S 12 KA 119/18

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 119/18
Datum
06.04.2021
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 22/21
Datum
-
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Gerichtsbescheid
Leitsätze

Eine hohe Patientenzahl, besondere Sprechstunden-/Praxisöffnungszeiten oder besondere Strukturen der Praxis können die Überschreitung der Zeitprofile nicht rechtfertigen, da maßgeblich der plausible Zeitaufwand Gegenstand der Überprüfung ist.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

3. Der Streitwert wird auf 650.509,01 € festgesetzt.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit der Rückforderung aus einer zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung bezüglich der fünf Quartale I/11 bis I/12 in Höhe von 650.509,01 €.

Herr A. ist Facharzt für Allgemeinmedizin und war mit Einzelpraxis im hausärztlichen Versorgungsbereich in A-Stadt zugelassen. Seit 01.09.2008 betreibt er mit Herrn C., Facharzt für Innere Medizin, ebf. zugelassen für den hausärztlichen Bereich, die klagende Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) in A-Stadt. Die Klägerin beschäftigte vom 01.03.2012 bis 31.08.2012 Herrn D. als Weiterbildungsassistenten.

Die Beklagte setzte aufgrund implausibler Abrechnung in den Vorquartalen I/09 bis IV/10 gegen die Klägerin eine Honorarrückforderung in Höhe von 538.739,39 € fest. In der mündlichen Verhandlung zum Aktenzeichen S 16 KA 447/14 vor der 16. Kammer des SG Marburg verglichen sich die Beteiligten auf eine reduzierte Rückforderungssumme in Höhe von 363.044,04 €. Hintergrund war, dass die Beklagte einen Weiterbildungsassistenten nicht hinreichend berücksichtigt hatte. Über die Rückforderung aus einer Plausibilitätsprüfung bezüglich der sechs Quartale II/12 bis III/13 in Höhe von 147.405,38 € ist ein weiteres Verfahren unter dem Az.: S 12 KA 314/19 anhängig. Die Beklagte setzte aufgrund implausibler Abrechnung in den Quartalen I bis III/08 in Bezug auf die Tätigkeit im Ärztlichen Bereitschaftsdienst gegen Herrn A. eine Honorarrückforderung in Höhe von 70.813,85 € fest. SG Marburg, Urteil v. 21.07.2017 - S 16 KA 446/14 - hob die Honorarrückforderung für das Quartal II/08 (25.567,50 €) auf und wies im Übrigen die Klage ab (Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 46/17). Die Beklagte setzte für die Quartale IV/08 – IV/10 in Bezug auf die Tätigkeit des Herr A. im Ärztlichen Bereitschaftsdienst eine weitere Honorarrückforderung in Höhe von 651.035,66 € fest. SG Marburg, Urteil v. 21.07.2017 - S 16 KA 362/15 - wies die Klage ab (Berufung anhängig: LSG Hessen L 4 KA 47/17). Die Klage gegen eine weitere sachlich-rechnerische Honorarberichtigung wegen implausibler Honorarabrechnungen in den Quartalen I/11 bis IV/11 in Bezug auf dessen Tätigkeit im Ärztlichen Bereitschaftsdienst in Höhe von 73.136,77 € wies die Kammer mit Gerichtsbescheid vom 13.02.2019 - S 12 KA 601/17 - ab (Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 8/19). Über die Rückforderung aus einer patientenbezogenen und ergänzenden Plausibilitätsprüfungen der ÄBD-Honorarabrechnungen der sieben Quartale I/12 bis III/13 in den ÄBD-Bezirken E-Stadt, A Stadt - mit Ausnahme des Quartals IV/12 – und F-Stadt in Höhe von insgesamt 138.954,72 € ist ein weiteres Verfahren unter dem Az.: S 12 KA 315/19 anhängig.

In den streitbefangenen Quartalen I/11 bis I/12 setzte die Beklagte durch Honorarbescheid das Honorar der Klägerin wie folgt fest:

Quartal	I/11	II/11	III/11		IV/11
Honorarbescheid v.	24.06.2011	04.10.2011	12.01.2012		02.04.2012
Gesamthonorar netto in €	224.427,86	212.834,76	220.574,42	+82.808,10	240.109,20

Bruttohonorar PK + EK gesamt in €	226.817,29	214.372,34	222.844,79	244.311,51
Fallzahl gesamt PK + EK	4.242	4.107	4.053	4.154

Quartal	I/12
Honorarbescheid v.	03.07.2012
Gesamthonorar netto in €	227.441,82
Bruttohonorar PK + EK gesamt in € neu	228.710,43
Fallzahl gesamt PK + EK	4.257

Die Beklagte führte für die Quartale I/11 bis III/13 eine Plausibilitätsprüfung durch. Sie übersandte der Klägerin unter Datum vom 12.06.2015 die zeitbezogenen Rechnungsergebnisse für diese Quartale unter Erläuterung der Ermittlung der Zeitprofile.

Die Klägerin äußerte sich hierzu über ihren Prozessbevollmächtigten mit Schriftsatz vom 11.09.2015. Sie wies auf die Nichtberücksichtigung ihres Weiterbildungsassistenten hin, der mit einem halben Quartalsprofil von 390 Stunden berücksichtigt werden müsse. Ebenso müsse die Größe der Praxis berücksichtigt werden. Die Zeitüberschreitung der Quartalsprofile sei durch die überdurchschnittlich hohe Anzahl an Patienten, die in Ihrer BAG von nur zwei Ärzten behandelt würden, plausibel erklärbar. Ihre Patientenzahl läge bei 3.660 bis 4.375 Patienten/Quartal, während die Fachgruppe im Durchschnitt ca. 950 Patienten/Quartal behandeln würde. Allein durch die Prüfzeiten für die Versichertenpauschalen würden ihre Prüfzeiten für zwei Ärzte ausgeschöpft. Die durchschnittlichen Prüfzeiten würden sich an durchschnittlichen Behandlungsfallzahlen orientieren. Für ihre Praxis müssten für einzelne Leistungen die Prüfzeiten herabgesetzt werden. Für die Versichertenpauschalen (Nr. 03110 bis 03112 EBM) und die Nr. 03212 (Chronikerzuschlag) dürften nur 50 % der Prüfzeit angesetzt werden (im Durchschnitt rund 12 Minuten bzw. 10 Minuten). Bei maßvoller Reduzierung hierfür ergäben sich nur noch sehr geringe Überschreitungen in den Quartalsprofilen.

Die Beklagte hob aufgrund einer zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung mit Bescheid vom 25.11.2015 die Honorarabrechnung der Praxis der Klägerin für die Quartale I/11 bis I/12 auf und setzte die unter Prüfungsvorbehalt gezahlte Vergütung neu fest. Hieraus errechnete sie eine von ihr festgesetzte Honorarrückforderung in Höhe von insgesamt 650.509,01 €. Im Einzelnen nahm sie folgende Berichtigungen vor:

Quartal	Kürzungsbetrag in € netto
I/11	125.776,18
II/11	112.899,30
III/11	157.904,18
IV/11	124.937,19
I/12	128.992,16
gesamt	650.509,01

Zur Begründung verwies sie auf die Tagesprofile und gab für die Klägerin die Tages- und Quartalsprofile wie folgt an:

Quartal	Tagesprofil Anzahl Tage > 12 Std.	Tagesprofil davon > 16. Std.	Maximale Arbeitszeit pro Tag im Quartal	Quartalsprofil Zeitsumme Std. : Min.	Quartalsprofil Überschreitung Std. : Min
I/11	1	1	36:36	3.428:15	1.868:15
II/11	0	0	23:22	3.220:11	1.660:11
III/11	1	0	30:15	3.185:36	1.625:36
IV/11	0	0	19:46	3.158:42	1.598:42
I/12	3	0	27:43	3.480:34	1.920:34
II/12	0	0	13:31	2.210:52	650:52
III/12	0	0	6:59	1.993:47	433:47
IV/12	0	0	5:31	2.003:24	443:24
I/13	0	0	11:19	2.442:58	882:58 492:58*
II/13	0	0	6:58	2.008:47	448:47 58:47*
III/13	0	0	5:14	2.039:41	479:41 89:41*

* Unter Berücksichtigung des genehmigten Weiterbildungsassistenten (ganztags beschäftigt)

Der Vorstand habe am 24.11.2011 beschlossen, bei vorliegender Auffälligkeit in der zeitgebundenen Plausibilitätsprüfung die Notdienst- bzw. Ärztlichen Bereitschaftsdienstabrechnungen in die Prüfung mit einzubeziehen. Die Überprüfung der Abrechnungen habe ergeben, dass die Klägerin die für eine Berufsausübungsgemeinschaft bestehend aus zwei Mitgliedern maßgebende zeitliche Quartalsprofilgrenze von 1.560 Stunden im prüfrelevanten Zeitraum überschritten habe. Insb. in den Quartalen I/11 bis I/12 lägen massive Überschreitungen vor. Die weitere Überprüfung habe ergeben, dass die zeitlichen Auffälligkeitsgrenzen von 12 Stunden am Tag in den Quartalen I/11 bis I/12 an bis zu 63 Tagen im Quartal überschritten werde, wobei die im Tagesprofil ausgewiesene Zeit an insgesamt 10 Tagen über 16 Stunden gelegen habe. An einem dieser Tage, dem 15.09.2011, habe das Tagesprofil allein für Herrn A. bei 22:31 Stunden gelegen. An anderen auffälligen Tagen trage zusätzlich der Ansatz der Nr. 35110 EBM (Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen) zur Überschreitung bei. So z. B. am 19.03.2012. An diesem Tag habe das Tagesprofil allein für Herrn A. bei 14:25 Stunden gelegen. Alleine der Ansatz der Nr. 35110 EBM, der 26mal erfolgt sei, betrage 6:56 Stunden. Ähnlich verhalte es sich an den anderen auffälligen Tagen. Beispielhaft seien hier der 14.01.2011, 07.04.2011, 28.11.2011, 27.02.2012 und 21.03.2012 angeführt. Eine hohe Patientenzahl könne die

Überschreitung der Tagesprofilgrenzen nicht rechtfertigen, da maßgeblich der plausible Zeitaufwand Gegenstand der Überprüfung sei. Es lägen ebenso Quartalsprofilüberschreitungen von bis zu 1.920:34 Stunden vor. Ganz klar ersichtlich sei, dass nach erfolgtem Bescheidversand im Rahmen des Vorverfahrens im Quartal II/12 ein rapider Rückgang der Überschreitungen zu verzeichnen sei. In nahezu allen Quartalen im Zeitraum I/11 bis I/12 seien z. T. erhebliche Abweichungen einzelner Gebührenordnungspositionen zum Fachgruppendurchschnitt festzustellen, so beim dringenden Besuch nach Nr. 01411 EBM, der Psychosomatischen Grundversorgung (Nr. 35110 EBM), den Chirotherapeutischen Eingriffen an der Wirbelsäule (Nr. 30201 EBM) und dem Zuschlag für Chronische Erkrankungen (Nr. 03212 EBM). Die vergleichsweise sehr junge Klientel (Rentneranteil ca. 10 % / Fachgruppe ca. 34%) und die damit regelhaft geringere Morbidität ließen erhebliche Zweifel an der Notwendigkeit eines derartigen Behandlungsaufwandes und an der tatsächlichen Leistungserbringung entstehen. Des Weiteren sei es nicht nachvollziehbar, dass trotz der Anzahl der durchgeführten Ärztlichen Bereitschaftsdienste (ÄBD-Dienste) in den drei verschiedenen Zentralen mit einem hohen Anteil an identischen Patienten und einer weiteren hohen Anzahl von abgerechneten dringenden Besuchsleistungen in der BAG eine derartige Vielzahl an dringenden Besuchen zur sog. Nachtzeit (19:00 - 22:00 Uhr) abgerechnet würden. Hierbei komme die Hauptbesuchsziffer Nr. 01411 zum Ansatz, die statistisch sehr auffällig sei und gar nicht in den Zeitprofilstatistiken erfasst werde. Auf die Fahrzeit zum dringenden Besuch sei hinzuweisen. Auch hier sei ein deutlicher Rückgang nach Kontakt mit dem Prüfgremium feststellbar:

Quartal	Nr. 01411 EBM
I/11	303
II/11	313
III/11	339
IV/11	340
I/12	335
II/12	114
III/12	83
IV/12	62
I/13	57
II/13	34
III/13	38

Zusätzlich kämen noch Zeiten u. a. für privatärztliche Leistungen und weiteren EBM-Leistungen dazu, die gar nicht in den Zeitprofilstatistiken erfasst würden, so dass die tages- und quartalsbezogene Behandlungszeit tatsächlich noch höher ausfalle. Für den Weiterbildungsassistenten sei keine Genehmigung erfolgt. Auch der Landesärztekammer Hessen liege eine solche nicht vor. Es müsse davon ausgegangen werden, dass in diesem Fall der Weiterbildungsassistent nicht gemeldet bzw. genehmigt worden sei. Eine Berücksichtigung im Rahmen der zeitlichen Plausibilitätsprüfung könne in den Quartalen I/12 bis III/12 somit nicht erfolgen. Zur Praxisgröße verweise sie auf die Begründungen im Widerspruchsbescheid zu den Vorquartalen. Die praktizierte Abrechnungspraxis der BAG mit den ÄBD-Zentralen habe zu einer nicht sachgemäßen Fallzahlvermehrung geführt, die sich anteilig in der überdurchschnittlichen Fallzahl widerspiegele, was im Bescheid ausführlich weiter ausgeführt wird. Es ergäben sich für Herrn A. weitere Behandlungszeiten zwischen 231 und 507 Stunden Arbeitszeit im Quartal. An einzelnen Tagen ergebe sich ein zeitlicher Abrechnungsumfang von über 24 Stunden. Die Plausibilitätsprüfung habe den Indizienbeweis zu Grunde gelegt, dass die Klägerin fehlerhaft abrechnet habe. Angesichts der Anzahl und Höhe der zeitlichen Überschreitungen sowie der sich über viele Quartale hinziehenden, dargelegten Abrechnungspraxis handele es sich auch nicht um ein bloßes Versehen, sondern um wiederholtes, standardmäßig nachlässiges Ausfüllen der Abrechnungsscheine. Zudem sei nach der Bescheiderteilung im Erstverfahren ab dem Quartal II/12 ein geändertes Abrechnungsverhalten zu beobachten, welches im Ergebnis zu einer deutlichen Reduzierung der Zeitprofile führe. Die objektive Fehlerhaftigkeit der Abrechnung führe zum Wegfall der Garantieerklärung. Diese sei unrichtig und habe die Rechtswidrigkeit der auf Ihr beruhenden Honorarbescheide zur Folge. Hinsichtlich der Höhe des Honorarrückforderungsbetrages und der Neufestsetzung des Honoraranspruchs stehe ihr ein weites Schätzungsermessen zu. Die Festsetzung des Rückforderungsbetrages könne dabei im Wege einer pauschalierten Schätzung erfolgen. Die Honorarkürzung habe sie anhand einer sog. Überschreitungsquote ermittelt. Diese errechne sich aus dem prozentualen Verhältnis der als implausibel festgestellten Überschreitungszeiten zur Gesamtzeit im Quartal auf der Grundlage der Prüfzeiten nach Anlage 3 zum EBM. Die so übermittelte Überschreitungsquote sei dem quotierten Gesamthonorar gegenüberzustellen und ergebe den Korrekturbetrag. Bezüglich näherer Einzelheiten verweise sie auf den beifügten Berechnungsbogen.

Hiergegen legte die Klägerin am 17.12.2015 Widerspruch ein. Unter weitgehender Wiederholung ihres bisherigen Vorbringens trug sie ergänzend vor, die Beschäftigung des Weiterbildungsassistenten sei für den noch streitgegenständlichen Zeitraum ohne Bedeutung. Auch die zugrunde gelegten Tagesprofilzeiten ließen keinen Schluss auf implausibles Abrechnungsverhalten zu. Für die Nr. 01732 EBM (Früherkennungsuntersuchung) werde eine Prüfzeit von 21 Minuten angesetzt. Hier sei zu berücksichtigen, dass die Leistung in der Praxis an zwei Tagen erbracht und erst am zweiten Tag abgerechnet werde. Am ersten Tag erfolge die Anamnese, Ganzkörperuntersuchung und Blutentnahme, am zweiten Tag die Befundbesprechung. Daher dürfe im Tagesprofil nur eine Prüfzeit von 11 Minuten erscheinen. Die Prüfzeit von 7 Minuten für die Nr. 30201 EBM (Chirotherapeutischer Eingriff) würden durch die optimale Vorbereitung des Patienten durch die Mitarbeiter nicht benötigt werden. Sie bräuchten für die Leistungserbringung nur vier Minuten. Die Klägerin errechnete hieraus neue Tagesprofile aufgrund der von ihr vorgetragenen Reduzierung der Prüfzeiten für eine ganze Reihe von Tagen. Die danach verbliebenen Überschreitungen, so die Klägerin, bewegten sich praktisch durchweg um oder unter 13 Stunden, was für einen Arbeitstag in stark frequentierten Praxen vorkommen könne. Soweit immer noch an vier Tagen Tageszeitprofilzeiten von 14 bis 15 Stunden vorkämen, handele es sich um extrem stark frequentierte Tage, an denen die Praxis bis 23 Uhr geöffnet gehabt hätte. Hierbei handele es sich nicht um eine implausible Abrechnungsweise. Selbstverständlich habe die Honorarkürzung für die Folgequartale eine Warnfunktion gehabt. Sie habe ihr Abrechnungsverhalten geändert und erbringe nur noch so viele Einzelleistungen, wie dies von den vorgegebenen Zeitprofilen noch möglich sei. Das sei ein vollkommen nachvollziehbares Verhalten, wie es vermutlich jeder betroffene Arzt praktizieren würde. Aus der Häufigkeit der Einzelleistungen könne nicht auf deren Nichterbringung geschlossen werden. Statistische Abweichungen könnten ein Indiz für unwirtschaftliche Leistungserbringung sein, jedoch nicht in Plausibilitätsprüfungen herangezogen werden. Hausbesuche würden von über 50 % der Vergleichsgruppe gar nicht erbracht werden. Die Ausführungen im Bescheid zum Zeitaufwand im ÄBD würden nicht zutreffen, weil man im ÄBD an feste Dienstzeiten gebunden sei, gleichgültig wie viele Patienten erschienen. Zudem dürften gemäß § 8 Abs. 2 Satz 2 der

Richtlinien nach § 106a SGB V Leistungen im organisierten Notfalldienst nicht für die Erstellung von Zeitprofilen herangezogen werden. Sie verweise auch auf die Ausführungen im Verfahren gegen Herrn A. bzgl. der Kürzungen im Notdienst. Bei den Prüfzeiten würde es sich nur um Aufgreifkriterien handeln, die bei Überschreitungen Anlass zu weiteren Überprüfungen geben würden. Mit der Überschreitung der Zeitprofile allein sei noch nicht der Nachweis einer implausiblen Abrechnung erbracht. Die Berechnung der Honorarrückforderung sei übersetzt. Es lägen sachfremde Erwägungen vor. Der Ausschuss hätte beachten müssen, dass die Quartalsprofilüberschreitung aufgrund der hohen Behandlungsfallzahlen unvermeidbar sei. Er hätte sich daher nicht allein an den Überschreitungsprozentsätzen im Quartalsprofil orientieren dürfen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 28.02.2018 wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Zur Begründung führte die Beklagte aus, die für die Quartale I/11 bis I/12 erstellten Quartalszeitprofile sowie die Tageszeitprofile führten den Indizienbeweis, dass die Abrechnungen der Klägerin fehlerhaft seien. Rechne man die Quartalsprofile auf eine durchschnittliche tägliche Behandlungszeit je Arzt um, erreiche jeder Arzt der Praxis tägliche Behandlungszeiten zwischen rund 22 bis zu irrealen 25 Stunden am Tag. Hierbei sei zu beachten, dass die Zahl der Behandlungstage auch Samstage/Sonntage enthalte, an denen nur wenige Leistungen abgerechnet worden seien. Die quartalsbezogenen Behandlungszeiten seien tatsächlich noch höher, weil in der Quartalsprofilzeit viele Leistungen nicht erfasst würden. Der Weiterbildungsassistent sei nicht zu berücksichtigen, weil es an einer Genehmigung fehle. In die Zeitprofile seien keine Prüfzeiten für die Tätigkeit im ÄBD eingestellt worden. Die weitere Prüfung der LANR-bezogenen Tageszeitprofile zeige insb. für Herrn A. erhebliche Überschreitungen. Der Hauptteil der Zeit entfalle auf die Abrechnung Psychosomatischer Gesprächsleistungen mit Mindestzeitvorgaben (Nr. 35100, 35110 EBM), von Akupunkturleistungen (Nr. 30791 EBM), von chirotherapeutischen Eingriffen (Nr. 30201 EBM) und Früherkennungsuntersuchungen (insb. Nr. 01732 EBM). Auch die bei einzelnen Leistungen am Tag erreichten Zeiten seien nicht real und zeigten, dass die Leistungen nicht (vollständig) erbracht worden sein könnten (z. B. Nr. 35100, 35110 - 8 Stunden und mehr am Tag), was sie für einzelne Behandlungstage tabellarisch auflistete und für die Tage mit der höchsten Profilzeit im Quartal näher erläuterte. Herr A. habe unter seiner LANR und der BSNR der BAG Besuche nach der Nr. 01411 und 40226 EBM abgerechnet, obwohl er in dieser Zeit Dienst im ÄBD gehabt habe und dort werktags im Nachtdienst tätig gewesen sei. Die Zahl der Vertretungsscheine der Praxis könne das stark erhöhte Zeitaufkommen nicht plausibel erklären (I/11: 73 Vertretungsscheine; II/11: 34; III/11: 147; IV/11: 102; I/12: 45). Die Prüfzeiten nach Anhang 3 des EBM für die Versichertenpauschalen und die Leistung des Chronikerzuschlags seien trotz der hohen Fallzahlen nicht herabzusetzen. Sie sei an die Prüfzeiten gebunden. Im Übrigen seien die Prüfzeiten nicht zu beanstanden. Die Menge der abgerechneten Leistungen könne von der Klägerin zeitlich nicht (ordnungsgemäß) geleistet worden sein. Somit lege die zeitbezogene Plausibilitätsprüfung genau das offen, wofür das Instrument der zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung geschaffen worden sei: die Abrechnungen seien nicht ordnungsgemäß. Die Klägerin habe zumindest grob fahrlässig (d. h. Verletzung der erforderlichen Sorgfalt in besonders schwerem Maße - § 45 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 SGB X), teilweise sogar vorsätzlich Leistungen auf den Abrechnungsscheinen eingetragen, deren Leistungsinhalt sie nicht (vollständig) erbracht haben könne. Die auf den nicht ordnungsgemäßen Sammelerklärungen beruhenden Honorarbescheide seien somit falsch und folglich aufzuheben. Für die Neuberechnung des Honorars stehe ihr ein weites „Schätzungsermessen“ zu. Die gewählte Berechnungsmethode sei nicht zu beanstanden, da sich die Honorarrückforderung an dem Verhältnis zwischen plausiblen Zeiten und Überschreitung der plausiblen Zeit orientiere. Dieses Verhältnis (dargestellt als Prozentsatz) werde auf das erwirtschaftete Gesamthonorar übertragen und ein entsprechender Rückforderungsbetrag festgesetzt. Mit dieser Berechnungsweise werde ein erwirtschafteter Minutenpreis für alle abgerechneten Leistungen ermittelt und der implausible Leistungsanteil, der über den Zeit-Grenzwerten liege, abgeschöpft. Diese Berechnungsweise sei gerichtlich bestätigt worden. Ermessensfehler, insb. sachfremde Erwägungen, bei der Festsetzung der Honorarrückforderung lägen nicht vor. Die Rückforderungsberechnung stütze sich ausschließlich auf das korrekt erstellte Quartalszeitprofil. In die Zeitprofile seien keine Prüfzeiten für Ihre Tätigkeit im ÄBD eingestellt worden. Problematisch seien nicht die hohen Behandlungsfallzahlen, sondern die Masse an abgerechneten Leistungen, die in solchem Umfang zeitlich unmöglich ordnungsgemäß erbracht worden sein könnten. Es sei kein sachlicher Grund ersichtlich, weshalb bei diesem Sachverhalt eine geänderte Berechnungsmethode angewandt werden solle.

Hiergegen hat die Klägerin am 03.04.2018 die Klage erhoben. Sie verweist auf ihre Ausführungen im Widerspruchsverfahren und trägt ergänzend vor, die aus den Quartalsprofilzeiten errechneten täglichen Arbeitszeiten würden keine Woche mit sieben Tagen zugrunde legen und seien daher falsch berechnet. Sie sei weiterhin der Auffassung, die hohen Fallzahlen müssten, wie im Verwaltungsverfahren bereits dargelegt, berücksichtigt werden. Für die Tagesprofile des Herrn A. verwende die Beklagte Zeitvorgaben, die im Tagesprofil nicht zu berücksichtigen seien. Bei den angeführten Patientenbeispielen handele es sich um Besuche, die von den Patienten direkt bei Herrn A. angefordert worden seien. Einem Vertragsarzt sei es nicht verwehrt, eigene Patienten während seiner Bereitschaftsdienstzeit zu behandeln. Beide Gesellschafter hätten keine Kenntnis von der fehlenden Genehmigung für die Beschäftigung des Weiterbildungsassistenten gehabt. Ihre Praxisassistentin hätte es fahrlässig versäumt, die Beschäftigung bei der Beklagten anzuzeigen. Ein vorsätzliches Handeln der Gesellschafter sei jedenfalls auszuschließen. Die Prüfzeiten erfüllten gerade nicht die an sie gestellten Anforderungen, was sich aus einem Gutachten des IGES-Instituts ergebe. Von einer vorsätzlichen Falschabrechnung könne insgesamt nicht ausgegangen werden.

Die Klägerin beantragt,

den Honorarrückforderungsbescheid vom 25.11.2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 28.02.2018 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie trägt vor, auch für die Folgequartale I/11 bis III/13 seien ebf. zeitbezogene Plausibilitätsprüfungen durchgeführt worden. Des Hessische Landessozialgericht habe In seinem Urteil vorn 13.09.2017 - L 4 KA 66/14 - u. a. ausgeführt, dass bei der Berechnung der Tages- und Quartalsprofile zu Recht die Prüfzeiten entsprechend den Zeitangaben im EBM 2005 zugrunde gelegt worden seien. Bei den in Anhang 3 zum EBM aufgeführten Prüfzelten handele es sich im Unterschied zu den ebf. dort angegebenen Kalkulationszeiten nicht um Durchschnittszeiten, sondern um Mindestzeiten, die ein Vertragsarzt für die Erbringung der jeweiligen Leistung mindestens benötige. Diese seien - normativ durch den Bewertungsausschuss bestimmt - so bemessen, dass auch ein erfahrener, geübter und zügig arbeitender Arzt die Leistungen im Durchschnitt in kürzerer Zeit nicht ordnungsgemäß und vollständig erbringen könne. Zu dem klägerseits angeführten Gutachten, wonach die Kalkulationszeiten in Anhang 3 des EBM im Rahmen von Expertengesprächen geschätzt und normativ festgelegt worden seien und systematische Zeiterhebungen hierzu nicht durchgeführt worden seien, sei anzumerken, dass in der angegebenen Fundstelle nicht von einer Schätzung die Rede sei. Es werde ausgeführt, dass dieser für die abschließende Leistungsbewertung

herausragende Schritt der Ermittlung des Zeitbedarfs je Kostenstelle für eine EBM-Leistung, ebenso wie die Ermittlung der Zeiten für den ärztlichen Leistungsanteil, nicht aus empirischen Erhebungen beruhe, sondern normativ ermittelt worden sei.

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

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 18.11.2020 angehört.

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

Die Klage ist jedoch unbegründet. Der Honorarrückforderungsbescheid vom 25.11.2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 28.02.2018 ist rechtmäßig und war daher nicht aufzuheben. Die Klage war abzuweisen.

Rechtsgrundlage des angefochtenen Berichtigungsbescheids ist für die hier streitbefangenen Quartale I/11 bis I/12 § 106a Abs. 2 Satz 1 bis 4 SGB V in der hier noch anzuwendenden und bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) v. 14.11.2003, BGBl I 2003, 2190 (aktuell § 106d Abs. 2 Satz 1 bis 4 SGB V) (im Folgenden: SGB V). 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 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).

Die Beklagte hat den Kläger durch das Anhörungsschreiben und Übersendung des Ausgangsbescheids ausreichend angehört (§ 24 SGB X).

Der angegriffene Bescheid ist auch materiell rechtmäßig.

Nach § 106a SGB V (bzw. jetzt § 106d SGB V) stellt die Kassenärztliche Vereinigung die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen fest; dazu gehört auch die arztbezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten (§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V). Gegenstand der arztbezogenen Plausibilitätsprüfung ist insbesondere der Umfang der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand des Arztes; Vertragsärzte und angestellte Ärzte sind entsprechend des jeweiligen Versorgungsauftrages gleich zu behandeln (§ 106a Abs. 2 Satz 2 SGB V). Bei der Prüfung nach Satz 2 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 zu Grunde gelegt werden (§ 106a Abs. 2 Satz 3 SGB V). Soweit Angaben zum Zeitaufwand nach § 87 Abs. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz bestimmt sind, sind diese bei den Prüfungen nach Satz 2 zu Grunde zu legen (§ 106a Abs. 2 Satz 4 SGB V).

Die näheren Einzelheiten des Prüfungsverfahrens ergeben sich aus den auf der Grundlage von § 106a Abs. 6 SGB V vereinbarten „Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen“ in der hier in den Quartalen III/08 bis I/18 grundsätzlich noch maßgebenden Fassung (DÄ 2008, A-1925), unter Berücksichtigung der Änderung des § 8 AbrPr-RL vom 07.03.2018 (DÄ 2018, A 600) (im Folgenden: AbrPr-RL), die nach der Übergangsregelung in § 22 Abs. 3 AbrPr-RL 2018 auf Verfahren anzuwenden ist, die am 31.12.2014 noch nicht abgeschlossen waren. Die §§ 8 und 8a der Richtlinien nach § 106a SGB V in der ab 01.07.2008 geltenden Fassung finden nach der Übergangsregelung auf diese Verfahren keine Anwendung (vgl. BSG, Urt. v. 11.09.2019 - B 6 KA 9/18 R - BSGE 129,220) = SozR 4-2500 § 106a Nr. 25, juris Rdnr. 13).

Die Prüfung der Abrechnungen des Vertragsarztes auf sachlich-rechnerische Richtigkeit zielt auf die Feststellung, ob die Leistungen ordnungsgemäß, also im Einklang mit den gesetzlichen, vertraglichen oder satzungsrechtlichen Bestimmungen des Vertragsarztrechts - mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebots - erbracht und abgerechnet worden sind (§ 4 AbrPr-RL). Dazu gehört auch die arztbezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität.

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. 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 (§ 5 Abs. 1 AbrPr-RL). 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. Auch die Krankenkasse kann Folgerungen aus einer Plausibilitätsprüfung erst ziehen, wenn sich daraus die Fehlerhaftigkeit der Abrechnung ergibt (§ 5 Abs. 2 AbrPr-RL). Abrechnungsauffälligkeiten in Gestalt einer Überschreitung der Tagesprofile oder der im Quartalszeitprofil maßgebenden Stundenzahl sind geeignet, die Unrichtigkeit einer Abrechnung insgesamt zu belegen, soweit sie sich nicht zugunsten des Arztes bzw. des MVZ erklären lassen (vgl. BSG, Urt. v. 24.10.2018 - B 6 KA 42/17 R - BSGE 127, 43 = SozR 4-2500 § 106a Nr. 19, juris Rdnr. 20 u. 22 m.w.N.; BSG, Urt. v.

21.03.2018 - B 6 KA 47/16 R - SozR 4-2500 § 106a Nr. 18, juris Rdnr. 25; BSG, Urt. v. 11.09.2019 - B 6 KA 9/18 R - BSGE 129,220) = SozR 4-2500 § 106a Nr. 25, juris Rdnr. 31).

Nach § 7 Abs. 2 Satz 1 AbrPr-RL erstreckt sich die regelhafte Plausibilitätsprüfung auf die Feststellung von Abrechnungsauffälligkeiten (§ 5 Abs. 1 Satz 3) durch Überprüfung des Umfangs der abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand (Prüfung nach Zeitprofilen [§ 8]). Für die Feststellung der Abrechnungsauffälligkeiten nach § 7 Abs. 2 sind die im Anhang 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab in der jeweils gültigen Fassung aufgeführten Prüfzeiten für die ärztlichen Leistungen zugrunde zu legen (§ 8 Abs. 1 AbrPr-RL). Unabhängig vom Tätigkeitsort wird für alle unter der lebenslangen Arztnummer angeforderten Leistungen bei Vertragsärzten, -therapeuten, angestellten Ärzten und Therapeuten, bei ermächtigten Ärzten, bei ermächtigten Instituten und ermächtigten Krankenhäusern gleichrangig ein Tageszeitprofil und ein Quartalszeitprofil ermittelt (§ 8 Abs. 2 AbrPr-RL). 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. Anhang 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab kennzeichnet darüber hinaus die behandlungsfall- und krankheitsfallbezogenen ärztlichen Leistungen, die nicht dem Tageszeitprofil unterliegen (§ 8 Abs. 3 AbrPr-RL).

Beträgt bei Vertragsärzten und -therapeuten mit einem vollen Versorgungsauftrag bzw. bei in Vollzeit angestellten Ärzten und Therapeuten die auf der Grundlage der Prüfzeiten ermittelte arbeitstägliche 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. Ein reduzierter Umfang des Versorgungsauftrages bzw. des Tätigkeitsumfangs des angestellten Arztes bzw. Therapeuten ist anteilig zu berücksichtigen (§ 8 Abs. 4 Satz 1 und 2 AbrPr-RL). Abweichend von Abs. 2 kann für Berufsausübungsgemeinschaften und Arztpraxen mit angestellten Ärzten/Therapeuten und medizinische Versorgungszentren die Obergrenze für das Tageszeit- bzw. Quartalszeitprofil nach Abs. 4 multipliziert werden mit der Anzahl der in der Arztpraxis tätigen Ärzte bzw. Therapeuten im Umfang ihrer Tätigkeit unabhängig vom Status (§ 8 Abs. 6 AbrPr-RL).

Die Regelungen der AbrPr-RL einschl. der Bildung von Tages- und Quartalsprofilen sind nicht zu beanstanden.

Das Bundessozialgericht sah anfangs in den zunächst von den Kassenärztlichen Vereinigungen vorgegebenen Prüfzeiten, noch vor der Neuregelung in § 106a SGB V und § 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V, ein geeignetes Beweismittel (Indizienbeweis). Die Festlegung der für eine ärztliche Leistung aufzuwendenden Durchschnittszeit beruhte nach dem Bundessozialgericht auf ärztlichem Erfahrungswissen. Sie sei deshalb ebenso und in dem Umfang gerichtlich überprüfbar, in dem auch im Übrigen auf ärztlichem Erfahrungswissen beruhende Festlegungen überprüft werden. (vgl. BSG, Urt. v. 24.11.1993 - 6 RKa 70/91 - BSGE 73, 234 = SozR 3-2500 § 95 Nr. 4, juris Rdnr. 25 f.). Es oblag dem Arzt, diesen Indizienbeweis zu entkräften (vgl. BSG, Urt. v. 26.01.1994 - 6 RKa 29/91 - BSGE 74, 44 = SozR 3-1300 § 45 Nr. 2, juris Rdnr. 26). Bei einer Plausibilitätsprüfung mit Hilfe von Tagesprofilen für Abrechnungsmanipulationen handelte es sich um ein Beweisverfahren (vgl. BSG, Urt. v. 08.03.2000 - B 6 KA 16/99 R - BSGE 86, 30 = SozR 3-2500 § 83 Nr. 1, juris Rdnr. 37). An diese Rspr. knüpfte das Bundessozialgericht zunächst auch nach Novellierung des § 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V an (vgl. BSG, Urt. v. 21.03.2018 - B 6 KA 47/16 R - SozR 4-2500 § 106a Nr. 18, juris Rdnr. 25 f.; BSG v. 17.08.2011 - B 6 KA 27/11 B juris Rdnr. 9).

Mit der Einführung des § 106a SGB V und der Novellierung des § 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V hat der Gesetzgeber die Plausibilitätsprüfung allerdings auf eine neue Rechtsgrundlage gestellt (vgl. ausführlich SG Marburg, Gerichtsb. v. 25.09.2020 - S 12 KA 290/19 - juris Rdnr. 49 ff., Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 63/20 -). Art. 1 Nr. 62 Buchst. b GMG v. 14.11.2003 fügte § 106a SGB V ein. Die Plausibilitätsprüfungen wurden nicht an die Wirtschaftlichkeitsprüfung, sondern an die sachlich-rechnerische Berichtigung angekoppelt, nachdem das Bundessozialgericht entschieden hatte, dass Plausibilitätsprüfungen der Aufdeckung von Abrechnungsfehlern und unwirtschaftlicher Leistungserbringung dienen, aber kein eigenständiges Verfahren der Honorarkürzung wie sachlich-rechnerische Berichtigung und Wirtschaftlichkeitsprüfung sind (vgl. BSG, Urt. v. 08.03.2000 - B 6 KA 16/99 R - BSGE 86, 30 = SozR 3-2500 § 83 Nr. 1, juris Rdnr. 35 ff.). Zeitgleich fasste Art. 1 Nr. 66 Buchst. c aa GMG § 87 Abs. 2 Satz 1 neu und gab Halbsatz 2 die bis heute gültige Fassung: „Der einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander; soweit möglich, sind die Leistungen mit Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes zu versehen.“ Nach der Entwurfsbegründung zum GMG sollte zur Verbesserung der Transparenz der Leistungsbewertungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) sowie zur Verbesserung der Wirksamkeit der Abrechnungsprüfungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (s. § 106a - neu -) die im EBM aufgeführten Leistungen mit Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes versehen werden. Solche kalkulatorischen Zeitwerte seien von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen bei der Vorbereitung von Entwürfen für eine Reform des EBM und im Rahmen von Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Durchführung der Abrechnungsprüfungen bereits entwickelt worden (vgl. BT-Drs. 15/1525, S. 104).

Mit diesen Prüfzeiten (sog. Plausibilitätszeiten) (vgl. Anhang 3 zum EBM „Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes gemäß § 87 Abs. 2 S. 1 SGB V in Verbindung mit § 106d Abs. 2 SGB V“) können Tages- und Quartalsprofile erstellt werden.

Der Gesetzgeber sieht damit die Plausibilitätszeiten nicht mehr als Teil eines Indizienbeweises oder Beweisverfahrens an, sondern hat deren Normierung als untergesetzliches Recht dem EBM-Geber überantwortet. Nach der Gesetzesbegründung stehen die Plausibilitätszeiten in klarem Zusammenhang zu den kalkulatorischen Zeitwerten. Die Profilzeiten geben mit den Obergrenzen von 12 Stunden täglich bzw. 780 Stunden im Quartal eine Plausibilitätsgrenze an. Diese Plausibilitätsgrenze gibt den Umfang an Leistungen an, der maximal in einer vertragsärztlichen Praxis pro Behandler erwirtschaftet werden kann. Die Profilzeitgrenzen, schon als maximale Obergrenze abgefasst, berücksichtigen ferner nicht Pausen- und Essenszeiten, Zeiten für die Versorgung von Privatpatienten, für die Anleitung der Mitarbeiter und Erbringung von nicht erfassten Leistungen. Insofern handelt es sich um Obergrenzen, die bereits einen „Sicherheitspuffer“ beinhalten. Zudem stellen die Obergrenzen nur ein Aufgreifkriterium dar. § 12 AbrPr-RL verpflichtet die Kassenärztliche Vereinigung zu weiteren Prüfungen, wenn die Plausibilitätsprüfungen nach §§ 8 bis 11 Abrechnungsauffälligkeiten ergeben (§ 12 Abs. 1 AbrPr-RL). Die weiteren Überprüfungen haben zum Ziel, mithilfe ergänzender Tatsachenfeststellungen und Bewertungen unter Berücksichtigung der Merkmale nach Absatz 3 festzustellen, ob gegen die rechtliche Ordnungsmäßigkeit nach § 6 verstoßen worden ist oder nicht (§ 12 Abs. 2 AbrPr-RL). Im Rahmen dieser Prüfungen berücksichtigt die Kassenärztliche Vereinigung auch die nachstehenden Feststellungen und Umstände, um zu prüfen, ob die Abrechnungsauffälligkeiten sich zugunsten des Arztes erklären lassen. Im Einzelnen sind bei einem erhöhten

Stundenaufkommen insb. zu berücksichtigen: a) die Beschäftigung eines Assistenten (differenziert nach Art des Assistenten), b) Jobsharing, c) Vertreterfälle gemäß Muster 19 der Vordruckvereinbarung (§ 12 Abs. 3 Satz 1 und 2 Nr. 1 AbrPr-RL).

Zuletzt hat das Bundessozialgericht seine frühere Rechtsprechung modifiziert und stellt nunmehr nur noch auf die Funktion des Bewertungsausschusses als Normgeber ab, dem ein Gestaltungsspielraum zukommt. Die richterliche Kontrolle untergesetzlicher Normen beschränkt sich darauf, ob die äußersten rechtlichen Grenzen der Rechtssetzungsbefugnis durch den Normgeber überschritten wurden. Dies ist erst dann der Fall, wenn die getroffene Regelung in Anbetracht des Zwecks der Ermächtigung schlechterdings unvertretbar oder unverhältnismäßig ist. Die gerichtliche Kontrolle der sog. Plausibilitätszeiten ist somit im Wesentlichen auf die Prüfung beschränkt, ob sich diese auf eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage stützen können und ob die Grenzen des Gestaltungsspielraums eingehalten sind. Sofern eine Norm tatsächliche Umstände zur Grundlage ihrer Regelung macht, erstreckt sich die gerichtliche Überprüfung insbesondere darauf, ob der Bewertungsausschuss seine Festsetzung frei von Willkür getroffen hat (vgl. BSG, Urt. v. 24.10.2018 - B 6 KA 42/17 R - BSGE 127, 43 = SozR 4-2500 § 106a Nr. 19, juris Rdnr. 13; BSG, Urt. v. 24.10.2018 - B 6 KA 43/17 R - MedR 2019, 598, juris Rdnr. 14; BSG, Urt. v. 15.07.2020 - B 6 KA 15/19 R - SozR 4-5531 Nr. 31822 Nr. 1, juris Rdnr. 23 f.; vgl. bereits LSG Hessen, Urt. v. 20.02.2019 - L 4 KA 58/16 - juris Rdnr. 49, Revision zurückgewiesen durch BSG, Urt. v. 15.07.2020 - B 6 KA 15/19 R – a.a.O.; LSG Hessen, Urt. v. 13.09.2017 - L 4 KA 65/14 - juris Rdnr. 53 f.; LSG Hessen, Urt. v. 26.11.2014 - L 4 KA 2/11 - juris Rdnr. 54; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 02.01.2018 - L 11 KA 39/17 B ER - juris Rdnr. 67).

Bei den Prüfzeiten handelt es sich nach dem Bundessozialgericht um durchschnittliche Zeiten, die so bemessen sein müssen, dass sie auch von erfahrenen und zügig arbeitenden Ärzten für eine ordnungsgemäße Leistungserbringung benötigt werden. Von der Beachtung dieser Vorgabe kann im Regelfall ausgegangen werden, wenn die Prüfzeit die für die Ermittlung der Punktzahlen im EBM zugrunde gelegte Kalkulationszeit unterschreitet. Dabei ist maßgebend, dass die Kalkulationszeit die zeitliche Beanspruchung im Durchschnitt abbildet, während Prüfzeiten die Leistungsfähigkeit auch eines besonders erfahrenen und geübten Arztes bzw. Psychotherapeuten berücksichtigen. Dem entsprechen die in Anhang 3 zum EBM getroffenen Festlegungen für die Mehrzahl der Leistungen. Bei zeitgebundenen, nicht delegierbaren Leistungen werden Prüf- und Kalkulationszeit dagegen regelmäßig übereinstimmen (vgl. BSG, Urt. v. 24.10.2018 B 6 KA 42/17 R - BSGE 127, 43 = SozR 4-2500 § 106a Nr. 19, juris Rdnr. 14.) Die Festlegung der Prüfzeiten für die psychotherapeutischen Gesprächsleistungen auf 70 Minuten, während die Bewertung im EBM auf der Grundlage einer Kalkulationszeit von 60 Minuten bzw. 55 Minuten für die biographische Anamnese nach Nr. 35140 EBM beruht, hat das Bundessozialgericht wegen der Berücksichtigung sog. Overheadzeiten nicht beanstandet. Aus diesem Grund sind sie lediglich für sog. Tageszeitprofile ungeeignet (vgl. BSG, Urt. v. 24.10.2018 - B 6 KA 42/17 R - BSGE 127, 43 = SozR 4-2500 § 106a Nr. 19, juris Rdnr. 15 ff.).

Auf der Grundlage der neueren BSG-Rspr. ist daher der nach wie vor geübten Kritik in der Literatur zu den Prüfzeiten (vgl. Scholl-Eickmann, MedR 2019, 603 f.; Dahm, MedR 2019, 373 ff.; Steinhilper/Dahm, MedR 2018, 269 ff.; Willaschek, in Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht im Deutschen Anwaltverein 2018, 31 ff.; ders. ZMGR 2015, 387 ff.) nicht zu folgen (zur IGES-Studie vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 02.01.2018 - L 11 KA 39/17 B ER - juris Rdnr. 68), zumal Sanktionen erst bei der Abrechnung einer Leistungsmenge greifen, die ganz erheblichen über die Leistungsmenge hinausgehen, die bei einer voll ausgelasteten Praxis anfällt (vgl. BSG, Urt. v. 24.10.2018 - B 6 KA 42/17 R - BSGE 127, 43 = SozR 4-2500 § 106a Nr. 19, juris Rdnr. 18).

Ausgehend hiervon war die Beklagte grundsätzlich berechtigt, Tages- und Quartalsprofile zu erstellen bzw. die Prüfung auf der Grundlage der Tagesprofile vorzunehmen und ist sie zutreffend von den im EBM angegebenen Zeiten für die einzelnen Leistungen ausgegangen. Tages- und Quartalsprofil stehen alternativ und nicht kumulativ als Indizien für eine implausible Abrechnung nebeneinander (vgl. BSG, Beschl. v. 17.08.2011 - B 6 KA 27/11 B - juris Rdnr. 6).

Verjährung bzw. Ausschluss einer Berichtigung wegen Zeitablaufs ist nicht eingetreten. Die Beklagte kann eine Berichtigung innerhalb von vier Jahren vornehmen (vgl. BSG, Urt. v. 15.11.1995 - 6 RKa 57/94 - SozR 3-5535 Nr. 119 Nr. 1, juris Rdnr. 10; BSG, Urt. v. 28.03.2007 - B 6 KA 22/06 R - BSGE 98, 169 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 35, juris Rdnr. 16 m. w. N.). Die Ausschlussfrist von vier Jahren wurde auch bzgl. der Quartale I und II/11 eingehalten. Der Honorarbescheid für das Quartal I/11 wurde am 29.11.2011 und für das Quartal II/11 am 01.02.2012 versandt. Der Berichtigungsbescheid erging am 25.11.2015 und damit für alle Quartale innerhalb der vierjährigen Ausschlussfrist.

Die Beklagte hat die Tages- und Quartalsprofile nicht falsch berechnet. Fehler sind weder ersichtlich noch werden sie vorgetragen. Sie hat die Zeitprofile auf der Grundlage der Zeitangaben im EBM erstellt. Die Quartalsprofile der Berufsausübungsgemeinschaft des Klägers zeigen folgende Werte, die ohne die Bereitschaftsdienste erstellt wurden:

Quartal	Quartalsprofil Zeitsumme Std. : Min.	Quartalsprofil Überschreitung Std. : Min.
I/11	3.428:15	1.868:15
II/11	3.220:15	1.660:11
III/11	3.185:36	1.625:36
IV/11	3.158:42	1.598:42
I/12	3.480:34	1.920:34

Bei einem 12-Stundentag und einer Fünf-Tage-Woche ist von einem Quartalsprofil von 780 Stunden pro Behandler auszugehen, bei zwei Behandlern wie der Klägerin von 1.560 Stunden. Die Beklagte hat die exorbitanten Überschreitungen der Quartalsprofile der Berufsausübungsgemeinschaft nur als Aufgreifkriterium herangezogen und die Implausibilität auf eine ganze Reihe von Feststellungen gestützt, die auf eine umfangreiche künstliche Vermehrung der abgerechneten Behandlungsfälle schließen lassen. Mit dem Widerspruchsvorbringen hat sie sich eingehend im angefochtenen Widerspruchsbescheid auseinandergesetzt. Zur Vermeidung von Wiederholungen wird auf den angefochtenen Widerspruchsbescheid verwiesen (§ 136 Abs. 3 SGG).

Ergänzend weist die Kammer darauf hin, dass erst die Neufassung der ab 2018 geltenden AbrPr-RL in § 12 zusätzlich die Berücksichtigung der quartalsbezogenen Pauschalen und überdurchschnittlichen Fallzahl, fachlichen Spezialisierung etc. vorsieht. Diese Kriterien können allerdings nicht bereits aus sich heraus - anders als z. B. die Beschäftigung eines Assistenten - die Plausibilität eines erheblichen Zeitumfangs begründen. Der Kammer ist allerdings nicht ersichtlich, in welcher Weise diese Kriterien im Fall der Klägerin die Implausibilität

der Leistungen widerlegen könnten. Eine hohe Patientenzahl, besondere Sprechstunden-/Praxisöffnungszeiten oder besondere Strukturen der Praxis können die Überschreitung der Zeitprofile nicht rechtfertigen, da maßgeblich der plausible Zeitaufwand Gegenstand der Überprüfung ist (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 11.04.2018 - S 12 KA 401/17 - juris Rdnr. 36, rechtskräftig nach Zurücknahme der Berufung beim LSG Hessen L 4 KA 27/18 - am 10.07.2018; SG Marburg, Gerichtsb. v. 25.09.2020 - S 12 KA 290/19 - juris Rdnr. 62, Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 63/20 -). Von daher besteht keine Veranlassung, von kürzeren Prüfzeiten auszugehen.

An der Richtigkeit der Prüfzeiten aus anderen Gründen zu zweifeln besteht kein Anlass. Sie erfassen nur die ärztliche Leistung selbst, so dass es nicht auf die Schulung des Praxispersonals ankommt. Im Übrigen ist davon auszugehen, dass auch in den anderen Praxen das Praxispersonal so geschult ist, dass dem Arzt ein zügiges Arbeiten möglich ist.

Mit LSG Nordrhein-Westfalen ist der 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. Im Übrigen ist es 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. 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 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, 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, denn eine solche Prozedur genügt grundsätzlich, um die Prüfzeiten in Anhang 3 des EBM zu rechtfertigen. Soweit in der IGES-Expertise 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 2005 wurde wissenschaftlich begleitet. Die Prüf- und Kalkulationszeiten wurden erstmals mit Wirkung zum 01.04.2005 mit der damaligen Neuauflage des EBM festgelegt. Die Rechtsträger des Bewertungsausschusses sind insoweit der aus der Gestaltungsfreiheit als Normgeber korrespondierenden Beobachtungspflicht nachgekommen. Im Abschlussbericht wird zwar u. a. ausgeführt, bei einigen Arztgruppen gebe es Hinweise, „dass die Kalkulationszeit im EBM ggf. zu hoch angesetzt wurde“. 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 (so LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 02.01.2018 - L 11 KA 39/17 B ER , juris Rn. 67 ff. m.w.N.; vgl. auch LSG Hessen, Urt. v. 13.09.2017 - L 4 KA 65/14 - juris Rdnr. 53 ff. m.w.N.).

Die Änderung der Prüfzeiten durch den Bewertungsausschuss mit Beschluss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 455. Sitzung am 11. Dezember 2019 zur Neufassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. April 2020 (http://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2019-12-11_ba455_8.pdf) hat keine Auswirkungen auf die hier streitgegenständlichen Quartale. Für die hier streitgegenständlichen Quartale besteht keine Rückwirkung der erst ab 01.04.2020 geltenden Prüfzeiten. Auch folgt aus der Änderung der Prüfzeiten nicht deren fehlerhafte Festsetzung für die Vergangenheit (vgl. im Einzelnen SG Marburg, Gerichtsb. v. 25.09.2020 - S 12 KA 290/19 - juris Rdnr. 95 ff., Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 63/20 -).

Soweit die Beklagte Tagesprofilzeiten des Herr A. erstellt hat, dient dies lediglich zur Verifizierung der Schlussfolgerungen aus den Quartalsprofilen. Auch die Beispielsfälle der Behandlung von Patienten der Praxis während des ÄBD zeigen eine Fallvermehrung, die die Beklagte weiter eingehend im Verfahren des Herr A. zum Aktenzeichen S 12 KA 601/17 nachgewiesen hat. Die Behauptung des Klägers, er sei direkt von den Patienten angefordert worden, wird im Übrigen nicht belegt.

Die Beschäftigung eines Assistenten darf nicht der Vergrößerung der Kassenpraxis oder der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs dienen (§ 32 Abs. 3 Satz 1 Ärzte-ZV). Sinn und Zweck der Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten bestehen darin, dass diesem praktische Erfahrung und zusätzliche Kenntnisse vermittelt werden, um auch in Zukunft eine möglichst hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten. Um dieses Zieles der Qualitätssicherung willen soll eine übergroße Praxis durch die Beschäftigung vermieden werden (vgl. BSG, Urt. v. 28.09.2005 - B 6 KA 14/04 R - SozR 4-5520 § 32 Nr. 2, juris Rdnr. 11). Soweit die Klägerin nicht die gem. § 32 Abs. 2, Satz 2 und 4 Ärzte-ZV notwendige Genehmigung der Beklagten zur Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten hatte, können dessen Leistung gar nicht abgerechnet werden. Auf Verschulden kommt es nicht an. Im Übrigen hat die Klägerin nicht dargelegt, in welcher Weise sie die angeblich nachlässige Praxisangestellte überwacht haben will.

Angesichts der von der Beklagten aufgezeigten Verstöße gegen die Regeln des Vertragsarztrechts erweisen sich die von der Klägerin in den streitbefangenen Quartalen jeweils der Abrechnung beigefügten Abrechnungssammelerklärungen, in denen sie 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 der Verstöße die Abrechnung selbst nicht mehr ausschlaggebend sein kann.

Die Abrechnungs-Sammelerklärung 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 Abrechnungs-Sammelerklärung 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 auch für jedes Quartal mehrere Einzelfälle nachgewiesen. Der Kläger kann sich hierzu angesichts des Umfangs auch nicht auf irrtümliches Fehleinlesen von Versichertenkarten oder lückenhafte Tagesprotokolllisten berufen.

Es kann hier dahingestellt bleiben, ob nicht von vorsätzlichem Handeln schon angesichts des Umfangs der abgerechneten Leistungen, auch unter Berücksichtigung der Tätigkeit des Herrn A., auszugehen ist, jedenfalls liegt grobe Fahrlässigkeit vor. Angesichts des Umfangs der fehlerhaften Abrechnung sowie der sich über mehrere Quartale hinziehenden Abrechnungspraxis handelt es sich auch nicht um ein bloßes Versehen, sondern um wiederholtes, standardmäßig nachlässiges Ausführen der Abrechnungen.

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

Der Rechenvorgang über die Feststellung eines Überschreitungsprozentsatzes bedeutet letztlich, dass die Beklagte einen erwirtschafteten Minutenpreis für alle abgerechneten Leistungen ermittelt hat. Auf diese Weise hat die Beklagte alle Vergütungsanteile und evtl. Sachkostenerstattungen einbezogen. Dies war von der Kammer nicht zu beanstanden. Die letztlich hier zu Tage tretende systematisch fehlerhafte Abrechnung hat die Beklagte damit zu Gunsten der Klägerin letztlich nur auf die Tage bezogen, an denen eine Überschreitung der Grenze vorliegt.

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

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

Es besteht kein Anspruch darauf, dass zunächst die - im Rahmen der Honorarberechnung - geringer vergüteten Leistungen als Maßstab genommen werden. Für die Berechnung der Rückforderung aufgrund sachlich-rechnerischer Richtigstellung im Falle von Budgetierungen bleibt der praxisindividuelle Punktwert maßgebend, der sich auf der Grundlage des vom Arzt in Ansatz gebrachten Punktzahlvolumens ergeben hat. Es erfolgt keine Neuberechnung des Punktwerts auf der Grundlage des korrigierten Punktzahlvolumens. Eine andere Berechnungsweise kann in Ausnahmefällen zur Vermeidung eines Verstoßes gegen den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz in Betracht kommen (vgl. BSG, Urt. v. 11.03.2009 - B 6 KA 62/07 R - BSGE 103, 1 = SozR 4-2500 § 106a Nr. 7). Ein solcher Ausnahmefall setzt aber voraus, dass die fehlerhafte Honoraranforderung durch eine missverständliche oder unzutreffende Information o. ä. seitens der Kassenärztlichen Vereinigung mit verursacht wurde. Ein derartiger Sonderfall ist auch dann in Betracht zu ziehen, wenn ein Arzt in offenem Dissens mit der Kassenärztlichen Vereinigung eine Gebührennummer ansetzt, weil er die Frage ihrer Abrechenbarkeit einer gerichtlichen Klärung zuführen will (vgl. BSG, Urt. v. 11.03.2009 – B 6 KA 62/07 R -, a.a.O., juris Rdnr. 27 f.). Diese Voraussetzungen liegen hier nicht vor. Im Übrigen dienen Budgetierungsmaßnahmen nur – neben ihrer Steuerungsfunktion – der Berechnung des Honorars, bedeuten aber keine Wertigkeit der einzelnen Leistungen. Der tatsächliche Wert der Leistung kann nur praxisbezogen mit Hilfe des praxisindividuellen Punktwerts berechnet werden (vgl. SG Marburg, Urt. v. 10.11.2010 - S 12 KA 555/09 - juris Rdnr. 42). Soweit eine solche punktwertbezogene Berechnung nicht sinnvoll ist, da nicht ein bestimmtes Punktzahlvolumen von der Vergütung ausgeschlossen ist, kann das der Klägerin verbleibende Honorar auch in der Weise bemessen werden, dass eine zu vergütende Tätigkeit im Umfang von höchstens 12 Stunden täglich bzw. 780 Stunden im Quartal angenommen wird und nur der darüber hinausgehende Teil die Grundlage der Berichtigung bildet. Der „Minutenpreis“ entspricht dabei dem durchschnittlichen Punktwert. Die Vorgehensweise der Beklagten ist daher von ihrem Schätzungsermessen gedeckt.

Nach allem war die Klage abzuweisen.

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

Die Streitwertfestsetzung erging durch Beschluss.

In Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit ist, soweit nichts anderes bestimmt ist, der Streitwert nach den sich aus dem Antrag des Klägers für ihn ergebenden Bedeutung der Sache nach Ermessen zu bestimmen. Bietet der Sach- und Streitwert für die Bestimmung des Streitwerts keine genügenden Anhaltspunkte, so ist ein Streitwert von 5.000,00 Euro anzunehmen (§ 52 Abs. 1 und 2 GKG). Der wirtschaftliche Wert folgt aus dem Rückforderungsbetrag. Dies ergab den festgesetzten Wert.

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-01-17