S 12 KA 642 bis 645/17

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 642 bis 645/17
Datum
25.09.2020
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 59/20
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Gerichtsbescheid
1. Die Klagen werden abgewiesen.

2. Der Kläger hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

3. Der Streitwert wird für das Verfahren zum Az: S 12 KA 642/17 auf 31.582,80 EUR, für das Verfahren zum Az: S 12 KA 643/17 auf 28.423,23 EUR, für das Verfahren zum Az: S 12 KA 644/17 auf 15.659,53 EUR und für das Verfahren zum Az: S 12 KA 645/17 auf 75.976,56 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um Honorarrückforderungen in Höhe von insgesamt 151.642,13 EUR aufgrund von patientenbezogenen und ergänzenden Plausibilitätsprüfungen der ÄBD-Honorarabrechnungen der sechs Quartale II/12 bis III/13, die die Beklagte insb. mit Hilfe eines Praxisabgleichs mit der Abrechnung der Hausarztpraxis C./D. in C-Stadt durchgeführt hat,
für den Bereich Büdingen (BSNR: xxx1) mit einem Anteil gemeinsamer Patienten von 23,40 % bis 50,66 % in Höhe von 31.582,81 EUR,
für den Bereich Mühlheim (BSNR: xxx2) mit einem Anteil gemeinsamer Patienten von 59,01 % bis 85,71 % in Höhe von 28.423,23 EUR,
für den Bereich Hanau (BSNR: xxx3) mit einem Anteil gemeinsamer Patienten von 39,47 % bis 57,70 % in Höhe von 15.659,53 EUR und
für den Bereich Main-Kinzig-West (BSNR: xxx4) mit einem Anteil gemeinsamer Patienten von 37,16 % bis 54,13 % und weiter mit einem Anteil gemeinsamer Patienten mit der Abrechnung des Arztes E. von 8,29 % bis 40,18 % in Höhe von 75.976,56 EUR.

Der Kläger ist Facharzt für Innere Medizin. Er nimmt als Arzt am ärztlichen Bereitschaftsdienst in verschiedenen Zentralen teil. Im streitbefangenen Zeitraum war er nicht zur vertragsärztlichen Versorgung im Bezirk der Beklagten zugelassen.

Die Beklagte führte für die streitbefangenen Quartale eine patientenbezogene und ergänzende Plausibilitätsprüfung durch. Mit Schreiben vom 18.08.2016 erläuterte sie jeweils das Prüfverfahren und die Prüfvoraussetzungen. Sie führte weiter aus, die Abrechnung des Klägers der jeweiligen ÄBD-Zentrale sei mit der Berufsausübungsgemeinschaft C./ D. in C-Stadt im Sinne versorgungsbereichsidentischer Praxen gegenübergestellt worden. Dies habe eine hohe Anzahl gemeinsamer Patienten ergeben, was sie im Einzelnen quartalsweise auflistete. Sie führte eine Patientenliste mit drei bis acht Patientennamen pro Quartal auf. Ferner bat sie unter Beifügung einer weiteren Patientenliste mit ein bis zwei Patientennamen pro Quartal um Stellungnahme zur Abrechnung der Nr. 02360 EBM und - bzgl. der ÄBD-Zentrale Main-Kinzig-West - zur Behandlung des Patienten F.

Der Kläger trug mit Schriftsatz seiner damaligen Prozessbevollmächtigten vom 30.09.2016 vor, an den Diensten wochentags sei er allein und am Wochenende mit einem ärztlichen Kollegen zu zweit tätig gewesen. Ausschließlich der Bereitschaftsdienst in der Zentrale G Stadt sei von ihm auch an den Wochenenden allein durchgeführt worden. Die in den übrigen Notdienstzentralen absolvierten Dienste am Wochenende seien von den beiden diensthabenden Ärzten so aufgeteilt worden, dass im Wechsel von in der Regel zwei Stunden ein Arzt in der Ambulanz tätig gewesen sei und der zweite Kollege Hausbesuche durchgeführt habe. Vor einer Aufnahme in der Ambulanz der Notdienstzentrale hätten sich die Patienten in der Anmeldung vorgestellt und würden dann in das Wartezimmer der Notdienstzentrale geschickt werden. Der in der Ambulanz diensthabe Arzt rufe die Patienten dann nach Reihenfolge des Erscheinens bzw. nach Dringlichkeit in das Sprechzimmer, um den Grund der Inanspruchnahme zu erheben und ihn ggf. zu behandeln. Es seien die Besonderheiten des Bereitschaftsdienstes hinreichend zu berücksichtigen. Die Sprechzeiten des ärztlichen Bereitschaftsdienstes seien festgelegt und fänden außerhalb der herkömmlichen Sprechzeiten einer niedergelassenen Praxis statt. Suche ein Patient die Zentrale des Bereitschaftsdienstes auf, habe er keine Kenntnis darüber, weshalb und woher der Patient komme. Mit dem Aufsuchen der Zentrale oder dem Anfordern eines

Hausbesuchs bestehe eine Notfallsituation. Er sei als bereitschaftsdiensthabender Arzt verpflichtet, den Patienten anzusehen. Die Notdienstzentralen seien mit der Praxis C. organisatorisch in keiner Weise verbunden. Lägen Hausarztpraxen und Notdienstzentralen in ein und demselben Einzugsbereich, fände sich zwangsläufig in Praxen und Notdienstzentralen regelmäßig ein Großteil gleicher Patienten. Im Fall des Vergleichs von niedergelassenen Praxen untereinander seien die Patientenüberschneidungen gerade in Notfällen gerechtfertigt. Die vorliegenden Überschneidungen könnten darauf zurückzuführen sein, dass die Praxis C. einen großen Einzugsbereich habe. Überschneidungen mit dem ebf. in dem Bereich Main-Kinzig-West tätigen Arzt Herrn E. könnten sich so erklären, dass es Patienten habe, welche den Notdienst mehrmals im Quartal in Anspruch nähmen. Er reiche Erläuterungen zu den in dem Schreiben vom 18.08.2016 aufgelisteten Einzelfällen zur Verwaltungsakte. Weiter führt er aus, hinsichtlich der drei Patienten H. bezüglich der BSNR: xxx4 im Abgleich mit der Praxis C. sei festzustellen, dass diese bei ihm nicht vorstellig und von ihm auch nicht abgerechnet worden seien. Die Nr. 02360 EBM habe er bei Patienten abgerechnet, die den ärztlichen Bereitschaftsdienst aufgesucht hätten und unter starken, akuten und chronisch schubhaften Rückenschmerzen gelitten hätten. Er schildere diese Fälle in der Anlage kurz. Die Patienten hätten Injektionen mit Lokalanästhetika zur Schmerzbehandlung erhalten. Insoweit sei es leider versehentlich zu einer Fehlinterpretation der Leistungslegende durch ihn gelangt, was er sehr bedauere. Insofern erfolge eine Rückerstattung des Honorars. Dies werde derzeit in die Wege geleitet. Die in der Anlage aufgeführten Behandlungsfälle enthielten den Patientennamen, das Geburtsdatum, den Tag der Vorstellung, die Abrechnungsziffern, die Diagnose und die Therapie und Empfehlung.

Die Beklagte setzte mit vier Bescheiden vom 08.11.2016 die strittigen Honorarrückforderungen für die Quartale II/12 bis III/13 fest. Im Einzelnen entfielen auf die streitbefangenen Quartale folgende Honorarrückforderungen:
Büdingen BSNR: xxx1 Mühlheim BSNR: xxx2 Hanau BSNR: xxx3 Main-Kinzig-West BSNR: xxx4
Quartal Honorar in EUR Honorar in EUR Honorar in EUR Honorar in EUR
II/12 7.093,50 8.991,98 10.333,97
III/12 6.658,97 5.078,50 1.969,11 9.386,51
IV/12 8.102,32 5.863,83 2.463,48 7.821,50
I/13 5.016,49 2.951,81 2.876,16 16.894,88
II/13 3.595,09 2.729,62 6.323,73 14.742,79
III/13 1.116,44 2.807,49 2.027,05 16.796,91
gesamt 31.582,81 28.423,23 15.659,53 75.976,56

Zur Begründung führte sie bezüglich der Abrechnung in den Bereitschaftsdienstzentrale Büdingen aus, der konkrete Hinweis auf Abrechnungsauffälligkeiten ergebe sich primär aus der auffällig hohen Patientenidentität zwischen der Abrechnung des Klägers und der der Berufsausübungsgemeinschaft C./D. in C-Stadt. Sie habe seine Abrechnung der Abrechnung der BAG C./D. gegenübergestellt. Die Berechnungsergebnisse hätten folgende Werte ergeben:
Quartal Fallzahl Gemeinsame Patienten Anteil in Prozent
2/2012 237 118 49,79
3/2012 229 116 50,66
4/2012 263 128 48,67
1/2013 210 68 32,38
2/2013 171 40 23,40

Sie habe weiter festgestellt, dass in allen Quartalen in einer Vielzahl der Doppelfälle Leistungen taggleich mit der BAG C./D. abgerechnet worden seien. Die taggleichen Behandlungen träten zudem gehäuft an bestimmten Tagen auf. Es sei nicht nachvollziehbar, dass Patienten zwei Mal täglich einen Arzt aufsuchten und zusätzlich dazu die BAG C./D. und den 32 Kilometer entfernten ÄBD Büdingen auswählten. Bei den taggleichen Behandlungsfällen fänden sich häufig unterschiedliche Diagnosen, dies erhärte den Verdacht der Inplausibilität. Auffällig sei ebenfalls, dass häufig wiederholte Kombinationen von den bestimmten Abrechnungsdaten in Bezug auf den Erstkontakt bei dem Kläger und der BAG C./D. aufträten. Bei der Abrechnung des Erstkontaktes besteht in der Regel eine Differenz von ein bis drei Tagen. Dies erscheine bei einer solchen Masse von Patienten nicht plausibel. In einigen Fällen würden bei den gleichen Patienten die Praxisgebühr in der Abrechnung des Klägers mit der Nr. 80033N (keine Erhebung der Praxisgebühr, da eine Quittung über die bereits bezahlte Praxisgebühr vorgelegt und entwertet wurde) gekennzeichnet, wo laut Abrechnung der BAG C./D. nachweislich eine Befreiung (Nr. 80032) vorliege. Sie frage, wie es sein könne, dass ein Patient, der von allen Zuzahlungen befreit worden sei (Nr. 80032), bei dem Kläger eine Quittung über eine bereits bezahlte Praxisgebühr (Nr. 80033) vorlege. Die patientenidentischen Fälle würden grundsätzlich nicht in den Tagesprotokolllisten der ÄBD-Zentrale erfasst werden. Beispielhaft weise sie auf den 23.03.2013 hin. Von insgesamt 39 abgerechneten Patienten seien 12 mit der BAG identisch. Diese Fälle seien in der Tagesprotokollliste nicht dokumentiert. Alle anderen Patienten hingegen seien in der Tagesprotokollliste aufgeführt. An den weiteren überprüften Tagen sei keiner der doppelt geführten Patienten zwischen dem Kläger und der BAG in der Tagesprotokollliste dokumentiert. Dieser Sachverhalt ziehe sich auch durch die Abrechnungen der anderen beanstandeten ÄBD-Zentralen. Die in vom Kläger mit Wohnsitz in C-Stadt abgerechneten Patienten stammten grundsätzlich aus der Menge der doppelt geführten Patienten. Prinzipiell sei davon auszugehen, dass Patienten einen möglichst Wohnort nahen ÄBD im Falle einer akuten Erkrankung aufsuchten. Bei anderen Ärzten im ÄBD ließe sich feststellen, dass grundsätzlich keine Patienten mit dem Wohnort C-Stadt abgerechnet würden. Der Kläger habe im Prüfzeitraum 1.279 Fälle im ÄBD Büdingen abgerechnet. Die Honoraranforderung betrage bei ihm durchschnittlich 45,53 EUR und der Prüfgruppe 36,24 EUR je Fall. Im Prüfzeitraum habe der Kläger in 69 Fällen die Nr. 02360 abgerechnet. Bei allen Fällen sei bei nur einem Arzt/Patientenkontakt die Leistung zum Ansatz gebracht worden, was nicht dem obligaten Leistungsinhalt, der mindestens drei persönliche Arzt/Patientenkontakte im Behandlungsfall voraussetze, entspreche. Der Kläger habe bestätigt, dass er die Voraussetzungen versehentlich nicht eingehalten habe. Grundsätzlich fehlten auch Angaben zum weiterbehandelnden Arzt auf Muster 19 (Notfall-/Vertretungsschein). Stelle sich die Frage, ob all diese Patienten tatsächlich keinen Hausarzt hätten, was zu den gesetzlichen Vorgaben und der Lebenswirklichkeit widerspreche. Die fehlerhafte Abrechnung berechtigte sie zur Vornahme von Honorarkorrekturen. Hinsichtlich eines Verschuldens sei festzustellen, dass angesichts der Anzahl sowie der sich über viele Quartale hinziehenden Abrechnungspraxis sich auch nicht um ein bloßes Versehen handele, sondern um wiederholtes, standardmäßiges Vorgehen. Die vom Kläger quartalsbezogen abgegebene Erklärung zur Quartalsabrechnung über die ordnungsgemäße und vollständige Leistungserbringung der abgerechneten EBM-Leistungen seien unrichtig und hätten die Rechtswidrigkeit der auf ihr beruhenden Honorarbescheide zur Folge. Im Rahmen der Schätzung setze sie das Honorar des Klägers auf das Durchschnittshonorar je ÄBD-Zentrale/je Quartal neu fest. Der Durchschnitt werde anhand der Zahl der Diensttage bzw. Behandlungstage im ÄBD ermittelt, um die durchschnittliche zeitliche Präsenz zu erfassen. Der durchschnittliche Einbehalt der Praxisgebühr sei berechnet worden, indem für jedes Quartal und jede ÄBD-Zentrale das

Verhältnis zwischen Fallzahl und Einbehalt der Praxisgebühr (Nr. 80030N) ermittelt worden sei. Dieser Prozentwert sei auf die verbleibenden plausiblen Fälle übertragen und auf diese Weise die Zahl der Fälle mit Praxisgebührabzug (10 EUR je Fall) ermittelt worden.

Für den ÄBD Mühlheim stellte die Beklagte entsprechende Auffälligkeiten fest. Dabei ging sie von folgenden Werten im Vergleich mit der BAG C./D. aus:
Quartal Fallzahl Gemeinsame Patienten Anteil in Prozent
2/2012 405 239 59,01
3/2012 242 154 63,63
4/2012 278 220 79,13
1/2013 140 120 85,71
2/2013 152 108 71,05
3/2013 161 115 71,43

Ergänzend wies sie darauf hin, die Überprüfung der Patientenidentitäten habe ergeben, dass Familien unter den doppelt geführten und abgerechneten Patienten sich befänden. Auffällig sei, dass bei diesen Familienbehandlungen alle Familienmitglieder, sowohl beim Kläger als auch bei der BAG taggleich behandelt worden seien und sogar taggleich in der BAG und beim Kläger im ÄBD Mühlheim.

Bezüglich der Abrechnung des ÄBD Hanau ging die Beklagte im Vergleich zur Abrechnung der BAG C./D. von folgenden Werten aus:
Quartal Fallzahl Gemeinsame Patienten Anteil in Prozent
3/2012 137 62 45,25
4/2012 155 80 51,61
1/2013 305 176 57,70
2/2013 479 207 43,21
3/2013 228 90 39,47

Bezüglich der Abrechnung des ÄBD Main-Kinzig-West im Vergleich mit der BAG C./D. ging die Beklagte von folgenden Werten aus:
Quartal Fallzahl Gemeinsame Patienten Anteil in Prozent
2/2012 580 314 54,13%
3/2912 430 185 43,02%
4/2012 370 196 52,97%
1/2013 743 310 41,72%
2/2013 662 246 37,16%
3/2013 726 379 52,20%

Ergänzend wies sie darauf hin, dass bei einer Vielzahl der Patientenidentitäten die Krankenversichertenkarte bzw. elektronische Gesundheitskarte vom Kläger nicht eingelesen worden sei. Eine Stichprobe von 10 % der Patientenidentitäten habe ergeben, dass dies im Durchschnitt der Prüfquartale bei 62,3 % der Fälle vorliege. Für die Quartale III/12 und I/13 sei beispielhaft das Einlesedatum der gesamten Abrechnung überprüft worden. Auffällig sei die hohe Differenz bei der Anzahl des fehlenden Einlesedatums zwischen den doppelt geführten Patienten mit der BAG C./D. (Gruppe 1) und den Patienten, die sich nicht unter den Doppelidentitäten befänden (Gruppe 2). Es trete eine deutliche Differenz zwischen den Patientengruppen auf. Bei Patientenidentitäten mit der BAG seien wesentlich seltener die Karten eingelesen worden. In diesen beiden Quartalen seien 60,1 % bzw. 51,6 % der patientenidentischen Fälle ohne Einlesedatum, bei den übrigen Fällen 20,3 % bzw. 6,4 %. Sie wies ferner auf Patientenidentitäten bei Familien und in der Abrechnung des zum Behandlungszeitpunkt bereits verstorbenen Patienten J. hin. Weiter nahm sie einen Vergleich der Abrechnung mit der des Arztes E. in ÄBD Main-Kinzig-West. Dies ergab folgende Werte:
Quartal Fallzahl Gemeinsame Patienten Anteil in Prozent
2/2012 580 109 18,92%
3/2012 430 125 28,6%
4/2012 370 31 8,29%
1/2013 743 131 17,4%
2/2013 662 266 40,18%
3/2013 726 207 28,51%

Auch hier fänden sich einige Fälle, in denen der Kläger und Herr E. die Krankenversichertenkarte am selben Tag eingelesen hätten. Es sei kein Grund ersichtlich, weshalb in einem solchen Umfang die Krankenversicherungskarte mit gleichem Datum eingelesen worden sei. In allen Quartalen seien ferner in einer Vielzahl der Doppelfälle Leistungen taggleich von beiden Behandlern abgerechnet worden. Auffällig sei ebf. die wiederholte Kombination von bestimmten Abrechnungsdaten in Bezug auf den Erstkontakt. Ein Vergleich mit den Tagesprotokolllisten zeige, dass die patientenidentischen Fälle überwiegend nur bei einem der Behandler dokumentiert worden seien.

Hiergegen legte der Kläger am 09.12.2016 Widerspruch ein, den er nicht weiter begründete.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 18.10.2017 den Widerspruch bzgl. des Bereichs Büdingen (BSNR: xxx1) als unbegründet zurück. Zur Begründung verwies sie erneut auf die hohe Anzahl der Patientenidentitäten und die unterschiedlichen Diagnoseangaben auch bei taggleicher Behandlung, wobei es sich nicht um Begleiterkrankungen gehandelt habe. Der Kläger habe nicht erläutern können, weshalb zum Teil mehr als die Hälfte aller Patienten zuvor auch in der Hausarztpraxis C./D. behandelt worden sei. In der Innenstadt von C-Stadt befänden sich noch zahlreiche weitere Haus- und Facharztpraxen, deren Patienten in einem viel geringen Umfang außerhalb der Sprechzeiten den Bereitschaftsdienst aufsuchten. Die Quote an Patientenidentitäten überschreite die Quote von 20 %. Patienten mit dem Wohnort C-Stadt suchten für Akutfälle den ÄBD in Büdingen auf, obwohl die Dienstzentralen in C-Stadt oder G-Stadt deutlich näher lägen. Im Quartal I/13 habe der Kläger sogar mehr Patienten aus C-Stadt behandelt als aus Büdingen selbst. Nur bei dem Kläger würden Patienten aus C-Stadt vorstellig werden, die zudem fast ausschließlich mit den Patienten der BAG identisch seien. Der Verdacht der Generierung von Behandlungsfällen werde durch die Tatsache erhärtet, dass gerade jene Patienten nicht in den Tagesprotokolllisten der Dienstzentrale aufgeführt seien, die auch bei der Hausarztpraxis betreut worden seien. Ferner wies sie auf die Angaben zur Praxisgebühr hin und u. a. auf

die fehlende Angabe des weiterbehandelnden Arztes hin. In gleicher Weise wies sie mit drei weiteren Widerspruchsbescheiden vom 18.10.2017 die übrigen Widersprüche als unbegründet zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 20.11.2017 die Klagen erhoben, und zwar bzgl.
des Bereichs Büdingen (BSNR: xxx1) zum Az.: S 12 KA 642/17,
des Bereichs Mühlheim (BSNR: xxx1) zum Az.: S 12 KA 643/17,
des Bereichs Hanau (BSNR: xxx1) zum Az.: S 12 KA 644/17 und des Bereichs Main-Kinzig-West (BSNR: xxx4) zum Az.: S 12 KA 645/17.

Zur Begründung seiner Klage im Verfahren zum Aktenzeichen S 12 KA 645/17, auf die der Kläger für die übrigen Verfahren verweist, trägt der Kläger vor, abgesehen von dem versehentlichen Ansatz der Nr. 02360 EBM habe er sich mit seiner Abrechnung stets innerhalb der für die vertragsärztliche Abrechnung im ÄBD geltenden Bestimmungen und Regelungen bewegt. Hinsichtlich der Doppelfälle zwischen ihm und der BAG C./D. seien die zitierten Tagesprotokolllisten kein geeignetes Instrument, ihm etwa nicht durchgeführte Behandlungen zu unterstellen, wenn sich die Patienten nicht lückenlos in den Listen wiederfänden. Diese Listen dienten nicht der Überwachung der diensthabenden Ärzte, sondern sollten ein statistisches Mittel zur Erfassung der Frequentierung der ÄBD-Zentrale darstellen und seien oftmals nicht genau geführt worden. Einen im ärztlichen Bereitschaftsdienst geäußerten Behandlungswunsch eines Patienten könne er sich nicht unter Hinweis auf die reguläre Sprechstunde des Hausarztes am nächsten Tag verweigern. Er müsse sich jedenfalls selbst von der aktuellen Behandlungsbedürftigkeit eines Patienten überzeugen. Die von der Beklagten gerügten unterschiedlichen Diagnoseangaben im Vergleich mit der BAG schlössen sich, unterstellt es handele sich um taggleiche und nicht um quartalsgleiche Behandlungen, nicht gegenseitig aus. Die Häufigkeit gemeinsamer Patienten beruhe auf der unterschiedlichen Patientenklientel der BAG C./D., die sich ganz erheblich von dem durchschnittlichen Zuschnitt anderer Hausarztpraxen in der Innenstadt von C-Stadt unterscheide. Die Praxis habe einen hohen Ausländeranteil, die ein anderes Verständnis von einer "Rundumversorgung" durch den Hausarzt hätten. Herr C. und er hätten eine große Anzahl von ÄBD-Diensten absolviert und in vielen Diensten gemeinsam gearbeitet, sodass sie auch die Behandlung durch ihn hätten schätzen gelernt. Eine gewisse Zahl von Patienten hätte sich, wenn sie von seinem Dienst gewusst hätten, unmittelbar an ihn gewandt. Die im Widerspruchsbescheid genannten neuen Patienten am 16.01.2013 hätten aus freien Stücken die Behandlung im ÄBD veranlasst. Er habe die Patienten im ÄBD zur Weiterbehandlung an die hausärztliche Praxis verwiesen, weshalb sie dann nicht am nächsten Werktag, sondern später erst den Hausarzt aufgesucht hätten, wisse er auch nicht. Die Gründe hierfür könnten vielfältig sein. Daten der Krankenversicherungskarte seien nicht von der Hausarztpraxis an ihn weitergeben worden. Er habe in jedem Fall die Versichertendaten selbst erfasst. Es habe nicht selten ein Bekanntheitsverhältnis zu ihm bestanden, woraus sich auch der etwas geringere Anteil an eingelesenen Versichertenkarten in dieser Gruppe erkläre, da die Patienten in nicht seltenen Fällen der Meinung gewesen seien, für die Behandlung bei dem Kläger die Versichertenkarte in der aktuellen Situation gar nicht zu benötigen. Auch das gänzliche Fehlen von Einlesedaten bei einem bestimmten Prozentsatz der im ÄBD behandelten Patienten sei keine Überraschung, sondern vielmehr eine alltägliche Erscheinung im ÄBD-Behandlungsgeschehen. Gerade in der eher notfallgeneigten Situation hätten die hilfesuchenden Patienten nicht selten keine Versichertenkarten bei sich, wollten aber trotzdem einer ärztlichen Behandlung unterzogen werden. Deshalb sei im Bundesmantelvertrag ein Ersatzverfahren vorgesehen. Soweit ihm der Vorwurf gemacht werde, im Unterschied zur BAG C./D. unterschiedliche Angaben in Bezug auf die Praxisgebühr gemacht zu haben, so könne dies auch daran gelegen haben, dass die BAG fehlerhafte Angaben gemacht habe. Darüber hinaus erfolge die Prüfung meistens bereits am Empfang der ÄBD-Zentrale. Für Mehrfach- und Familienbehandlungen sei er nicht verantwortlich, da er die Patienten, die sich ihm im ÄBD vorstellten, untersuchen und behandeln müsse. Sollte es tatsächlich im Behandlungsfall F. am 22.03.2013 zur Abrechnung eines Hausbesuchs gekommen sein, obwohl diese bereits am 24.01.2012 verstorben sei, so handele es sich um ein Versehen seinerseits, welches er bedauere. Die Abrechnung sei damals von einer Arzthelferin vorgenommen worden. Patientenidentitäten zwischen 8,29 % und 40,18 % im Vergleich mit der Abrechnung des Herrn E. seien kein Aufgreifkriterium nach der Plausibilitätsrichtlinie. In den Quartalen II und IV/12 sowie I/13 hätten die Identitäten unter 20 % bei beiden Behandlern gelegen. Bei den von der Beklagten genannten Beispielsfällen zu wiederholten Kombinationen von Erstkontakten bei ihm und Herrn E. in einem Abstand von einem bis drei Tagen handele es sich um Wochenendtage, an denen am nächsten Tag keine reguläre haus- oder fachärztliche Versorgung zu Verfügung gestanden habe. Mit Ausnahme der Tage 26/27.05.2012 handele es sich um eine Größenordnung von 14 bis 21 Patienten. Es handele sich zum überwiegenden Teil um von den Patienten selbst ausgehende Wiederkontakte, zum Teil seien die Patienten auch wiedereinbestellt worden, was zulässig sei, wenn am nächsten Tag kein Arzt verfügbar gewesen sei und die Wiedereinbestellung medizinisch sinnvoll erschienen sei. In Bezug auf die gleichen Einlesedaten von Versichertenkarten könne er keine Aussage darüber machen, ob und wann wie viele der Patienten auch von dem Kollegen E. behandelt worden seien, respektive die Versichertenkarte der Patienten eingelesen worden sei. Nur in Ausnahmefällen möge es vorgekommen sein, dass er Versichertenkarten von Patienten für eine am nächsten Tag (medizinisch notwenige) Behandlung eingelesen habe, was die versetzten Einlesedaten der Versichertenkarten erkläre. Er habe bereits im Verwaltungsverfahren eingeräumt, dass er bei dem Ansatz der Nummer 02360 EBM (Behandlung mit Lokalanästhetika) oftmals nicht die Vorgabe von mindestens 3 Arzt-Patienten-Kontakten eingehalten habe. Die erforderliche "Quaddelbehandlung'" habe er jedoch durchgeführt. Er dürfe nur mit schriftlicher Zustimmung des Patienten die Daten an den Hausarzt weitergeben. Da dies mit einem kaum zu bewältigenden Verwaltungsaufwand verbunden wäre, würde im ÄBD auf die direkte Weitergabe der Daten an einen Hausarzt in den meisten Fällen verzichtet werden. Deshalb fehle die Angabe des Hausarztes. Dies sei im gesamten ÄBD eine übliche Verfahrenspraxis. Dem Patienten werde das Muster 19b mitgegeben, der dies dann seinem Hausarzt aushändigen könne. In den wenigen Ausnahmefällen, in denen sich Abrechnungsfehler finden ließen, handele es sich ausnahmslos um Fälle lediglich leichter Fahrlässigkeit. Die Beklagte müsse in jedem Quartal mindestens eine grobfahrlässig oder gar vorsätzlich begangene Falschabrechnung nachweisen. Es reiche nicht aus zu behaupten, er habe zu viel abgerechnet, oder der "Gesamteindruck des Abrechnungsverhaltens" stimme nicht. Die Beklagte habe ihm die Nichterbringung der Leistung zu beweisen, er müsse nicht nachweisen, dass er an einem bestimmten Tag die Leistung erbracht habe. Die Kürzung sei auch nicht mehr vom Schätzungsermessen der Beklagten gedeckt. Das ihm belassene Honorar entspreche nicht mehr dem durchschnittlichen Honorar im ÄBD Main-Kinzig-West. Ihm verbleibe nur ein Honorar von 1/3 bis zu 1/4 der ursprünglichen Honorarforderung. Anhand der von der Beklagten angenommenen Honorare und der Öffnungszeiten der Notdienstzentrale ergebe sich nach Abzug der Fahrkosten ein Stundenlohn zwischen 7,33 EUR und 12,14 EUR. Für einen solchen Lohn könne kein Arzt den Notdienst versehen. Aus den in einem Parallelverfahren vorgelegten Daten könne eine durchschnittliche Bruttohonoraranforderung je Arzt je Diensttag in Höhe von 937,16 EUR pro Arzt errechnet werden. Insgesamt ergebe sich eine überschießende Honorarrückforderung zu seinem Nachteil in Höhe 64.930,72 EUR. Die Honorarrückforderung hätte daher allenfalls 11.045,84 EUR betragen dürfen. Auch zeige sich, dass die von der Beklagten verwandte "Kontrollgruppe", die im Wesentlichen nur aus drei aktiven Ärzten des ÄBD Main-Kinzig-West bestehe, nur einen Honorarumsatz zwischen 16 % und maximal 26 % des gesamten Honorarumsatzes repräsentiere. Hinzu komme noch, dass die Beklagte auch Ärzte unberücksichtigt gelassen habe, die im ÄBD Main-Kinzig-West keinem Plausibilitätsverfahren ausgesetzt gewesen seien. Er habe daher bereits im Verwaltungsverfahren mehrfach angeregt, die

Berechnung der Honorarrückforderung an den vorliegenden tatsächlichen Fallzahlen zu orientieren und nicht an einer fiktiven, völlig abwegig ermittelnden Datengrundlage festzuhalten. Die tatsächlichen Fallzahlen des ÄBD Main-Kinzig-West lägen wesentlich höher als von der Beklagten ermittelt. Für die übrigen Verfahren hat der Kläger hierauf verwiesen.

Der Kläger beantragt in allen vier Verfahren jeweils,
den Bescheid vom 08.11.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.10.2017 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,
die Klagen abzuweisen.

Sie ist unter teilweiser Wiederholung ihrer Ausführungen in den angefochtenen Widerspruchsbescheiden weiterhin der Auffassung, der Kläger habe in den streitigen Quartalen zumindest grob fahrlässig Leistungen in den von ihm eingereichten Sammelerklärungen angegeben, die er tatsächlich nicht erbracht habe. In allen streitigen Quartalen habe zwischen dem Kläger und der BAG C./D. eine hohe Patientenidentität vorgelegen. Soweit es sich um keine Notfälle gehandelt hätte, hätte es aber nach Aufklärung durch den Kläger zu einem Absinken der Patientenidentitäten kommen müssen, was aber nicht der Fall sei. Eine Erklärung liefere auch nicht der Einwand des Klägers, er könne den Patientenzulauf nicht beeinflussen, denn offensichtlich seien seine Patienten in Kenntnis darüber gewesen, an welchen Tagen er jeweils Dienste verrichte, insb. auch in welchen der ÄBD-Zentralen. Nach § 9 Abs. 7 der Notdienstordnung sei Muster 19b dem weiterbehandelnden Arzt als Mitteilung zuzustellen. Es könnten nur Leistungen abgerechnet werden, die im Zusammenhang mit der Notfallsituation stünden. Sie habe ein pauschalierendes Schätzungsermessen. Das Honorar könne z. B. in Höhe des Fachgruppendurchschnitts festgelegt werden.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte Bezug genommen.

Der Kläger hat mit Schriftsatz seines Prozessbevollmächtigten vom 15.02.2019 in allen Verfahren einen Ablehnungsantrag gegen den Kammervorsitzenden wegen Besorgnis der Befangenheit gestellt, den die 8 Kammer mit Beschluss vom 30.06.2020 – S 8 SF 13 bis 16/19 – zurückgewiesen hat.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer konnte ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid nach § 105 SGG entscheiden. Die Sache hat keine Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art, und der Sachverhalt ist geklärt. Die Kammer hat die Beteiligten hierzu mit Verfügung vom 07.09.2020, dem Prozessbevollmächtigten des Klägers am 09.09.2020 zugestellt, angehört. Die aufgeworfenen Rechtsfragen sind durch die nachfolgend zitierte Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entschieden.

Eine weitere Fristverlängerung zur Einreichung einer Klagebegründung in den Verfahren zum Aktenzeichen S 12 KA 642/17 bis zum 21.10.2020, S 12 KA 643/17 bis zum 21.11.2020 und S 12 KA 644/17 bis zum 21.12.2020 war nicht zu bewilligen.

In allen Verfahren war bereits mit der Eingangsverfügung vom 20.11.2017 eine Frist zur Klagebegründung von einem Monat gesetzt worden. Auf Antrag des Klägers war die Frist stillschweigend bis zum 16.02.2018 und dann 27.04.2018 verlängert worden. Auf einen weiteren stillschweigenden Verlängerungsantrag bis zum 29.06.2018 verlängerte die Kammer mit Verfügung vom 30.04.2018 die Frist bis zum 28.05.2018 und wies darauf hin, dass weitere Verlängerungsanträge substantiiert zu begründen und nachzuweisen seien. Den erneuten Antrag einer stillschweigenden Verlängerung bis zum 29.06.2018 lehnte die Kammer mit Verfügung vom 15.05.2018 ab. Die Kammer hörte die Beteiligten zu einer Entscheidung durch Gerichtsbescheid mit Verfügung vom 04.06.2016 erstmals an. Mit Schriftsatz seines Prozessbevollmächtigten vom 19.06.2018 reichte der Kläger eine Klagebegründung zum Az.: S 12 KA 645/127 ein und verwies in den übrigen Verfahren hierauf, da die Verfahren ein hohes Maß an übereinstimmenden Fragestellungen aufweisen würden; gleichwohl würde in diesen Verfahren noch ein ergänzender Sachvortrag erfolgen. Die Kammer hörte dann mit Verfügung vom 27.12.2018 erneut die zu einer Entscheidung durch Gerichtsbescheid an, für die seitens des Klägers ein Empfangsbekenntnis nicht zur Gerichtsakte gelangte. Auf weiteren Antrag des Klägers verlängerte die Kammer mit Verfügung vom 25.01.2019 die Frist zum weiteren Klagevortrag bis zum 27.02.2019. Am 15.02.2019 stellte der Kläger einen Befangenheitsantrag gegen den Kammervorsitzenden, der mit Beschluss der 8. Kammer vom 30.06.2020 zurückgewiesen wurde. Soweit der Kläger nunmehr auf die Dauer des Verfahrens über den Befangenheitsantrag verweist, ist ein Zusammenhang mit der Vorlage einer Klagebegründung nicht erkennbar, da die Klage in jedem Fall zu begründen ist.

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

Die Klage ist aber unbegründet. Die Bescheide der Beklagten vom 08.11.2016 in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 18.10.2017 sind rechtmäßig und waren daher nicht aufzuheben. Die Klagen waren abzuweisen.

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

Nach § 75 Abs. 1 SGB V haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die vertragszahnärztliche Versorgung sicher zu stellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragszahnärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Nach § 75 Abs. 2 Satz 2 1. Halbsatz haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen. Zu den Pflichten der Vertragsärzte gehört unter anderem auch eine ordnungsgemäße Abrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen. Die Kassenärztliche Vereinigung stellt die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte fest; dazu gehört auch die arztbezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten (§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V, eingefügt durch das GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003, BGBl. I 2003, 2190, mit Wirkung zum 01.01.2004, hier in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung, aktuell § 106d SGB V).

Die Befugnis zu Richtigstellungen besteht auch für bereits erlassene Honorarbescheide (nachgehende Richtigstellung). Sie bedeutet dann im Umfang der vorgenommenen Korrekturen eine teilweise Rücknahme des Honorarbescheids. Die genannten, auf § 82 Abs. 1 SGB V beruhenden bundesmantelvertraglichen Bestimmungen stellen Sonderregelungen dar, die gemäß § 37 Satz 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch

(SGB I) in ihrem Anwendungsbereich die Regelung des § 45 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) verdrängen. Eine nach den Bestimmungen zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung rechtmäßige (Teil)Aufhebung des Honorarbescheids mit Wirkung für die Vergangenheit löst nach § 50 Abs. 1 Satz 1 SGB X, der Grundnorm des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs für den gesamten Bereich des Sozialrechts, eine entsprechende Rückzahlungsverpflichtung des Empfängers der Leistung aus (vgl. BSG, Urt. v. 14.12.2005 - B 6 KA 17/05 R - BSGE 96, 1 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 22, zitiert nach juris Rdnr. 11 m. w. N.)

Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen des Vertragsarztes zielt auf die Feststellung, ob die Leistungen rechtmäßig, also im Einklang mit den gesetzlichen, vertraglichen oder satzungsrechtlichen Vorschriften des Vertragsarztrechts - mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebots -, erbracht und abgerechnet worden sind. Die Befugnis zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung der Honorarforderung auf bundesmantelvertraglicher Rechtsgrundlage besteht danach nicht nur im Falle rechnerischer und gebührenordnungsmäßiger Fehler, sondern erfasst auch Fallgestaltungen, in denen der Vertragsarzt Leistungen unter Verstoß gegen Vorschriften über formale oder inhaltliche Voraussetzungen der Leistungserbringung durchgeführt und abgerechnet hat. Dementsprechend erfolgt eine sachlich-rechnerische Richtigstellung z. B. bei der Abrechnung fachfremder Leistungen oder qualitativ mangelhafter Leistungen, aber auch bei Leistungen eines nicht genehmigten Assistenten sowie bei der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs mit Hilfe eines Assistenten, bei der Abrechnung von Leistungen, die nach stationärer Aufnahme erbracht werden, bei der Nichtbeachtung der bereichsspezifischen Vorschriften zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der vertragsärztlichen Abrechnung und schließlich bei einem Missbrauch vertragsarztrechtlicher Kooperationsformen (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 23.06.2010 - B 6 KA 7/09 R - BSGE 106, 222 = SozR 4-5520 § 32 Nr. 4, juris Rdnr. 26 f. m.w.N.).

Nach § 5 Abs. 1 der zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Spitzenverbänden der Krankenkassen mit Wirkung vom 1. Januar 2005 vereinbarten Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfungen der KVen und der Krankenkassen (DÄ 2004, A-2555) (im Folgenden: ARL) stellt die Plausibilitätsprüfung 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. Abrechnungsauffälligkeiten 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 zugrunde liegt.

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 (§ 5 Abs. 1 Satz 1 und 2 ARL). Die Abrechnungen von Ärzten können unplausibel sein, wenn bestimmte Grenzwerte des Anteils identischer Patienten überschritten worden sind (§ 11 Abs. 1 Satz 1 ARL). Eine Abrechnungsauffälligkeit ist bei 20 % Patientenidentität in (teil)gebietsgleichen/versorgungsbereichsidentischen bzw. 30 % bei gebietsübergreifenden/versorgungsübergreifenden Praxen ist zu vermuten. Ergeben die Plausibilitätsprüfungen nach §§ 8 bis 10 Abrechnungsauffälligkeiten, so führt die Kassenärztliche Vereinigung weitere Prüfungen durch (§ 11 Abs. 1 ARL). Die weiteren Überprüfungen haben zum Ziel, mit Hilfe ergänzender Tatsachenfeststellungen und Bewertungen unter Berücksichtigung der Merkmale nach Absatz 3 festzustellen, ob gegen die rechtliche Ordnungsmäßigkeit nach § 6 verstoßen worden ist oder nicht (§ 11 Abs. 2 ARL).

Die Beklagte hat zum Teil extrem hohe Überschneidungen der vom Kläger im ärztlichen Bereitschaftsdienst behandelten Patienten mit den in der BAG C./D. behandelten Patienten festgestellt, was hinreichend Anlass zu einer sachlich-rechnerischen Prüfung bot. Angesichts der hohen Überschreitungswerte und der z. T. weiten Wege kann dies nicht damit erklärt werden, dass Notfallpatienten in der Regel in einer Vertragsarztpraxis gleichfalls behandelt werden.

Die Beklagte hat dabei im Einzelnen in einer Vielzahl von Fällen eine taggleiche Behandlung, wiederholte Kombinationen von den bestimmten Abrechnungsdaten in Bezug auf den Erstkontakt bei dem Kläger und der BAG, Auffälligkeiten bei der Abrechnung der Praxisgebühr, fehlende Angaben zum weiterbehandelnden Arzt auf Muster 19 (Notfall-/Vertretungsschein) und zudem die vom Kläger eingeräumte unzulässige Abrechnung der Nr. 02360 EBM festgestellt. Dies hat sie mit zahlreichen Fällen belegt. Insbesondere hat sie dargelegt, dass in größerem Umfang die elektronische Gesundheitskarte nicht vom Kläger eingelesen wurde, was vor allem Patienten betrifft, die auch von der BAG behandelt wurden. Hinzu kommt, dass häufig wiederholte Kombinationen von bestimmten Abrechnungsdaten in Bezug auf den Erstkontakt zwischen dem Kläger und der BAG auftreten, Familien unter den vom Kläger und der BAG behandelten Patienten befinden. Zur Vermeidung von Wiederholungen wird auf die angefochtenen Bescheide und Widerspruchsbescheide verwiesen (§ 136 Abs. 3 SGG).

Damit steht der dringende Verdacht im Raum, dass der Kläger abgerechnete Leistungen nicht erbracht hat und/oder Leistungen abgerechnet hat, die im Rahmen einer Notfallbehandlung nicht hätten erbracht werden dürfen. Bei dieser Sachlage obliegt es dem Arzt, die Ordnungsgemäßheit der Abrechnung nachzuweisen und reicht als Nachweis für die Leistungserbringung seine Abrechnung nicht mehr aus.

Ein Vertragsarzt hat im Rahmen seiner Abrechnung die Voraussetzungen der beanspruchten Gebührenpositionen unter Beachtung des unmittelbar verpflichtenden Wirtschaftlichkeitsgebots jedenfalls nach Beanstandungen und Nachfragen der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Dies gilt auch für die besonderen Leistungsvoraussetzungen von qualifizierten, d. h. aufwändigeren und daher höher dotierten Leistungspositionen. Der Nachweispflicht unterfällt auch, dass die aufwändigere (und daher höher honorierte) Leistung gegenüber einer weniger aufwändigen (geringer honorierten) Leistung erforderlich war, d. h. die den höheren Aufwand bedingenden Umstände müssen ebf. nachgewiesen werden. Darlegungs-, Nachweis- und Dokumentationspflichten stellen Obliegenheiten des Vertragsarztes dar. Soweit diesen nicht hinreichend nachgekommen wird, wird der entsprechende Honoraranspruch verwirkt. Nicht hinreichend dargelegte, dokumentierte und nachgewiesene Leistungen sind als nicht erbracht bzw. als nicht erfüllt anzusehen und können nicht abgerechnet werden (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 27.05.2015 - L 4 KA 50/12 - juris Rdnr. 166 ff., Nichtzulassungsbeschwerde zurückgewiesen durch BSG, Beschl. v. 17.03.2016 - B 6 KA 60/15 B - BeckRS 2016, 68302, unter Hinweis auf LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 26.11.2014 - L 3 KA 70/12 , Revision (B 6 KA 1/15 R) zurückgenommen). Eine Kassenärztliche Vereinigung muss die Fehlerhaftigkeit der Honorarabrechnung nicht belegen und begründen, wenn feststeht, dass ein Arzt vorsätzlich oder zumindest grob fahrlässig falsch abgerechnet hat. In diesem Fall hat der Arzt die ordnungsgemäße Erbringung der abgerechneten Leistungen nachzuweisen (vgl. BSG, Urt. v. 13.05.2020 - B 6 KA 6/19 R - SozR 4 (vorgesehen), juris Rdnr. 26 m.w.N.).

Der Kläger hat aber weitgehend nur allgemein bzgl. der Beanstandungen der Beklagten vorgetragen. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb die Tagesprotokolllisten nur unzureichend geführt worden sein sollten, insb. in dem vom Kläger behaupteten Umfang und in den von der Beklagten angeführten Belegfällen. Behandlungswünsche eines Versicherten stellen keinen Grund zu einer Behandlung im Notdienst dar. Bei den Leistungen, die auf der Grundlage des § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V als Notfallleistungen erbracht und abgerechnet werden, kann es sich nur um solche handeln, die auf die Erstversorgung ausgerichtet sind. Es dürfen weder reguläre vertragsärztliche Behandlungen durchgeführt werden, die dem Umfang und der Ausrichtung nach über die Notfallversorgung hinausgehen, noch dürfen regulär Sprechstunden angeboten werden. Ein Vergütungsanspruch besteht nur für solche diagnostischen und therapeutischen Leistungen, die entweder erforderlich sind, um zu erkennen, ob ein Notfall vorliegt, oder die ggf. für eine Erstversorgung des Patienten notwendig sind. Die Erstversorgung hat sich darauf zu konzentrieren, Gefahren für Leib und Leben sowie unzumutbaren Schmerzen der Patienten zu begegnen sowie die Notwendigkeit einer stationären Behandlung (vgl. BSG, Urt. v. 13.05.2020 - B 6 KA 6/19 R - SozR 4 (vorgesehen), juris Rdnr. 21 m.w.N.). Die Richtigkeit der Behauptung des Klägers unterstellt, eine gewisse Zahl von Patienten hätte sich, wenn sie von seinem Dienst gewusst hätten, unmittelbar an ihn gewandt, berechtigt den Kläger nicht zur Behandlung dieser Patienten, abgesehen ggf. von einer Behandlung zur Klärung der Notfalllage. Es wäre vielmehr seine Aufgabe gewesen, die Versicherten entsprechend hinzuweisen und u. u. eine Behandlung abzulehnen. Nicht nachvollziehbar ist auch der vom Kläger selbst eingeräumte geringere Anteil an eingelesenen Versichertenkarten. Angesichts der vielen Implausibilitäten konnte die Beklagte ergänzend auch auf einen Vergleich der Abrechnung mit der des Arztes E. in ÄBD Main-Kinzig-West abstellen, da hier gemeinsame Patienten bis zu 40 % bestehen.

Angesichts der von der Beklagten festgestellten Verstöße gegen die Regeln des Vertragsarztrechts erweisen sich die von dem Kläger in den streitbefangenen Quartalen jeweils der Abrechnung beigefügten Abrechnungssammelerklärungen, in denen er die ordnungsgemäße Erbringung der abgerechneten Leistungen bestätigt hat, als falsch, mit der Folge, dass die Beklagte berechtigt war, die Honorarbescheide aufzuheben und die Honorare im Wege der Schätzung neu festzusetzen (vgl. BSG, Urt. v. 23.06.2010 - B 6 KA 7/09 R - a.a.O., Rdnr. 69). Der Beklagten kommt dabei ein weites Schätzungsermessen zu, da mit der Implausibilität der Abrechnung aufgrund des Formenmissbrauchs die Abrechnung selbst nicht mehr ausschlaggebend sein kann.

Die Abrechnungssammelerklärung als Ganzes ist bereits dann unrichtig, wenn nur ein mit ihr erfasster Behandlungsausweis eine unrichtige Angabe über erbrachte Leistungen enthält. Dies gilt auch für implausible Abrechnungen. Wegen dieser weitgehenden Wirkung der Rechtsfolgen aus der Abgabe einer unrichtigen Abrechnungssammelerklärung ist weiter vorauszusetzen, dass unrichtige Angaben in den Behandlungsausweisen zumindest grob fahrlässig oder vorsätzlich erfolgt sind (vgl. BSG, Urt. v. 17.09.1997 - 6 RKa 86/95 - SozR 3-5500 § 35 Nr.1, juris Rdnr. 21 f.). Angesichts der im Einzelnen von der Beklagten dargelegten Implausibilität der Abrechnung für alle streitbefangenen Quartale ist von einem zumindest grob fahrlässigen Verhalten des Klägers auszugehen. Es bedarf eines Nachweises im Einzelfall dann nicht mehr, wenn entweder eine unrichtige Angabe über erbrachte Leistungen oder eben die Implausibilität der Abrechnung nachgewiesen ist. Der Nachweis der Implausibilität der Abrechnung steht insofern dem Nachweis einer unrichtigen Angabe über erbrachte Leistungen gleich bzw. ersetzt diesen. Im Übrigen hat die Beklagte für jedes Quartal viele Beispielsfälle angeführt.

Keinesfalls steht dem Arzt mehr an Honorar zu, als ihm zu zahlen gewesen wäre, wenn er ordnungsgemäß abgerechnet hätte (vgl. BSG, Urt. v. 22.03.2006 - B 6 KA 76/04 R - a.a.O., Rdnr. 22 zum Formenmissbrauch bei einer Berufsausübungsgemeinschaft). Dies bedeutet jedoch nicht, dass den Ärzten auch tatsächlich das Honorar zu zahlen wäre, das sie erhalten hätten, wenn sie ordnungsgemäß abgerechnet hätten. Das lässt sich angesichts der Vielzahl der Implausitäten bei der Abrechnung des Klägers im Nachhinein auch nicht mehr feststellen. Honorarkürzungen dürfen sich auf das gesamte Honorar erstrecken, das auf rechtswidrige Weise erlangt wurde, ohne dass gegenzurechnen ist, was bei rechtmäßigem Verhalten als Honorar zu zahlen gewesen wäre; in solchen Fällen kann eine Honorarneufestsetzung im Wege einer Schätzung erfolgen (vgl. BSG, Beschl. v. 17.09.2008 - B 6 KA 65/07 B - BeckRS 2008, 57265, Rdnr. 9 ff.). Der Beklagten kommt insoweit ein weites Schätzungsermessen zu (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 30.11.2016 - L 4 KA 22/14 - juris Rdnr. 55; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 02.01.2018 - L 11 KA 39/17 B ER - juris Rdnr. 81 m.w.N.). In aller Regel ist es nicht zu beanstanden, wenn die Kassenärztliche Vereinigung in den Fällen, in denen die vom Arzt geltend gemachte Quartalsvergütung bezogen auf den Fallwert wesentlich über dem Durchschnitt seiner Fachgruppe liegt, deutliche Abschläge gegenüber der ursprünglich geltend gemachten Honorarforderung vornimmt und sich im Wege pauschalierender Schätzung damit begnügt, ihm ein Honorar z. B. in Höhe des Fachgruppendurchschnitts - oder in KV-Bezirken mit hohen Fallwerten evtl. niedriger – zuzuerkennen (vgl. BSG, Urt. v. 17.09.1997 - 6 RKa 86/95 - SozR 3-5500 § 35 Nr.1, juris Rdnr. 23).

Die Beklagte hat im Rahmen der Schätzung das Honorar des Klägers auf das Durchschnittshonorar je ÄBD-Zentrale/je Quartal neu festgesetzt. Der Durchschnitt wurde anhand der Zahl der Diensttage bzw. Behandlungstage im ÄBD ermittelt, um die durchschnittliche zeitliche Präsenz zu erfassen. Der durchschnittliche Einbehalt der Praxisgebühr wurde berücksichtigt. Dies war von der Kammer nicht zu beanstanden.

Nach allem waren die Klagen insgesamt abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i. V. m. § 154 Abs. 1 VwGO. Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Die Streitwertfestsetzung erfolgte durch Beschluss des Vorsitzenden.

In Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit ist, soweit nichts anderes bestimmt ist, der Streitwert nach den sich aus dem Antrag des Klägers für ihn ergebenden Bedeutung der Sache nach Ermessen zu bestimmen. Bietet der Sach- und Streitwert für die Bestimmung des Streitwerts keine genügenden Anhaltspunkte, so ist ein Streitwert von 5.000,00 Euro anzunehmen (§ 52 Abs. 1 und 2 GKG). Der Streitwert folgte aus der Höhe der jeweiligen Honorarkürzung.
Rechtskraft
Aus
Login
HES
Saved
2020-11-18