LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 25.10.2017 - [L 5 KA 1619/16](#) -; LSG Hessen, Urteil vom 13.09.2017 - [L 4 KA 65/14](#) -; LSG Schleswig-Holstein, Urteil vom 13.06.2017 - [L 4 KA 16/14](#) - (anhängig BSG, Az. [B 6 KA 44/17 R](#))).

Allerdings ersetzt die Plausibilitätsprüfung allein nicht das Verfahren der sachlich-rechnerischen Richtigstellung (§ 5 Abs. 2 Satz 1 RiL). Vielmehr muss die KV zum Ergebnis kommen, dass die Leistungen fehlerhaft abgerechnet worden sind (§ 5 Abs. 2 Satz 2 RiL). Beweisrechtlich geht das über eine "Vermutung" hinaus. Sprachlich meint die Wortfolge "zum Ergebnis kommen, dass die Leistungen fehlerhaft abgerechnet worden sind" den Vollbeweis, also die volle Überzeugung davon, dass dem so ist. Dieser Beweisgrad kann nach § 5 Abs. 2 RiL auf zweierlei Weg erreicht werden. Die volle Überzeugung kann allein auf der Plausibilitätsprüfung oder auf weiteren Feststellungen beruhen (§ 5 Abs. 2 Satz 2 Halbsatz 1 RiL). Zwar ist das Ergebnis der Plausibilitätsprüfung dem Indizienbeweis zuzurechnen. Sind Tages- bzw. Quartalsprofile allerdings unter Beachtung der oben aufgezeigten Kriterien erstellt worden, ist es rechtlich unbedenklich, aus ihnen bei entsprechenden Ergebnissen im Wege des Indizienbeweises darauf zu schließen, dass der betreffende Arzt Leistungen abgerechnet hat, die er nicht abrechnen durfte, weil sie entweder nicht, nicht vollständig oder nicht von ihm selbst erbracht worden waren (so BSG, Urteil vom 24.11.1993 - [6 RKA 70/91](#) -). Dem ist zuzustimmen, denn beweisrechtlich hat der Indizienbeweis keinen minderen Beweiswert. Auch er ist ein Vollbeweis (so Bundesverwaltungsgericht, Beschluss vom 14.10.2004 - [6 B 6/04](#) -; hierzu auch Oberlandesgericht (OLG) Dresden, Urteil vom 18.04.2017 - [4 U 1564/16](#) -; OLG Hamm, Beschluss vom 01.08.2016 - [6 U 170/14](#) -; OLG Celle, Urteil vom 10.05.2012 - [8 U 213/11](#) -). Der weitergehenden Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen der Antragsteller die Beweisführung mittels eines Indizienbeweises zu Fall bringen kann (Erschütterungsbeweis oder Beweis des Gegenteils), stellt sich nicht. Die Antragsgegnerin hat ihre Entscheidung nicht allein auf eine mit vollem Beweiswert versehene Plausibilitätsprüfung gestützt. Sie hat sich vielmehr mittels weiterer Feststellungen die volle Überzeugung davon verschafft, dass der Antragsteller fehlerhaft abgerechnet hat (§ 5 Abs. 2 Satz 2 Halbsatz 1, 2. Variante RiL). Sie hat zunächst die zeitlichen Implausibilitäten dargestellt (Bescheid unter II. 1) a)) und dann auf ca. drei Seiten eine Vielzahl weiterer Feststellungen getroffen und bewertet (Bescheid unter II. 1) b)). Hierzu rechnen u.a. die fehlerhaft abgerechneten "Besuche bei Asylbewerbern" (Bescheid S. 5, 6), auffällig wenig Abrechnungen über die Primärkassen und eine hohe Frequenz bei den "Sonstigen Kostenträgern" (Bescheid S. 6), Abrechnungsscheine geben die behaupteten Diagnosen nicht wieder (Bescheid S. 6), die behaupteten Krankheitsbilder (viele demente, schizophrene und bettlägerige Patienten) stimmen nicht mit den auf den Abrechnungsscheinen eingetragenen ICD-10-Codierungen überein (Bescheid S. 6), Anlegen von Abrechnungsscheinen für ganze Familien (Luftleistungen (Bescheid S. 6, 7)), fehlerhafte Abrechnung für die Behandlung chronisch erkrankter Patienten (Bescheid S. 7), Falschabrechnung der Kompressionstherapie (Bescheid S. 8).

Infolgedessen hat die Antragsgegnerin den Beweis nicht auf Vermutungen gestützt, vielmehr die infolge der Plausibilitätsprüfung vermerkten Auffälligkeiten zum Anlass genommen, weitere Feststellungen zu treffen. Dieses Vorgehen entspricht nicht nur den Richtlinien zu [§ 106a SGB V](#), sondern führt nach allgemeinen beweisrechtlichen Grundsätzen dazu, dass die Antragsgegnerin sich die volle Überzeugung von der fehlerhaften Abrechnung verschafft hat. Das SG ist dem nach eigener Überprüfung gefolgt und hat minutiös dargelegt und festgestellt, dass und warum der Antragsteller fehlerhaft abgerechnet hat. Der Senat tritt dem nach derzeitiger Einschätzung der Sach- und Rechtslage bei. Ausgehend hiervon hat der Antragsteller einen anderen Geschehensablauf bislang nicht glaubhaft gemacht.

Soweit er versucht, dem unter Hinweis auf die Rechtsprechung des BVerfG (Beschluss vom 14.09.2016 - [1 BvR 1335/13](#) -) entgegenzutreten, gelingt das nicht. In jenem Fall hat das BVerfG moniert, das Oberverwaltungsgericht habe keinen Versuch unternommen, die Rechtmäßigkeit der vorzeitigen Besitzeinweisung zu überprüfen, obwohl es erkannt habe, dass durch den Vollzug der vorzeitigen Besitzeinweisung ein Zustand geschaffen werde, der zulasten der Beschwerdeführerin die Hauptsache vorwegnehme; es habe sich darauf beschränkt, zunächst die Fehlerhaftigkeit des verwaltungsgerichtlichen Beschlusses insoweit aufzuzeigen, als dieser die Bindung der Beschwerdeführerin an den wasserrechtlichen Planfeststellungsbeschluss angenommen habe und benenne sodann die im Hauptsacheverfahren zu klärenden Rechtsfragen. Eine inhaltliche Annäherung an die Lösung der aufgeworfenen offenen Fragen und deren Auswirkungen auf die Rechtmäßigkeit der vorzeitigen Besitzeinweisung sei indes nicht erfolgt, so das BVerfG. Eine vergleichbare Situation vermag der Senat vorliegend nicht zu erkennen. Das SG und der Senat haben sich mit der Sach- und Rechtslage eingehend auseinandergesetzt. Die Beurteilung fällt allerdings nicht so aus, wie vom Antragsteller gewünscht. Beweiserhebungen kommen nicht in Betracht. Der Senat hat derzeit keinen Zweifel daran, dass die den Tages- und Quartalsprofilen zugrundeliegenden Zeitvorgaben verwertbar sind. Eine Vernehmung von Patienten und/oder Arzthelferinnen scheidet ohnehin aus (hierzu BSG, Urteil vom 24.11.1993 - [6 RKA 70/91](#) -). Das würde der Zielrichtung der Plausibilitätsprüfung ([§ 106d SGB V](#)) zuwiderlaufen. Anderes mag unter besonderen Umständen ausnahmsweise in Betracht kommen. Solche Umstände sind indes weder dargetan noch ersichtlich.

(4) Der Kläger hat wenigstens grob fahrlässig in seiner Abrechnungs-Sammelerklärung fehlerhafte Angaben insoweit gemacht, als er mit seiner Unterschrift bestätigt hat, jeweils alle Voraussetzungen für die Abrechnung der jeweiligen Leistungen - auch die zeitlichen Vorgaben - eingehalten zu haben. Rechtsfolge einer Abrechnungsauffälligkeit ist, dass die KV im Fall einer grob fahrlässig falschen Abrechnungs-Sammelerklärung ein weites Schätzungsersparnis für die Berichtigung der Honorarabrechnungen hat (LSG Schleswig-Holstein, Urteil vom 13.06.2017 - [L 4 KA 16/14](#) -; LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 08.06.2016 - [L 3 KA 28/13](#) -, LSG Bayern, Urteil vom 11.03.2015 - [L 12](#)

[KA 25/13](#) -, LSG Hessen, Urteil vom 26.11.2014 - [L 4 KA 2/11](#) -). Die Schätzung des neu festzusetzenden Honorars eröffnet der KV jedoch keinen der Gerichtskontrolle entzogenen Beurteilungsspielraum. Vielmehr hat das Gericht die Schätzung selbst vorzunehmen bzw. jedenfalls nachzuvollziehen. Die Verpflichtung zur eigenen Schätzung bedeutet allerdings nicht, dass das Gericht nunmehr erneut alle Schätzungsgrundlagen erhebt und eine völlig eigene Schätzung vornimmt. Sofern der Verwaltungsakt überzeugende Ausführungen zur Schätzung enthält, reicht es aus, wenn das Gericht diesen Ausführungen beitrifft und sie in den Entscheidungsgründen nachvollzieht (vgl. BSG, Urteil vom 17.09.1997 - [6 RKA 86/95](#) -; LSG Schleswig-Holstein, Urteil vom 13.06.2017 - [L 4 KA 16/14](#) -). Der Senat macht sich, wie das Sozialgericht, die zutreffenden Ausführungen in den Bescheiden der Beklagten zu Eigen und nimmt hierauf Bezug.

2. Die Anträge zu 2. und zu 3.

Die Beschwerde hat aus den vom SG genannten Gründen keinen Erfolg ([§ 142 Abs. 2 Satz 3 SGG](#)).

III.

Die Streitwertfestsetzung beruht auf [§ 53 Abs. 2 Nr. 4](#) Gerichtskostengesetz (GKG) i.V.m. [§ 52 Abs. 1 GKG](#). Maßgebend ist danach die sich aus dem Antrag für den Antragsteller ergebende Bedeutung der Sache. Diese wird durch sein wirtschaftliches Interesse daran bestimmt, der Rückforderung jedenfalls für die Dauer des Beschwerdeverfahrens nicht ausgesetzt zu sein. Im einstweiligen Rechtsschutzverfahren erfolgt keine endgültige Zuweisung der Forderung. Das Interesse des Antragstellers ist daher darauf gerichtet, zumindest für die Dauer des Hauptsacheverfahrens das einbehaltene Honorar ausgekehrt zu erhalten. Demzufolge wird das wirtschaftliche Interesse durch die Faktoren "Länge des Verfahrens" und "Zinsinteresse" bestimmt (Senat, Beschluss vom 13.06.2016 - [L 11 KA 75/15 B ER](#) -). Das Zinsinteresse konkretisiert sich darin, nicht auf eine etwaige Zwischenfinanzierung angewiesen zu sein. Das erfasst zunächst das Widerspruchs- und jedenfalls das nach Sachlage zu erwartende erstinstanzliche Hauptsacheverfahren. Bei einer geschätzten Dauer für das erstinstanzliche Hauptsacheverfahren von anderthalb Jahren und einem halben Jahr für das noch anhängige Widerspruchsverfahren ergibt sich angesichts eines durchschnittlichen Kreditzinses von derzeit ca. 5 % ein Streitwert von 5 % aus 250.470,65 EUR = 12.523,53 EUR x 2 (Jahre) = 25.047,06 EUR.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Dieser Beschluss ist mit der Beschwerde nicht anfechtbar ([§ 177 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2018-02-26