S 12 KA 314/19

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 314/19
Datum
21.05.2021
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 28/21
Datum
-
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Gerichtsbescheid
Leitsätze

1. Nach Einstellung eines Verfahrens zur zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung kann eine Plausibilitätsprüfung wegen gemeinsamer Patienten mit der Abrechnung eines anderen Arztes durchgeführt werden. Vertrauensschutzgesichtspunkte stehen dem nicht entgegen. Die Mitteilung der Einstellung eines eingeleiteten Verwaltungsverfahrens beinhaltet keine nach außen gerichtete Regelung i. S. d. § 31 Satz 1 SGB X (vgl. VG Würzburg, Urt. v. 24.11.2020 - W 4 K 18.500 - juris Rdnr. 22).
2. Bei einer Plausibilitätsprüfung wegen gemeinsamer Patienten einer Vertragsarztpraxis mit der Abrechnung eines Arztes im Ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung besteht eine Abrechnungsauffälligkeit nicht erst bei einer Patientenidentität von 20 %, sondern wesentlich darunter.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Der Kläger hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

3. Der Streitwert wird auf 147.405,38 € festgesetzt.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit der Rückforderung aus einer Plausibilitätsprüfung bezüglich der sechs Quartale II/12 bis III/13 in Höhe von 147.405,38 €.

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 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. Die Klage gegen eine Rückforderung aus einer zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung bezüglich der fünf Quartale I/11 bis I/12 in Höhe von 650.509,01 € wies die Kammer mit Gerichtsbescheid vom 06.04.2021 - S 12 KA 119/18 - (Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 22/21) ab. Die Beklagte setzte aufgrund implausibler Abrechnung in den Quartalen I bis III/08 in Bezug auf die Tätigkeit im Ärztlichen Bereitschaftsdienst gegen Herr 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 seine Tätigkeit im Ärztlichen Bereitschaftsdienst in Höhe von 73.136,77 € wies die Kammer mit Gerichtsbescheid vom 13.02.2019 - S 12 KA 601/17 - (Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 8/19) ab.

In den streitbefangenen Quartalen II/12 bis III/13 setzte die Beklagte durch Honorarbescheid das Honorar der Klägerin wie folgt fest:

Quartal	II/12	III/12	IV/12	I/13
Honorarbescheid v.	28.09.2012	06.01.2013	08.04.2013	11.09.2014

Gesamthonorar netto in €	182.612,01	167.734,93	184.668,55	201.755,34
Bruttohonorar PK + EK gesamt in €	187.156,23	169.035,42	186.055,28	207.565,58
Fallzahl gesamt PK + EK	3.851	3.678	3.718	4.375

Quartal	II/13	III/13
Honorarbescheid v.	20.09.2013	07.01.2015
Gesamthonorar netto in €	172.625,24	173.878,92
Bruttohonorar PK + EK gesamt in €	173.288,27	179.534,81
Fallzahl gesamt PK + EK	3.660	3.843

Die Beklagte führte für die Quartale II/12 bis III/13 eine patientenbezogene sowie ergänzende Plausibilitätsprüfung durch. Sie übersandte der Klägerin unter Datum vom 18.08.2016 vier Schreiben, in denen sie die Berechnungsergebnisse für die klägerische Praxis im Vergleich mit der Abrechnung von Herrn E. im Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) E-Stadt, im ÄBD A-Stadt sowie im ÄBD F-Stadt und im Vergleich mit der Abrechnung von Herrn Dr. G. im ÄBD A-Stadt mitteilte.

Die Klägerin äußerte sich hierzu über ihren Prozessbevollmächtigten mit Schriftsatz vom 04.10.2016. Sie trug vor, die Anzahl der von Herrn E. im ÄBD behandelten Patienten liege durchgehend weit unter dem Grenzwert einer Patientenidentität von 20 % und sei damit als vollkommen unauffällig einzuordnen. Die beispielhaft aufgelisteten Patienten, die auch in der BAG behandelt worden seien, gäben ebf. keinen Anlass zu einer ergänzenden Stellungnahme. Es handele sich um regulär in der BAG im Verlaufe eines Quartals behandelte Patienten, die wohl auch von Herrn E. im Rahmen der Versorgung im ÄBD behandelt worden seien. Aus der Sicht der BAG ließen sich hier keine Auffälligkeiten feststellen, zu denen anlässlich dieses Verfahrens sinnvoll ergänzend vorgetragen werden könnte.

Die Beklagte hob aufgrund der Plausibilitätsprüfung mit Bescheid vom 08.11.2016 die Honorarabrechnung der Praxis der Klägerin für die Quartale II/12 bis III/13 auf und setzte die unter Prüfungsvorbehalt gezahlte Vergütung neu fest. Hieraus errechnete sie eine von ihr festgesetzte Honorarrückforderung in Höhe von insgesamt 147.405,38 €. Im Einzelnen nahm sie folgende Berichtigungen vor:

Quartal	Kürzungsbetrag in € netto
II/12	26.069,43
III/12	20.696,39
IV/12	26.052,00
I/13	28.134,32
II/13	24.068,55
III/13	22.384,69
gesamt	147.405,38

Zur Begründung stellte sie die Abrechnung der Klägerin der ÄBD-Abrechnung des Dr. G. in A-Stadt gegenüber. Die Zahl gemeinsamer Patienten liege zwischen 102 bis 187 und betrage damit bis zu 4,20 %, was auf der Gegenseite deutlich höher sei. Es sei zu vermuten, dass hier neben den nachfolgend aufgeführten Abrechnungsauffälligkeiten eine regelhafte Verlagerung von Behandlungen der Patienten in den auf Akutfälle ausgerichteten Ärztlichen Bereitschaftsdienst stattfinde. Durch Umgehung der Honorarbudgetierungen und behandlungsfallbezogenen Vergütungen (z. B. Versichertenpauschale) in der Regelversorgung habe die Klägerin Honorar erlangt, das bei ordnungsgemäßer Ausübung des vertragsärztlichen Berufs nicht angefallen wäre. Es ließen sich bei Prüfung von mind. 20 % Patientenidentität in allen Quartalen in der Abrechnung der BAG Fälle finden, bei denen das Einlesedatum nicht mit dem Behandlungsdatum übereinstimme. Es seien weitere Implausibilitäten festgestellt worden, die sie im Einzelnen unter den Überschriften „Taggleiche Behandlung im ärztlichen Bereitschaftsdienst“ und „Praxisgebühr ÄBD A-Stadt im Abgleich mit der BAG A./C. in A-Stadt“ erläuterte. Sie stellte die Abrechnung der Klägerin der ÄBD-Abrechnung des Herrn E. in J-Stadt gegenüber. Die Zahl gemeinsamer Patienten liege zwischen 185 bis 379 und betrage damit bis zu 9,86 %. Implausibilitäten erläuterte sie im Einzelnen unter den Überschriften „Taggleiche Behandlung“, „Auffällige Abrechnungskombinationen“, „Familienbehandlung“, „Unstimmigkeiten Praxisgebühr“. Eine Gegenüberstellung mit der ÄBD-Abrechnung des Herrn E. in H-Stadt habe gemeinsame Patienten zwischen 0 (Quartal III/13) bzw. 40 und 128 ergeben und betrage damit bis zu 3,44 %. Implausibilitäten erläuterte sie im Einzelnen unter den Überschriften „Taggleiche Behandlung“, „Auffällige Abrechnungskombinationen“, „Unstimmigkeiten Praxisgebühr“ und „Wohnort der Patientenidentitäten“. Eine Gegenüberstellung mit der ÄBD-Abrechnung des Herrn E. in E-Stadt habe gemeinsamer Patienten zwischen 108 und 239 ergeben und betrage damit bis zu 6,21 %. Implausibilitäten erläuterte sie im Einzelnen unter den Überschriften „Taggleiche Behandlung“, „Auffällige Abrechnungskombinationen“, „Familienbehandlung“ und „Unstimmigkeiten Praxisgebühr“. Eine Gegenüberstellung mit der ÄBD-Abrechnung des Herrn E. in A-Stadt habe gemeinsame Patienten zwischen 62 und 207 ergeben und betrage damit bis zu 5,51 %. Implausibilitäten erläuterte sie im Einzelnen unter den Überschriften „Taggleiche Behandlung“, „Auffällige Abrechnungskombinationen“ und „Unstimmigkeiten Praxisgebühr“. Vor dem Hintergrund dieser Auffälligkeiten liege ein Verstoß gegen die rechtliche Ordnungsmäßigkeit der Abrechnungen vor und sei die Honorarberichtigung vorzunehmen. Stehe die objektive Fehlerhaftigkeit der Abrechnung fest, führe dies zum Wegfall der Garantieerklärung des abrechnenden Arztes und zur Pflicht der Kassenärztlichen Vereinigung zum Einbehalt bzw. zur Aufhebung des Honorarbescheides sowie zur Schätzung des Rückforderungsbetrages. Ihr stehe ein weites Schätzungsermessen bzgl. der Höhe des Rückforderungsbetrages zu. Die Berichtigung habe sie auf der Basis einer stichprobenartigen Überprüfung der gemeinsam abgerechneten Behandlungsfälle vorgenommen. Dabei sei ein Sicherheitsabschlag in Höhe von 30 % zu Gunsten der Klägerin gewährt worden. In Bezug auf die Schätzung des anzuerkennenden Honorars habe das Bundessozialgericht ausgeführt, dass es bei der vorliegenden Sach- und Rechtslage nicht zu beanstanden sei, wenn dies im Wege einer pauschalierten Schätzung in Höhe des Nettofachgruppenhonorars zuerkannt werde. Die Korrekturhöhe pro Behandlungsfall errechne sich dabei aus dem quotierten Nettofalldurchschnittswert aus allen Behandlungsfällen der Praxis, multipliziert mit der Gesamtzahl der implausiblen Behandlungsfälle. Für die Berechnung im Einzelnen werde auf die beigefügte Anlage Bezug genommen.

Hiergegen legte die Klägerin am 09.12.2016 Widerspruch ein. Sie trug vor, einer Aufhebung der Honorarbescheide stünden Gründe des Vertrauensschutzes entgegen. Die Honorarabrechnungen für die Quartale I/11 bis einschließlich III/13 seien bereits Gegenstand einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung gewesen. Mit Bescheid vom 25.11.2015 sei für die Quartale I/11 bis I/12 eine Honorarrückforderung

in Höhe von 650.509,01 € festgesetzt und für die Quartale II/12 bis III/13 das Verfahren eingestellt worden. Damit aber entfalle die Befugnis zur Einleitung eines Verfahrens zur erneuten sachlich-rechnerischen Richtigstellung der Honorarabrechnungen für die hier streitbefangenen Quartale. Es fehle ferner an dem Nachweis eines gewollten Zusammenwirkens mit den beiden angeführten ÄBD-Ärzten zum beiderseitigen Vorteil. In keinem der Quartale sei das Aufgreifkriterium des § 11 Abs. 2 Plausi-RL von 20 % Patientenidentität erreicht worden. Die Regelung des § 11 Abs. 2 Plausi-RL ziele erkennbar auf die sog. Praxisgemeinschaft ab. Der Bescheid enthalte an keiner Stelle auch nur den Versuch des Nachweises eines vertragsarztrechtswidrigen Verhaltens im Sinne eines gesteuerten Zusammenwirkens ihrerseits mit den beiden ÄBD-Ärzten, die den Missbrauch einer wie auch immer gearteten Organisationsform zu ihren Gunsten nahelegen würden. Dies belegten die bei ihr festgestellten Überschneidungsprozentsätze von im gleichen Quartal wie bei den ÄBD-Ärzten behandelten Patienten, die praktisch durchweg um 2 % oder darunter lägen. Es sei schon nicht erkennbar, welchen wirtschaftlichen Vorteil sie durch die Zusammenarbeit mit den beiden ÄBD-Ärzten gehabt haben solle, wenn sich deren Fallzahl pro Quartal ohnehin im gesamten streitgegenständlichen Zeitraum in einem Bereich bewegt habe, der zu einer massiven Quotierung der angeforderten Leistungen geführt habe. Die 20 %-Grenze bilde auch eine Untergrenze, ab deren Überschreiten erst eine weitere Honorarprüfung stattfinde, ohne die eine Honorarkürzung überhaupt nicht erfolgen könne. Im Umkehrschluss bedeute dies aber auch, dass diese Untergrenze trotz der Feststellung eines tatsächlichen Gestaltungsmissbrauchs als Kürzungsgrenze verbleiben müsse, soweit nicht eine ergänzende substantiierte Prüfung ergebe, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit der Gestaltungsmissbrauch auch unterhalb der Untergrenze (von 20 % Patientenidentität) zu unzulässigen Honorarverschiebungen geführt habe. Insofern beschränkt die Plausi-RL das Ermessen. Bei den niedrigen Überschneidungsprozentsätzen hätte die Beklagte Ausführungen dazu machen müssen, inwieweit und aus welchen Gründen ein Gestaltungsmissbrauch auch auf ihrer Seite noch zu unzulässigen Honorarverschiebungen geführt habe, um eine derart niedrige Zahl von Doppelfällen auf ihrer Seite einer derartigen Honorarkürzung zu unterziehen.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 31.07.2019, zugestellt am 01.08.2019, den Widerspruch als unbegründet zurück. Zur Begründung führte die Beklagte aus, Vertrauensschutzgründe stünden nicht entgegen. Eine sachlich-rechnerische Berichtigung entfalte nur insoweit Vertrauensschutz, als sie die Prüfung der zugrundeliegenden Streitfrage betreffe. Der Bescheid vom 25.11.2015 entfalte keinen Vertrauensschutz, weil er sich nur mit der Prüfung der BAG-Abrechnung wegen Zeitauffälligkeit sowie ergänzend weiteren Auffälligkeiten befasse (u. a. Patientenidentität BAG - ÄBD-Abrechnung des BAG-Mitglieds Herrn A.), die jedoch gerade nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens seien (Patientenidentität mit mehreren anderen ABD-Ärzten). Die Berichtigung stütze sich auf die auffälligen Patientenidentitäten zwischen der BAG-Abrechnung und Abrechnungen von ÄBD-Ärzten sowie die weiteren Auffälligkeiten. Die 20 %-Grenze für den Anteil identischer Patienten eigne sich nicht für die Prüfung von Patientenidentitäten zwischen einer Praxis und einem ÄBD-Arzt mangels Vergleichbarkeit der Situation von Praxisgemeinschaften. Die Vielzahl an zufälligen Ereignissen, die gleichzeitig zusammenkommen müssten, führe zu viel geringeren Wahrscheinlichkeiten und damit viel geringeren Prozentwerten von Patientenidentitäten zwischen einer Praxis und einem bestimmten ÄBD-Arzt. Die Prozentwerte identischer Patienten bezogen auf die ÄBD-Abrechnungen der hier geprüften Ärzte/für die einzelnen Zentralen lägen bei dem einen ÄBD-Arzt zwischen 23 % bis zu 34 % und bei dem anderen ÄBD-Arzt zwischen 23 % bis zu 85 %. Die absolute Zahl der identischen Patienten sei zudem nicht gering (z. B. Vergleich mit Herrn E., ÄBD J-Stadt - über 300 identische Fälle), zumal Patientenidentitäten jeweils bei der Gegenüberstellung von fünf ÄBD-Abrechnungen aufträten (Bsp. Quartal I/13: 4.456 Patienten der BAG, 861 identische Patienten mit allen fünf ÄBD-Abrechnungen = 19,3 %). Die Beklagte machte weitere Ausführungen unter den Überschriften „Patientenidentität zwischen der BAG und Herrn Dr. G., ÄBD A-Stadt“, „Taggleiche Behandlung“, „Patientenidentität zwischen der BAG und Herrn E., ÄBD H-Stadt“, „Patientenidentitäten zwischen der BAG und Herrn E., ÄBD J-Stadt, E-Stadt und A-Stadt“ und „Praxisgebühr - Angabe der Kennziffer 80032“. Infolge der nachgewiesenen schuldhaften Falschabrechnung gelte die Beweislastumkehr zu Lasten des Arztes und damit der Grundsatz des weiten Schätzungsermessens für die Rückforderungsberechnung. Die Honorarkürzungsberechnung (Zahl der unplausiblen Fälle multipliziert mit dem Fallwert) sei sachgerecht und ermessensfehlerfrei. Denn die Kooperation mit den ÄBD-Ärzten habe eine Fallzahlvermehrung in der BAG zur Folge, weil durch die Delegation von weiteren Arzt-Patienten-Kontakten auf ÄBD-Ärzte in der Praxis zeitliche Kapazitäten frei würden für die Behandlung neuer/anderer Patienten. Außerdem stehe hier durch die Kooperation mit Herrn E. die Generierung von Fällen in der BAG im Raum. Dies führt zu einer Steigerung der Behandlungsfallzahlen und des Honorars in der BAG.

Hiergegen hat die Klägerin am 02.09.2019, einem Montag, die Klage erhoben. Sie ist weiterhin der Auffassung, einer erneuten Überprüfung der Honorarabrechnungen stünden Gründe des Vertrauensschutzes entgegen. Die Beklagte lasse zudem jegliche Ausführungen dazu vermissen, welches vertragsarztwidrige Handeln auf ihrer Seite dazu geführt haben solle, sich zu missbilligende Honorarvorteile zu verschaffen. Darüber hinaus ergäben sich aus den Ausführungen der Beklagten keine Anhaltspunkte dafür, dass durch eine bestimmte vertragsarztrechtswidrige Verhaltensweise ihrerseits Honorarverschiebungen zu Lasten der Beklagten in einer Größenordnung eingetreten seien, die eine Kürzung der Honorare auch noch unterhalb von 3 bis 5 % gemeinsam behandelter Patienten rechtfertigen könnten. Dies hat sie im Einzelnen weiter ausgeführt. Weiter trägt sie vor, den Vorwurf falscher Angaben über die Praxisgebühr-Kennziffern stütze die Beklagte auf ganze drei Patienten. Für den Nachweis eines vorsätzlichen Abrechnungsbetrugs reiche dies nicht aus. Ebenso könne es sich auch bei den Kennzeichnungen des Herrn E. um irrtümliche Fehlkennzeichnungen handeln. Auch könne eine Zuzahlungspflicht im Laufe des Quartals entfallen.

Die Klägerin beantragt,

den Honorarrückforderungsbescheid vom 08.11.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31.07.2019 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie ist weiterhin der Auffassung, Vertrauensschutz stehe der Prüfung nicht entgegen, weil es sich um unterschiedliche Prüfungen gehandelt habe. Für die Bildung eines Vertrauensschutzes sei ein qualifiziertes Verwaltungshandeln, also ein Bescheid, Voraussetzung. Es treffe nicht zu, dass es an einem Nachweis eines vertragsarztrechtswidrigen Verhaltens im Sinne eines gesteuerten Zusammenwirkens der Klägerin mit den beiden ÄBD-Ärzten, die den Missbrauch einer wie auch immer gearteten Organisationsform zu ihren Gunsten naheliegen würden, fehle. Die Klägerin habe im Vergleich zum Durchschnitt ihrer Fachgruppe in den streitgegenständlichen Quartalen wenige bzw. gar keine Hausbesuche nach der Nr. 01410 EBM zur Abrechnung gebracht.

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 12.03.2021 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 08.11.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31.07.2019 ist rechtmäßig und war nicht aufzuheben. Die Klage war daher abzuweisen.

Rechtsgrundlage des angefochtenen Berichtigungsbescheids ist für die hier streitbefangenen Quartale II/12 bis III/13 § 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 vertragsärztliche 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 u. a. auch eine ordnungsgemäße Abrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen. Die Kassenärztliche Vereinigung stellt die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte fest; dazu gehört auch die 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.

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.). Der Honorarbescheid für das älteste Prüfquartal II/12 wurde am 12.11.2012 versandt. Der angefochtene Ausgangsbescheid vom 08.11.2016 erging damit noch innerhalb der vierjährigen Ausschlussfrist.

Vertrauensschutzgesichtspunkte stehen der Honorarberichtigung nicht entgegen.

Die Befugnis der Beklagten zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung war aus Vertrauensschutzgesichtspunkten nicht eingeschränkt. Vertrauensschutz kann entgegenstehen, wenn die Kassenärztliche Vereinigung Honoraranforderung des Vertragsarztes in einem der ursprünglichen Honorarverteilung nachfolgenden Verfahren auf ihre sachlich-rechnerische Richtigkeit überprüft und vorbehaltlos bestätigt hat (vgl. BSG, Urt. v. 13.08.2014 - B 6 KA 38/13 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 47, juris Rdnr. 20; BSG, Urt. v. 28.08.2013 - B 6 KA 43/12 R - BSGE 114, 170 = SozR 4-2500 § 106a Nr. 11, juris Rdnr. 26; BSG, Urt. v. 26.06.2002 - B 6 KA 26/01 R - juris Rdnr. 19).

Die Beklagte hat zunächst für die Quartale I/11 bis III/13 eine Plausibilitätsprüfung eingeleitet. Sie übersandte der Klägerin unter Datum vom 12.06.2015 die zeitbezogenen Rechnungsergebnisse für diese Quartale unter Erläuterung der Ermittlung der Zeitprofile. 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. Im Bescheid vom 25.11.2015 stellte die Beklagte das Verfahren für die hier streitbefangenen Quartale II/12 bis III/13 ein. Damit wurde die Prüfung für die Quartale II/12 bis III/13 nicht abgeschlossen, sondern lediglich nicht weiter verfolgt. Es erfolgte gerade keine Plausibilitätsprüfung mit einem Ergebnis. Bei einer Verfahrenseinstellung handelt es sich nicht um einen Verwaltungsakt, der evtl. einen Vertrauenstatbestand setzten könnte. Die Mitteilung der Einstellung eines eingeleiteten Verwaltungsverfahrens beinhaltet keine nach außen gerichtete Regelung i. S. d. § 31 Satz 1 SGB X (vgl. VG Würzburg, Urt. v. 24.11.2020 - W 4 K 18.500 - juris Rdnr. 22). Das Verwaltungsverfahren ist die nach außen wirkende Tätigkeit der Behörden, die auf die Prüfung der Voraussetzungen, die Vorbereitung und den Erlass eines Verwaltungsaktes oder auf den Abschluss eines öffentlich-rechtlichen Vertrages gerichtet ist; es schließt den Erlass des Verwaltungsaktes oder den Abschluss des öffentlich-rechtlichen Vertrages ein (§ 8 SGB X). Das Verwaltungsverfahren ist an bestimmte Formen nicht gebunden, soweit keine besonderen Rechtsvorschriften für die Form des Verfahrens bestehen. Es ist einfach, zweckmäßig und zügig durchzuführen (§ 9 SGB X). Die Behörde entscheidet nach pflichtgemäßem Ermessen, ob und wann sie ein Verwaltungsverfahren durchführt. Dies gilt nicht, wenn die Behörde auf Grund von Rechtsvorschriften von Amts wegen oder auf Antrag tätig werden muss oder nur auf Antrag tätig werden darf und ein Antrag nicht vorliegt (§ 18 SGB X). Von daher steht es im Ermessen der Beklagten, ob sie ein Plausibilitätsverfahren eröffnet oder einstellt, aber auch, ob sie es wieder eröffnet. Mit der Einstellung hat die Beklagte ihre Befugnis zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung der Honorarbescheide mangels Prüfung und Erlass eines Verwaltungsakts gerade nicht „verbraucht". Die von der Klägerin angeführte Rechtsprechung geht von einer inhaltlichen Prüfung aus, die in Form eines Verwaltungsakts bestätigt wird. So kann ein „Verbrauch“ der Prüfkompetenz dann vorliegen, wenn die Kassenärztliche Vereinigung die Honoraranforderungen des Vertragsarztes in einem der ursprünglichen Honorarverteilung nachfolgenden Verfahren auf ihre sachlich-rechnerische Richtigkeit überprüfte und vorbehaltlos bestätigte, indem sie z. B. auf den Rechtsbehelf des Vertragsarztes hin die ursprüngliche Richtigstellung eines bestimmten Gebührenansatzes ohne jede Einschränkung wieder rückgängig machte (vgl. BSG, Urt. v. 14.12.2005 - B 6 KA 17/05 R - BSGE 96, 1 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 22, juris Rdnr. 15). In diesem Fall wird die jedem Honorarbescheid innewohnende Vorläufigkeit im Verhältnis zum Vertragsarzt insoweit aufgehoben, und die Kassenärztliche Vereinigung kann einen Honorarbescheid wegen anfänglicher Fehlerhaftigkeit nur noch unter den Voraussetzungen des § 45 SGB X zurücknehmen (vgl. BSG, Beschl. v. 08.02.2010 - B 6 KA 22/09 B - juris Rdnr. 11). Entgegen der Auffassung der Klägerin ist eine Einstellung

des Verfahrens nicht mit einer Bestätigung der Richtigkeit der geprüften Honorarabrechnungen gleichzusetzen. Die Einstellung bezog sich im Übrigen lediglich auf die angeführten Zeitprofile. Die Beklagte hat mit der zunächst erfolgten Einstellung des Verfahrens keinerlei Vertrauenstatbestand dahingehend gesetzt, dass sie die Abrechnung für die streitbefangenen Quartale umfassend geprüft und für richtig befunden hätte. Insofern konnte die Beklagte das Verfahren jederzeit neu eröffnen und war letztlich an einer Honorarberichtung nur durch die vierjährige Ausschlussfrist gehindert. Insofern ist es auch unerheblich, dass die Beklagte die weitere Prüfung nicht bloß „vertagt“ hat und seinerzeit möglicherweise davon ausging, das Verfahren nicht mehr zu eröffnen.

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). Die Prüfung der Abrechnungen des Vertragsarztes auf sachlich-rechnerische Richtigkeit 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 (vgl. BSG, Urt. v. 15.07.2020 - B 6 KA 13/19 R - SozR 4-5531 Nr. 01100 Nr. 1 <vorgesehen>, juris Rdnr. 11).

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).

Zielrichtung der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit ist die rechtliche Ordnungsmäßigkeit der Leistungsabrechnung. Verstöße können z. B. darin liegen, dass die Leistung überhaupt nicht, nicht in vollem Umfang, ohne die zur Leistungsabrechnung erforderliche spezielle Genehmigung oder unter Überschreitung des Fachgebietes erbracht worden ist (§ 6 Abs. 1 AbrPr-RL). Rechtlich nicht ordnungsgemäß sind insb. Abrechnungen in folgenden Fällen:

- Fehlende Berechtigung zur Leistungsabrechnung,
- Abrechnung nicht oder nicht vollständig erbrachter Leistungen,
- Abrechnung von Leistungen, welche unter Verstoß gegen das Gebot der persönlichen Leistungserbringung erbracht worden sind,
- Ansatz der falschen Gebührennummer,
- Nichtbeachtung der vertraglich vereinbarten Abrechnungsbestimmungen,
- Abrechnung fachfremder Tätigkeit,
- Fehlen der fachlichen und apparativen Voraussetzungen (einheitliche Qualifikationserfordernisse),
- Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen, wenn die Leistungserbringung die erfolgreiche Teilnahme an Maßnahmen der Qualitätssicherung voraussetzt,
- Nichteinhaltung des Überweisungsauftrags zur Auftragsleistung,
- Fehlende ICD- und/oder OPS-Kodierung.

Plausibilitätsprüfungen werden von der Kassenärztlichen Vereinigung als regelhafte (Absatz 2), als ergänzende Plausibilitätsprüfungen (Absatz 3), als Stichprobenprüfungen (Absatz 4) und als anlassbezogene Prüfungen (Absatz 5) durchgeführt (§ 7 Abs. 1 AbrPr-RL). Nach § 7 Abs. 3 AbrPr-RL werden ergänzende Plausibilitätsprüfungen nach Maßgabe des § 12 Abs. 1 AbrPr-RL durchgeführt, wenn die regelhafte Plausibilitätsprüfung Abrechnungsauffälligkeiten ergibt. Die regelhafte Plausibilitätsprüfung erstreckt sich 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]). Die regelhafte Prüfung kann nach Maßgabe des § 9 erweitert werden (§ 7 Abs. 1 Satz 1 und 2 AbrPr-RL). Die Kassenärztliche Vereinigung kann im regelhaften Prüfverfahren weitere Aufgreifkriterien anwenden, um die Plausibilität der Abrechnung zu prüfen (§ 9 Abs. 2 AbrPr-RL). Ergeben die Plausibilitätsprüfungen nach §§ 8 bis 11 Abrechnungsauffälligkeiten, so führt die Kassenärztliche Vereinigung weitere Prüfungen durch (§ 12 Abs. 1 AbrPr-RL). 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 AbrPr-RL).

Die Beklagte hat zum Teil extrem hohe Überschneidungen der von der klägerischen Praxis behandelten Patienten im Vergleich mit den von Herrn E. im ÄBD E-Stadt, im ÄBD A-Stadt, im ÄBD J-Stadt und im ÄBD H-Stadt sowie von Herrn G. im ÄBD A-Stadt 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 Vergleich mit der Abrechnung von Herrn G. im Einzelnen dargelegt, dass dieser anstelle der Klägerin bei Patienten der Klägerin Hausbesuche durchführe. Sie hat ferner Fälle mit taggleicher Behandlung festgestellt, die nicht plausibel sind, weil es nicht überzeugend ist, wenn fast sämtliche dieser Patienten am gleichen Tag persönlich die BAG aufsuchen konnten (Leistungsabrechnung der Versichertenpauschalen, GOP 03212, Vorsorgeuntersuchungen, Sonographie, GOP 01430), aber am gleichen Tag kurze Zeit später so krank waren, dass sie tagsüber in der Zeit zwischen 8 und 20 Uhr einen Hausbesuch im ÄBD benötigten. Im Vergleich mit den Abrechnungen des Herrn E. hat die Beklagte im Einzelnen in einer Vielzahl von Fällen eine taggleiche Behandlung, wiederholte Kombinationen von den bestimmten Abrechnungsdaten in Bezug auf den Erstkontakt bei Herrn E. und der Klägerin und Auffälligkeiten bei der Abrechnung der Praxisgebühr festgestellt. Dies hat sie mit zahlreichen Fällen belegt. Zur Vermeidung von Wiederholungen wird auf den angefochtenen Bescheid und Widerspruchsbescheid verwiesen (§ 136 Abs. 3 SGG).

Angesichts der hohen Zahl gemeinsamer Patienten und der damit einhergehenden Auffälligkeiten kann dies nicht allein auf Ausnahmefälle oder besondere Feiertage zurückgeführt werden. Eine auch taggleiche Behandlung im ÄBD ist eher ungewöhnlich, auch wenn dies immer wieder einmal vorkommt. Die Beklagte geht daher zu Recht davon aus, dass im ÄBD eine Abrechnungsauffälligkeit nicht erst bei einer Patientenidentität von 20 % und mehr beginnt, wie dies in § 11 Abs. 1 Satz 1 AbrPr-RL vorgesehen ist. Im Übrigen zielt diese Regelung ausdrücklich auf eine Praxisgemeinschaft zugelassener Vertragsärzte in der Regelversorgung. Auch beschränkt sich die Prüfung nicht auf die vorgegebenen Anhaltswerte zur Höhe auffälliger Patientenidentitäten. Für eine Prüfung „außerhalb der regulären Prüfung“ genügt nach § 20 Abs. 1 AbrPr-RL bereits, dass ausreichende und konkrete Hinweise auf Abrechnungsauffälligkeiten bestehen (vgl. BSG, Urt. v. 15.07.2020 - B 6 KA 13/19 R - SozR 4 <vorgesehen>, juris Rdnr. 14). Ein Grundsatz des Inhalts, dass die Prüfung nach § 12 AbrPr-RL für jedes zu prüfende Quartal die Erfüllung der Aufgreifkriterien in Bezug auf Patientenidentitäten nach § 11 AbrPr-RL voraussetzt, besteht nicht (vgl. BSG, Urt. v. 24.10.2018 - B 6 KA 44/17 R - SozR 4-2500 § 106a Nr. 21, juris Rdnr. 18; BSG, Urt. v. 15.05.2019 - B 6 KA 63/17 R - SozR 4-2500 § 106a Nr. 23, juris Rdnr. 23 für Überprüfung des Umfangs der abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den Zeitaufwand). Zudem kommt es bei der Prüfung von Patientenidentitäten zur Feststellung einer Auffälligkeit nach § 11 AbrPr-RL, also das Vorliegen der dort genannten Aufgreifkriterien auf den prozentualen Anteil gemeinsamer Patienten bei der kleineren Praxis an. Die Kammer hält es für zutreffend, dass bei der Frage, wie viele Patienten gemeinsame sind und ob dies nach ärztlicher Erfahrung noch plausibel ist, nur auf die jeweils kleinere Praxis abgestellt wird, denn sonst könnte bei stark unterschiedlicher Praxisgröße - selbst wenn in der kleineren Praxis ausschließlich Fälle abgerechnet würden, die auch in der größeren zur Abrechnung gelangen - das Verhalten der größeren Praxis überhaupt nicht beanstandet werden (so zutreffend LSG Bayern, Urt. v. 28.03.2007 - L 12 KA 216/04 - Breith 2007, 820, juris Rdnr. 23; LSG Bayern, Urt. v. 16.05.2007 - L 12 KA 563/04 - www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris Rdnr. 30 m.w.N., Nichtzulassungsbeschwerde zurückgewiesen durch BSG, Beschl. v. 17.09.2008 - B 6 KA 65/07 B - BeckRS 2008 57265; im Anschluss hieran bereits SG Marburg, Urt. v. 05.12.2012 - S 12 KA 80/12 - GesR 2013, 225, juris Rdnr. 40; SG Marburg, Gerichtsb. v. 01.10.2019 - S 12 KA 2/18 - juris Rn. 37 f.; SG Berlin, Urt. v. 28.08.2013 - S 22 KA 545/10 -).

Es ist in erster Linie Sache des Arztes, begründete Zweifel an der Richtigkeit der Abrechnung auszuräumen. Diese Obliegenheit ist umso ausgeprägter, je gravierender die Hinweise auf Abrechnungsfehler sind. Als Anspruchsteller trifft den Arzt grundsätzlich die Feststellungslast hinsichtlich der Voraussetzungen für seinen Vergütungsanspruch. Das gilt vor allem, wenn sich der Arzt auf für ihn günstige Tatsachen berufen will, die allein ihm bekannt sind oder nur durch seine Mithilfe aufgeklärt werden können. Die zur Begründung seines Anspruchs dienenden Tatsachen muss der Vertragsarzt in diesen Fällen so genau wie möglich angeben und belegen (vgl. BSG, Urt. v. 15.07.2020 - B 6 KA 13/19 R - SozR 4-5531 Nr. 01100 Nr. 1 <vorgesehen>, juris Rdnr. 32; BSG, Urt. v. 13.05.2020 - B 6 KA 6/19 R - SozR 4-2500 § 106d Nr. 8, juris Rdnr. 27 f. jeweils m.w.N.). 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).

Die Klägerin hat aber weitgehend nur allgemein bzgl. der Beanstandungen der Beklagten vorgetragen. Die Vielzahl der Doppelfälle und letztlich die Verlagerung der Hausbesuchstätigkeit auf die ÄBD-Tätigkeit des Herrn G., aber auch des Herrn E. deuten gerade auf ein gesteuertes Zusammenwirken der Klägerin mit den beiden ÄBD-Ärzten hin. Die Beklagte weist zutreffend darauf hin, dass die Erbringung von Hausbesuchsleistungen zu den Kernaufgaben der hausärztlichen Versorgung gehört. Von daher kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Hausärzte generell die Besuchstätigkeit auf den ÄBD „abschieben“ würden. Die Kammer hat bereits bzgl. der Abrechnung des Herrn E. darauf hingewiesen, dass der dringende Verdacht im Raum stehe, dass Herrn E. abgerechnete Leistungen nicht erbracht hat und/oder Leistungen abgerechnet habe, die im Rahmen einer Notfallbehandlung nicht hätten erbracht werden dürfen (vgl. SG Marburg, Gerichtsb. v. 25.09.2020 - S 12 KA 642/17 u. a. - juris Rdnr. 60, Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 59/20 -). Die Klägerin geht nur ganz vereinzelt auf die von der Beklagten angeführten Belegfälle an. Soweit sie vorträgt, im Behandlungsfall K. habe sich der Patient am Einlesetag der Versichertenkarte in die Praxis begeben und sei auch behandelt worden, ohne dass eine gesondert abrechenbare Leistung angefallen wäre, handelt es sich lediglich um eine Behauptung. Es hätte wenigstens der Vorlage der Patientendokumentation bedurft. Letztlich kann die Klägerin die ungewöhnliche Häufung ihrer Patienten in den ÄBD-Abrechnungen an verschiedenen Standorten nicht erklären. Von daher kann dahingestellt bleiben, ob und in welchem Umfang die Praxisgebühr-Kennziffer fehlerhaft angegeben wurde.

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 - BSGE 106, 222 = SozR 4-5520 § 32 Nr. 4, juris 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.). Aufgrund der im Einzelnen von der Beklagten dargelegten Implausibilität der Abrechnung für alle streitbefangenen Quartale ist von einem zumindest grob fahrlässigen Verhalten der Klägerin auszugehen. 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. 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.

Nicht zu beanstanden war auch die Berechnung des Berichtigungsbetrages.

Keinesfalls steht der Klägerin mehr an Honorar zu, als ihr bei rechtmäßiger Abrechnung zu zahlen gewesen wäre (vgl. BSG, Urt. v. 22.03.2006 - B 6 KA 76/04 R - BSGE 96, 99 = SozR 4-5520 § 33 Nr. 6, juris Rdnr. 22). Dies bedeutet jedoch nicht, dass den Ärzten auch tatsächlich das Honorar zu zahlen wäre, das sie erhalten hätten, wenn sie legal zusammengearbeitet hätten. Ausgehend hiervon ist die Berechnung des Berichtigungsbetrags nicht zu beanstanden. Bei der Berechnung der Rückforderung wurden zugunsten der Klägerin 30 % der Doppelbehandlungsfälle als zutreffend unterstellt und die verbleibenden gemeinsamen Fälle beiden Partnern, der Klägerin und dem ÄBD-Arzt, zugerechnet, d. h. nochmals halbiert. Damit ist der Klägerin in erheblichem Umfang Honorar für einen Anteil von Patientenidentitäten belassen worden, so dass Fehler bei der sachgerechten Ausübung des Schätzungsermessens nicht ersichtlich sind (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 30.11.2016 - L 4 KA 22/14 - juris Rdnr. 55). Dieser für den sog. Missbrauch der Kooperationsform entwickelte Maßstab kann hier angewandt werden, da es sich ebf. um auffällige Patientenidentitäten handelt. Wie bereits ausgeführt, kommt es dabei auf den prozentualen Anteil der klägerischen Praxis nicht an, dies gilt gerade auch für das Schätzungsermessen. Insofern wird durch die Kürzung der schwer messbare Vorteil der Klägerin erfasst, der - abgesehen von möglichen Falschabrechnungen - die Entlastung durch eine geringere Besuchstätigkeit erfasst.

Nach allem war die Klage abzuweisen.

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

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

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-01-17