

S 22 KA 161/14

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
SG Berlin (BRB)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
22
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 22 KA 161/14
Datum
20.04.2016
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 7 KA 34/16
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Zur Frage der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs bei kooperativer Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit.
2. Liegt ein übergroßer Praxisumfang vor, ist es an dem geprüften Vertragsarzt, besondere Umstände darzulegen, die schlüssig die Annahme entkräften können, die Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten stehe im Zusammenhang mit der festgestellten Fallzahl. Die Beklagte wird unter Aufhebung des Honorarfestsetzungsbescheides für das Quartal IV/2012 vom 14. Mai 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. März 2014 und unter Berücksichtigung des Änderungsbescheides vom 14. August 2014 verurteilt, das Honorar ohne Kürzung aufgrund der Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten auszusahlen. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Kürzung des Honorars für die vertragsärztliche Tätigkeit im Quartal IV/2012 wegen der Tätigkeit einer Weiterbildungsassistentin.

Die Klägerin ist seit dem 01.10.2007 als Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Im streitbefangenen Quartal IV/2012 waren bei der Klägerin zehn angestellte Ärzte im Umfang von 9,5 Versorgungsaufträgen, und zwar als Fachärzte für Laboratoriumsmedizin bzw. Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie tätig. Ab 16.07.2012 war für die im MVZ tätige Ärztin Dr. C. die Genehmigung zur Tätigkeit einer Weiterbildungsassistentin zur Weiterbildung im Gebiet Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie (Frau Dr. K. bis 15.01.2013) erteilt worden. Frau Dr. C. ist bei der Klägerin als angestellte Ärztin tätig; auf den zu den Gerichtsakten gereichten Anstellungsvertrag vom 28.06.2007 wird Bezug genommen.

Bereits vor Erlass des Honorarbescheides für das Quartal IV/2012 hörte die Beklagte die Klägerin zur Abrechnung im Quartal III/2012 mit dem Hinweis an, im Rahmen einer routinemäßigen Überprüfung, ob die Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten zu einer Ausdehnung der Praxistätigkeit geführt habe, sei aufgefallen, dass die Ärztinnen Dr. C. und Dr. M. eine überproportionale Fallzahl aufwiesen. Die Beklagte reichte dazu auf Nachfrage eine Berechnung für die bei der Klägerin tätigen Ärzte nach, aus der sich die Verteilung der Arztfälle in absoluten Zahlen sowie prozentual und die Umrechnung auf sog. (relative) Behandlungsfälle ergab. Auf die Ärztin Dr. C. entfielen demnach 43,02 % und auf die Ärztin Dr. M. 13,83 % aller Arztfälle der Praxis. Die Klägerin machte geltend, die Abrechnungsunterlagen der Beklagten ergäben keine Fallzahlen/Arzt, sondern zeigten nur die Euro-Summen/Arzt an. Diese entsprächen den für das Quartal III/2012 angegebenen Unterschieden. Sehe man sich das Quartal III/2011 an, in dem kein Weiterbildungsassistent beschäftigt worden sei, habe der Anteil von Frau Dr. C. am Honorar ebenfalls 47 % und der von Frau M. 12,61 % betragen. In den folgenden Quartalen, z.B. im Quartal I/2012, hätte sich der Abrechnungsanteil von Frau Dr. M. verringert, obwohl sie einen Weiterbildungsassistenten beschäftigt habe (10,02 %, Frau Dr. C. weiterhin 47%). Diese Unterschiede in den Abrechnungen der einzelnen MVZ-Ärzte seien in der seit vielen Jahren bestehenden Arbeitsorganisation im Labor begründet. Frau Dr. C. sei für die Mikrobiologie im Labor verantwortlich und validiere alle Befunde ihrer Abteilung in der Regel allein. Das mache schon ungefähr ein Viertel des KV-Umsatzes der Klägerin aus. Zusätzlich helfe sie bei der Endvalidation der Befunde; somit sei ihr Anteil besonders hoch.

Dem Honorarbescheid für das Quartal IV/2012 waren neben der Rechnungszusammenstellung für die Gesamtpraxis und den zehn Rechnungszusammenstellungen für die einzelnen Ärzte für die Ärztin Dr. C. eine Anlage mit der Überschrift "Weiterbildungsassistent (WBA – Beschäftigung eines Arztes gemäß Urteil vom Bundessozialgericht (BSG vom 17.03.2010, [B 6 KA 13/09 R](#))" beigelegt. In dieser wurde zunächst unter der Zwischenüberschrift "Basiswert zur Prüfung der Begrenzung" der Tätigkeitsumfang des Arztes, die Fallzahl (aktuell) des Arztes, die Fallzahl gewichtet nach Tätigkeitsumfang, das Bruttohonorar des Arztes sowie der Fallwert (Bruttohonorar/Fallzahl gewichtet)

mitgeteilt. Für die Ärztin Dr. C. ergab dies auf der Grundlage von 93.321,14 Fällen und einem Bruttogehonorar von 2.200.208,35 EUR einen Fallwert von 23,58 EUR.

Unter einer weiteren Zwischenüberschrift "Prüfung Praxisumfang (P1)" wurde dann bezogen auf die sog. "Durchschnittliche Fallzahl WBA-Fachgruppe" (gewichtet nach Tätigkeitsumfang und nach Berücksichtigung der Entwicklung des Fachgruppendurchschnittes) in Höhe von 9.209,36 Fälle eine "Fallzahl maximal (200%)" in Höhe von 18.416,72 Fällen mitgeteilt. Darauf aufbauend wurde rechnerisch bezogen auf die Fallzahl von Frau Dr. C. aus dem Abrechnungsquartal eine "Fallzahlüberschreitung des Arztes" von 74.904,42 Fällen, eine "Honorarüberschreitung (Fallzahlüberschreitung x Fallwert)" in Höhe von 1.766.246,22 EUR, ein "arztindividueller Kürzungsfaktor (Bruttogehonorar-Honorarüberschreitung/Bruttogehonorar)" von 0,197237 und ein "Honorar nach Kürzung P1" in Höhe von 433.962,13 Euro mitgeteilt. Dies entsprach rechnerisch einer Kürzung des Honorars um 1.766.246,22 Euro.

Der gegen den Honorarbescheid für das Quartal IV/2012 gerichtete Widerspruch wurde dahingehend begründet, dass die Zuordnung der Laborleistungen zu den einzelnen im Labor angestellten Ärzten die interne Arbeitsorganisation widerspiegle. Das MVZ erbringe überweisungsgebundene Leistungen. Jeder Überweisungsauftrag umfasse in der Regel mehrere fachliche Leistungsanforderungen im Sinne der GOP-Positionen des Allgemeinlabors (Kapitel 32.2) und des Speziallabors sowie der Mikrobiologie (Kapitel 32.3). Die technischen Analyseergebnisse für einen einzelnen Überweisungsauftrag würden EDV-technisch verschiedenen sog. Validationsklassen zugewiesen, die unter fachlichen Gesichtspunkten den unterschiedlichen Leistungsanforderungen im Labor entsprächen (z.B. eigene Validationsklassen für Allgemeinlaborleistungen, bestimmte Speziallaborleistungen, mikrobiologische Leistungen oder infektionsserologische Leistungen). Die angestellten Fachärzte hätten entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation Zugriff auf die Validationsklassen.

Jeder Facharzt könne durch Aufruf einer Validationsklasse die dort hinterlegten technischen Befunde auf der ärztlichen Ebene validieren und zur KV-Abrechnung freigeben. Die ärztliche Validation führe dazu, dass die LANR des validierenden Arztes, der die Validationsklasse aufgerufen habe, den validierten Leistungen als Leistungskennzeichnung zugewiesen werde. Je Überweisungsschein sei es möglich, dass mehrere Fachärzte die Validation der angeforderten Leistungen durchführten. Nur die LANR desjenigen Arztes, der die letzte zu validierende Leistung vornehme und den Gesamtbefund freigebe, werde in der Regel im Kopftext der ADT-Datei dem Überweisungsschein für Abrechnungszwecke zugeordnet. Da der Fall aber nur einem Arzt zugewiesen werde, könne dies zu einer Zuordnung von Fallzahlen bei denjenigen Ärzten führen, die regelmäßig am Ende der Arbeitskette stünden wie Frau Dr. C. Dies entspreche auch den Vorgaben des EBM-Ä. Eine Folge dieser internen Arbeitsorganisation sei, dass je Patient und Quartal ("Behandlungsfall") häufig mehrere LANR den jeweiligen "Arztfällen" (Überweisungsschein) des Patienten im Quartal zugeordnet würden. Diese Vorgehensweise sei nach Einführung der neuen Arztnummernsystematik zum 1. Juli 2008 mit der KV Berlin abgestimmt und nie beanstandet worden. Daher sei eine alternative Zuordnung der Leistungen im Vergleich zu einer rein auf die LANR-Kennzeichnung (Endvalidation) bezogene Betrachtungsweise erforderlich. So habe eine Auswertung der ADT-Datensätze sowie der korrespondierenden Daten im Labor-Informationssystem/LIS ergeben, dass die Endvalidation nur einen Ausschnitt des Leistungsgeschehens darstelle. Im Rahmen der medizinischen Validation führten die Ärzte die Einzelmesswertfreigabe der technischen Laboranalyse in der EDV durch bzw. riefen – nach der internen Aufgabenverteilung – die Parameter (GOP) eines Überweisungsauftrags auf und erstellten einen ärztlichen (Teil-) Befund für die aufgerufenen Parameter. Der jeweilige Zeitaufwand sei je nach Aufwand (Speziallabor oder Routinelabor) sehr unterschiedlich. Die textliche Befundung werde, soweit erforderlich, ebenfalls in der EDV dokumentiert, aber ohne Zuordnung zu einer GOP. Bei der arbeitsteiligen Leistungserbringung könnten die verschiedenen Leistungsschritte gemäß § 25 BMV-Ä (Erbringung und Abrechnung von Laborleistungen) von unterschiedlichen Ärzten erbracht werden. In der Labor-EDV der Klägerin würden die Leistungsanteile der einzelnen Ärzte im Bereich der medizinischen Validation (Teil 4) erfasst. Die in der Anlage beigefügten Beispiele belegten, dass typischer Weise mehrere Ärzte an der medizinischen Validation eines Patientenbefundes beteiligt seien.

Frau Dr. C. sei in den Quartalen bis IV/2012 primär damit befasst (neben der Validation der in ihren Zuständigkeitsbereich fallenden Einzelparame-ter) gewesen, Einzelmesswerte zu validieren. Dies gelte insbesondere für die Aufträge (Anzahl: 163.257) und Behandlungsfälle (Anzahl 101.518) mit Leistungen ausschließlich aus dem Kapitel 32.2. des EBM. Aufgrund dieser Arbeitsteilung sei der LANR von Frau Dr. C. ein großer Teil der Befunde der Klägerin im Quartal IV/2012 zugeordnet worden. Dies impliziere gerade nicht, dass sämtliche Gebührenordnungspositionen eines Befundes von Frau Dr. C. allein medizinisch validiert – oder darüber hinaus gar auch in den Teilen 1 bis 3 der Befunderhebung von ihr allein erbracht – worden seien. Nach der Beanstandung im Quartal IV/2012 habe sie ihre Arbeitsorganisation und die EDV-technische Erfassung umgestellt. Die neue Arbeitsverteilung sehe bspw. vor, dass die ärztliche Messwertfreigabe sowie die textliche Befundung in einem Schritt erfolgen. An den tatsächlichen Leistungsanteilen der Ärzte ändere sich dadurch nichts; die Leistungskennzeichnung für die Abrechnung der einzelnen Ärzte werde aber besser wiedergegeben. Die Leistungen würden so gleichmäßiger auf die tätigen Ärzte verteilt. Die Folge der Umstellung zeige sich beginnend mit den Quartalen II/2013 und vollständig ab dem Quartal III/2013.

Es fehle im Übrigen an dem von der Rechtsprechung geforderten kausalen Zusammenhang zwischen der Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten und der Praxisvergrößerung. Hinzu komme, dass vorliegend die Vergleichszahlen aus anderen Quartalen belegen würden, dass sich Umsatz und "Fallzahlen" des Labors völlig unabhängig von der Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten entwickeln würden.

Die Berechnung des Kürzungsbetrages und der Durchschnittsfallzahlen sei falsch und im Übrigen nicht nachvollziehbar. § 32 Abs. 3 Ärzte-ZV verlange die Betrachtung "der Kassenpraxis" und nicht eines angestellten Arztes. Aus dem angegriffenen Bescheid gehe nicht ansatzweise hervor, wie die "Durchschnittsfallzahl" ermittelt worden sei. Ein Vergleich mit den Durchschnittsfallzahlen der Fachgruppe Laboratoriumsmedizin und Mikrobiologie in anderen KV-Bezirken als auch bundesweit würde zu deutlich über 9.208,36 Fällen führen. Fallzahlen von bis zu 60.000 je Arzt seien nicht unüblich.

Die Beklagte wies in ihrer Nichtabhilfeentscheidung darauf hin, dass die für die Prüfung relevanten Fälle von Frau Dr. C. aus ihren Arztfällen gebildet und entsprechend ihres relativen Anteils an der Gesamtbehandlungsfallzahl berechnet worden seien. Die Unterscheidung von Arzt- und Behandlungsfall sei bei der Fallzahlermittlung für in Kooperationsform tätige Leistungserbringer relevant: Ein Arztfall entstehe, wenn auf einem Schein für die LANR eines Arztes eine Leistung abgerechnet worden sei. Je Patient und Quartal entstehe jedoch nur ein Behandlungsfall, ungeachtet der Frage, wie viele Ärzte auf dem angelegten Schein Leistungen abgerechnet haben. Die Diskrepanz werde aufgelöst, indem die Arztfallzahl proportional in das Verhältnis zur Gesamtbehandlungsfallzahl gesetzt und daraus eine "relative Arztfallzahl"

gebildet werde. Die herangezogenen Fallzahlen der Vergleichsgruppe seien nicht zu beanstanden. Vergleichsgruppe seien die Fachärzte für Laboratoriumsmedizin und Mikrobiologie. Diese verfügten im Prüfquartal IV/2012 über eine Arzt-Behandlungsfallzahl von 893,283,35. Die Summe der Tätigkeitsumfänge der in der Gruppe vertretenen Ärzte beziffere sich auf 93,75. Hieraus ergebe sich für die WBA-Fachgruppe eine durchschnittliche Fallzahl von 9.208,36.

Die Beklagte half dem Widerspruch mit Beschluss vom 25.03.2014 (Bescheid vom 08.04.2014) insoweit teilweise ab, als der Berechnung nunmehr eine Fallzahlüberschreitung von 98.981,20 und ein Fallwert von 16.233 EUR zugrunde gelegt wurden. Zur Begründung wurde ausgeführt, dass aus Gründen der Gleichbehandlung nicht mehr relative Behandlungsfallzahlen, sondern absolute Arztfallzahlen der Berechnung zugrunde gelegt werden. Ursprünglich seien für den Vergleich vergleichsgruppenseitig und arztseitig relative Fallzahlen herangezogen worden. Dies berge das Risiko einer Ungleichbehandlung, da bei Einzelpraxen immer die absolute Arztfallzahl angesetzt werde, da diese identisch mit der Behandlungsfallzahl sei, während vergleichsgruppenseitig relative Fallzahlen zur Anwendung kämen. Dadurch entstehe für Einzelpraxen ein höheres Risiko, die Vergleichszahlen zu überschreiten. Daher seien insgesamt absolute Arztfallzahlen zum Vergleich heranzuziehen.

Darüber hinaus sei die der Durchschnittsberechnung zugrunde gelegte Zahl der Mitglieder der Vergleichsgruppe korrigiert worden. Anstelle der zugelassenen Mitglieder der Fachgruppe der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin oder Mikrobiologie seien nur die Fachgruppenmitglieder berücksichtigt worden, die im streitbefangenen Quartal tatsächlich Leistungen zur Abrechnung eingereicht hätten. Hierdurch verringere sich die Zahl der berücksichtigungsfähigen Mitglieder der Fachgruppe auf 76,5. Beim Ansatz einer Arztfallzahl für die Vergleichsgruppe von 1.401.396 ergebe sich eine Durchschnittsfallzahl von 18.318,90. Die Arztfallzahl von Frau Dr. C. beziffere sich im streitgegenständlichen Quartal auf 135.619. Dies führe zwar zu einer noch höheren Fallzahlüberschreitung für Frau Dr. C., da sich aber bei erhöhter Fallzahl und unverändertem Honorar ein niedrigerer Fallwert ergebe, verbleibe im Ergebnis eine Differenz in Höhe von 160.429,72 zu Gunsten der Klägerin.

Es sei gerechtfertigt, die Vergleichsgruppe auf die im KV-Bezirk Berlin tätigen Leistungserbringer zu beschränken. Eine bundesweite Erhebung würde die Gefahr bergen, für einen Ballungsraum wie Berlin nicht hinreichend repräsentativ zu sein.

Der gemeinsamen Online-Arzt Auskunft der KV-Niedersachsen und der dortigen Ärztekammer zufolge sei das Verhältnis von Bevölkerungszahl und Anzahl der Ärzte daher ein völlig anderes als in Berlin.

Eine Durchschnittsbildung wie angeregt komme schon deswegen nicht in Betracht, weil nur die Ärzte, denen im jeweiligen Quartal ein Weiterbildungsassistent zugeordnet sei, prüfungsrelevant seien und eine Einbeziehung aller Ärzte das Ergebnis verfälschen würde. Eine Durchschnittsfallzahlbildung würde im Übrigen eine ungerechtfertigte Ungleichbehandlung in Form einer systematischen Bevorzugung gegenüber Einzelpraxen infolge der Verrechnungsmöglichkeiten darstellen.

Der Kürzung könne nicht entgegengehalten werden, dass die Klägerin bereits in anderen Quartalen ähnlich hohe Fallzahlen aufgewiesen habe. Vorliegend gehe es nämlich nicht um die Ausdehnung der Praxistätigkeit, sondern um die "Aufrechterhaltung" eines übergroßen Praxisumfangs, was schon begrifflich voraussetze, dass die betroffene Praxis bzw. der jeweilige Arzt bereits in früheren Quartalen über entsprechend erhöhte Fallzahlen verfügte. Die Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs könne folglich nur an objektiven Kriterien, wie dem Durchschnitt der Vergleichsgruppe, gemessen werden. Die Einbeziehung von überweisungsgebundenen Fachgruppen in die Überprüfung sei nicht zu beanstanden.

Hiergegen richtet sich die am 28.04.2014 vor dem Sozialgericht Berlin erhobene Klage. Die Klägerin vertieft ihr Vorbringen aus dem Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren und führt ergänzend aus, die eingegriffenen Bescheide litten an einem Begründungsmangel, da die der Kürzung zugrunde liegenden Berechnungen bereits nicht nachvollziehbar und von der Beklagten selbst korrigiert worden seien. Insbesondere die verwandten "Durchschnittsfallzahlen" seien in ihrer Herleitung nicht offengelegt und im Übrigen in anderen Verfahren für dasselbe Quartal schon anders berechnet worden. Auch sei ihr Akteneinsichtsrecht im Verwaltungs-verfahren beschränkt worden, da Teile der Verwaltungsakte erst im Klageverfahren zugänglich geworden seien.

Fehlerhaft sei bereits der Rückgriff auf Fallzahlen allein im Bereich der KV-Berlin. Die Rechtsprechung verlange einen Vergleich mit "vergleichbaren Kassenärzten". Nach dem Wortlaut von § 32 Abs. 3 Ärzte-ZV sei auf die Praxis nicht auf den einzelnen Arzt abzustellen. Aufgrund der Überweisungsgebundenheit sei die Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten für die "Praxisgröße" irrelevant.

Die abrechnungstechnische Zuordnung eines Befundes (unter Zuweisung einer entsprechenden LANR) könne erst dann erfolgen, wenn alle Parameter eines Befundes medizinisch validiert und damit der Befund zur "Endvalidierung" freigegeben werde. Dies entspreche Nr. 2.1. der Allgemeinen Bestimmungen des EBM. Da der "Fall" einem Arzt zugewiesen werde, könne dies zu einer EDV-technischen Zuordnung bei denjenigen Ärzten führen, die regelmäßig am Ende der Arbeitskette stünden. Insofern würde es sich um Zahlen handeln, die nicht die wirklichen Arbeitsanteile der tätigen Ärzte widerspiegeln.

Eine Honorarkürzung mit der Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten zu begründen, ohne den geforderten Kausalzusammenhang nachzuweisen, bedeute, die Vorschrift unter Missachtung ihres eigentlichen Zweckes zur Kostendrückung zu missbrauchen.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Honorarfestsetzungsbescheides für das Quartal IV/2012 vom 14. Mai 2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. März 2014 und unter Berücksichtigung des Änderungsbescheides vom 14. August 2014 zu verurteilen, das Honorar ohne Kürzung aufgrund der Beschäftigung von Weiterbildungs-assistenten auszus zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie verweist darauf, dass die Vorkorrespondenz nicht das streitgegenständliche Quartal betroffen habe und der Klägerin bekannt gewesen sei. Zum Vorwurf der Nichtnachvollziehbarkeit der "Durchschnittsfallzahlen" und der Verwendung unterschiedlicher Zahlen für das streitgegenständliche Quartal führt sie aus, die von der Klägerin angeführte Zahl von 21.000 aus einem anderen Verfahren betreffe die sog. KTFG-Fallzahl. Die Fachgruppe 48 aus dem bundesweiten Fachgruppenschlüssel und die Fachgruppe 51 gemäß der Anlage zum HVM seien identisch (Fachgruppe der Laborärzte). Zur Berechnung werde im Übrigen auf die angegriffenen Bescheide Bezug genommen.

Zum Vorwurf der fehlerhaften Bildung der Vergleichsgruppe ist sie der Ansicht, die Beschränkung auf den Bezirk der KV-Berlin sei sachgerecht. Erst seit der von der KBV 2012 veranlassten Laborreform bestehe eine bundeseinheitliche Honorarverteilung, vorher hätten unterschiedliche Vergütungsformen zu regionalen Verschiebungen des Leistungsaufkommens geführt.

Es stehe im Einklang mit den rechtlichen Vorschriften, den einzelnen Arzt in einem MVZ zu der hier streitgegenständlichen Frage wie einen Einzelarzt zu betrachten. Die neu ermöglichte Zulassung eines MVZ stelle eine Zäsur dar. Im Übrigen werde der Weiterbildungsassistent einem bestimmten Arzt zugeordnet. Der Verweis auf die Erbringung überweisungsgebundener Leistungen überzeuge nicht, da Laborärzte den Umfang der von ihnen erbrachten Leistungen in gewissen Grenzen (mit)bestimmen könnten, so dass mengenbegrenzte Regelungen nicht nur bei den Überweisern ansetzen müssten.

Soweit die Klägerin auf die Leistungszuweisung im Rahmen arbeitsteiliger Leistungserbringung verweise, sei ihr entgegenzuhalten, dass die Honorarkürzung auf der von der Klägerin selbst vorgenommene bzw. organisatorisch angewiesene Leistungskennzeichnung zurückzuführen sei. Sie selbst trage eine Umorganisation seit II/2013 vor, um künftigen Honorarkürzungen vorzubeugen. Vor diesem Hintergrund sei die hier im Quartal IV/2012 streitbefangene Leistungskennzeichnung nicht zu beanstanden, soweit sie den Vorgaben aus dem Allgemeinen Teil des EBM-Ä (Ziff. 2.1.) und den Vorgaben des § 25 BMV-Ärzte entspreche. Unabhängig davon habe das BSG entschieden, dass arztindividuelle Gegebenheiten bei dem Vergleich mit dem durchschnittlichen Praxisumfang außer Betracht zu bleiben hätten. Sei ein übergroßer Praxisumfang vorhanden, sei die Qualität der Ausbildung nicht hinreichend gewährleistet. Dies diene dem Ziel der Qualitätssicherung. In dem von der Klägerin benannten Beispiel sei es um die Praxisausdehnung, nicht um die Aufrechterhaltung einer übergroßen Praxis gegangen. Dazu reicht sie eine Kopie des Vorstandsbeschlusses vom 07.03.2013 zu den Grundsatzfragen zu den Gerichtsakten.

Wegen des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten im Übrigen wird auf die Gerichts- und die Verwaltungsakten verwiesen, die vorgelegen haben und, soweit wesentlich, zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht worden sind.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist begründet. Die Beklagte war nicht berechtigt, das Honorar der Klägerin im Quartal IV/2012 sachlich-rechnerisch richtigzustellen, da die Beschäftigung der Weiterbildungsassistentin nicht der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs gedient hat.

Aufgrund von [§ 106a Abs. 2 Satz 1 Teilsatz 1 SGB V](#) (i.d.F. des Gesetzes vom 14.11.2003, [BGBl I 2190](#), insoweit in der Folgezeit unverändert) ist die Beklagte grundsätzlich berechtigt und verpflichtet, die vom Vertragsarzt eingereichten Honorarforderungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und ggf. richtigzustellen. Es ist in Rechtsprechung und Literatur anerkannt, dass auch ein Verstoß gegen § 32 Abs. 3 Ärzte-ZV als Vorschrift über die formalen und inhaltlichen Voraussetzungen der Leistungserbringung zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung berechtigt (vgl. BSG, Urt. v. 28.09.2005 – [B 6 KA 14/04 R](#) – juris Rn. 10, 16; Urt. v. 17.3.2010 – [B 6 KA 13/09 R](#) – juris Rn. 31; Schallen, ZulassungsVO, 8. Aufl. 2012, § 32 Rn. 77).

Die Voraussetzungen für die sachlich-rechnerische Richtigstellung sind allerdings vorliegend nicht gegeben. Nach § 32 Abs. 3 Ärzte-ZV darf die Beschäftigung eines Assistenten nicht der Vergrößerung der Kassenpraxis oder der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs dienen. Die Beklagte ist vorliegend unzutreffend vom Vorliegen der Voraussetzungen der 2. Alt. der Vorschrift ausgegangen. Dabei teilt das Gericht nicht die von der Klägerin erhobenen formellen Rechtmäßigkeitsbedenken. Weder ist ihr Akteneinsichtsrecht unzulässig beschränkt worden, noch liegt eine unzureichende Begründung der angegriffenen Bescheide vor. Soweit sich die Klägerin darauf beruft, die Verwaltungsakte sei zum Zeitpunkt der Akteneinsicht während des Widerspruchsverfahrens noch unpaginiert und gegenüber der nunmehr im gerichtlichen Verfahren vorgelegten Verwaltungsakte lückenhaft gewesen, insbesondere habe die Vorkorrespondenz gefehlt, ist bereits nicht dargelegt, inwieweit damit der Anspruch aus [§ 25 SGB X](#) verletzt worden sein soll. Die erst im Gerichtsverfahren vorgelegte Korrespondenz zum Vorquartal (III/2012) betrifft einen anderen Streitgegenstand und war der Klägerin bekannt. Ein Anspruch auf eine bestimmte Aktenführung begründet [§ 25 SGB X](#) nicht. Im Übrigen liegen die Voraussetzungen der Unbeachtlichkeit gemäß [§ 42 SGB X](#) erkennbar vor, und die Akteneinsicht in die Verwaltungsakten wurde im Gerichtsverfahren vollständig nachgeholt. Auch die Begründung des angegriffenen Bescheides genügt noch den Anforderungen des [§ 35 Abs. 1 SGB X](#).

Die Vorschrift verlangt nach der ständigen Rechtsprechung des BSG nicht, schriftliche Verwaltungsakte in allen Einzelheiten zu begründen. Vielmehr sind nach [§ 35 Abs. 1 Satz 2 SGB X](#) dem Betroffenen nur die wesentlichen Gründe mitzuteilen, die die Behörde zu ihrer Entscheidung bewogen haben. Dabei richten sich Inhalt und Umfang der notwendigen Begründung nach den Besonderheiten des jeweiligen Rechtsgebiets und nach den Umständen des einzelnen Falles. Es reicht aus, wenn dem Betroffenen die Gründe der Entscheidung in solcher Weise und in solchem Umfang bekannt gegeben werden, dass er seine Rechte sachgemäß wahrnehmen kann (vgl. nur [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), RdNr 19). Bei Honorarbescheiden dürfen die Anforderungen an die Darlegungen und Berechnungen nicht überspannt werden. Bei ihnen kommt dem Umstand Bedeutung zu, dass sie sich an einen sachkundigen Personenkreis richten, der mit den Abrechnungsvoraussetzungen vertraut ist bzw. zu dessen Pflichten es gehört, über die Grundlagen der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen Bescheid zu wissen (vgl. zuletzt BSG, Urteil vom 27. Juni 2012 – [B 6 KA 37/11 R](#) –, SozR 4-2500 § 85 Nr. 71, Rn. 19).

Der angegriffene Honorarkürzungsbescheid bzw. die Anlage zur Kürzung wegen der Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten enthielt allerdings auch unter Berücksichtigung eines fachkundigen Adressatenhorizontes kaum nachvollziehbare Ausführungen. Dies folgt bereits aus dem Fehlen jeglicher textlicher Erläuterung. Dass es in der Sache um die Kürzung des Honorars wegen Verstoßes gegen die Vorgaben aus § 32 Abs. 3 Ärzte-ZV geht, findet in keiner Weise Erwähnung. Lediglich die Verwendung des Begriffs "Weiterbildungsassistent" sowie der Verweis auf das Urteil des BSG v. 17.03.2010 unter Angabe des Aktenzeichens lassen errahnen, worum es bei der rechnerisch noch im Wesentlichen nachvollziehbaren Aufstellung gehen soll.

Tatsächlich handelt es sich bei der Anlage zum Honorarbescheid lediglich um einen Berechnungsbogen, der insbesondere nicht erkennbar macht, auf welche Weise die für das Prüfquartal zugrunde gelegten Fallzahlen ermittelt wurden. Eine sachgerechte Rechtsverteidigung ist auf dieser Grundlage nicht gewährleistet.

Allerdings gelten auch im Vertragsarztrecht die allgemeinen Verfahrensvorschriften des SGB X, soweit es keine vorrangigen spezialgesetzlichen Regelungen gibt. So regelt [§ 41 Abs. 1 Nr. 2 SGB X](#), dass eine Verletzung von Verfahrens- und Formvorschriften, die nicht den Verwaltungsakt nach § 40 nichtig machen – was vorliegend erkennbar ausscheidet –, unbeachtlich ist, wenn die erforderliche Begründung nachträglich gegeben wird. Handlungen nach § 41 Abs. 1 Nr. 2 bis 6 können bis zur letzten Tatsacheninstanz eines sozial- oder verwaltungsgerichtlichen Verfahrens nachgeholt werden ([§ 41 Abs. 2 SGB X](#)). Die zum Verständnis der angegriffenen Kürzungsbescheide unabdingbar erforderlichen Angaben enthalten aber sowohl die Vorkorrespondenz nach Einlegung des Widerspruchs als auch der Widerspruchsbescheid vom 08.04.2014 (Beschluss vom 25.03.2014). Hierin ist ausgeführt, dass die Kürzung wegen der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs erfolgt ist und wie – nunmehr allerdings modifiziert – die relevanten Fallzahlen ermittelt und die Fallzahl der Vergleichsgruppe im Bezirk der Beklagten berechnet worden ist.

Die Beklagte hat auch zunächst zutreffend nicht das MVZ insgesamt, sondern den Vertragsarzt, dem die Genehmigung zur Beschäftigung des Weiterbildungsassistenten erteilt worden ist, für die Prüfung von § 32 Abs. 3 Ärzte-ZV herangezogen. Der Begriff der "Kassenpraxis" in § 32 Abs. 3 Ärzte-ZV ist letztlich unergiebig, da § 32 Abs. 3 Ärzte-ZV wörtlich aus § 32 Abs. 3 ZO-Ärzte vom 28.05.1957 ([BGBl. I 572](#)) übernommen wurde und daher für die heute zulässigen Formen der kooperativen Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit keine übertragbaren Begrifflichkeiten enthält. Maßgeblich ist, dass der Weiterbildungsassistent nicht dem MVZ insgesamt, sondern einem einzelnen Arzt zur Ausbildung zugeordnet ist, der die Weiterbildung persönlich zu leiten hat (vgl. Bäune u.a., Komm-Ärzte-ZV, § 32 Rn. 44 unter Berufung auf § 8 Abs. 5 Muster-WBO). Der Inhaber der Weiterbildungsbefugnis und der Vertragsarzt, der die Beschäftigung des Weiterbildungsassistenten beantragt und dem dieser "personenbezogen" zugeordnet ist (Bedei/Zalewski, Zulassung-VO-Kommentar, § 32 E 32-38), ist daher Adressat der Verpflichtung aus § 32 Abs. 3 Ärzte-ZV. Dies entspricht auch der vorherrschenden Ansicht in der Literatur (vgl. Steinhilper, Anm. zu BSG, Urt. v. 28.9.2005 – [B 6 KA 14/04 R](#) –, MedR 2006, 309, 310; Scholz, Beck'scher Onlin-Kommentar Sozialrecht, § 32 Ärzte-ZV, Rn. 41; Bäune u.a. a.a.O.; unklar Schallen, ZulassungVO, 8. Aufl. 2012, § 32 Rn. 75, § 33 Rn. 103, der im Rahmen des § 32 Abs. 3 Ärzte-ZV auf die "Umsätze" der Praxis abstellen will).

Ob die Erteilung der Weiterbildungsbefugnis auch gegenüber einem MVZ erfolgen bzw., ob die Weiterbildungsbefugnis mehreren Ärzten gemeinsam erteilt werden kann (vgl. dazu Bedei/Zalewski a.a.O. E 32-8), ist vorliegend ohne Bedeutung, da im streitgegenständlichen Quartal die Genehmigung zur Beschäftigung der Weiterbildungsassistentin ausweislich der nachgereichten Unterlagen antragsgemäß allein Frau Dr. C. erteilt worden ist. Ihr allein ist damit die Leistung der Assistentin als persönliche Leistungserbringung zuzurechnen (vgl. § 15 Abs. 1 Satz 2 BMV-Ä).

Rechtlich bedenkenfrei ist die Beklagte darüber hinaus davon ausgegangen, dass ab einer Überschreitung der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe um 200% ein übergroßer Praxisumfang im Sinne von § 32 Abs. 3 2. Alt. Ärzte-ZV vorliegt. Diese Grenze ist vom BSG bestätigt worden, das ab dem doppelten bzw. dem zweieinhalbfachen eines durchschnittlichen Praxisumfangs von der Aufrechterhaltung einer übergroßen Praxis ausgeht (BSG, Urt. v. 17.3.2010 – [B 6 KA 13/09 R](#) – juris Rn. 32 unter Verweis auf BSG, Urt. v. 28.09.2005 – [B 6 KA 14/04 R](#) – [SozR 4-5520 § 32 Nr. 2](#) Rn. 12 = juris Rn. 14 f.; s.a. [BSGE 8, 256](#), 264; [20, 52](#), 58, zustimmend Bäune u.a. a.a.O. Rn. 50; Schallen a.a.O. Rn. 75). Methodisch fehlerfrei hat die Beklagte für die Bestimmung des durchschnittlichen Praxisumfangs auf die die Leistung abrechnenden Laborärzte (Fachärzte für Laboratoriumsmedizin oder Mikrobiologie) im Bereich der KV-Berlin abgestellt. Die hierfür benannten Gründe, die fehlende Vergleichbarkeit mit ländlichen Strukturen und die unterschiedlichen Patientenzahlen pro Arzt der Fachgruppe in Flächenstaaten, sind sachgerecht, zumal die Anzahl der berücksichtigungsfähigen Mitglieder der Vergleichsgruppe im Bezirk der Beklagten mit 76,5 nicht zu gering ist, um als repräsentativ zu gelten (vgl. zur vergleichbaren Problematik bei der sog. statistischen Vergleichsprüfung Engelhard, in Hauck/Noftz, SGB V, K 106 Rn. 332 ff.). In der älteren Rechtsprechung des BSG wurde im Übrigen für die Prüfung des Vorliegens eines übergroßen Praxisumfangs ausdrücklich die Berücksichtigung der örtlichen und regionalen Verhältnisse gefordert (vgl. [BSGE 8, 256](#), 264). Soweit die Beklagte, rechtlich bedenklich, im Ausgangsbescheid nur auf die zugelassenen Leistungserbringer abgestellt hat und dabei unberücksichtigt geblieben ist, dass hiervon ein Teil gar keine Laborleistungen abrechnet, hat sie dies im Rahmen des Widerspruchsverfahrens korrigiert.

Bezogen auf die kooperative Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in einem MVZ ist es im Grundsatz methodisch auch zulässig, zur Beurteilung der Vergrößerung der Kassenpraxis auf sog. relative Behandlungsfallzahlen bzw. auf Arztfallzahlen abzustellen. Dem Umstand, dass mehrere Arztfälle in einem MVZ nur einen Behandlungsfall darstellen, kann bei der Prüfung des § 32 Abs. 3 Ärzte-ZV vornehmlich in der Weise Rechnung getragen werden, dass entweder vor vornherein nur sog. Arztfälle zugrunde gelegt werden oder aber der relative Anteil des einzelnen Arztes an den Behandlungsfällen im MVZ betrachtet wird. Dass die Beklagte bis zum Quartal I/2014 auf sog. relative Behandlungsfallzahlen abgestellt hat, ist jedenfalls nicht von vornherein sachwidrig.

Das Abstellen auf sog. relative Behandlungsfallzahlen ist z.B. für die Berechnung der für das Regelleistungsvolumen relevanten Fälle gemäß Ziffer 2.6. b) in Teil F des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 26.03.2010 (218 Sitzung) vorgesehen (vgl. dazu LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 16.10.2015 – [L 24 KA 65/14](#) – juris Rn. 62). Dort ist bestimmt, dass u.a. in Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 1 der Arztpraxis multipliziert mit seinem Anteil an der RLV-relevanten Arztfallzahl der Praxis entspricht. Für die Bestimmung der Fallzahl bei der Frage nach einer Vergrößerung der Kassenpraxis im Sinne von § 32 Abs. 3 Ärzte-ZV ist die Beklagte zunächst entsprechend vorgegangen. Ob das Abstellen auf Arztfallzahlen, wie es die Beklagte seit dem Quartal I/2014 praktiziert und wie sie es im Widerspruchsbescheid nunmehr abweichend vom Ausgangsbescheid neu berechnet hat, im Einzelfall zu sachgerechteren Ergebnissen führt, muss vorliegend nicht abschließend entschieden werden. Die bessere Vergleichbarkeit mit Einzelpraxen ist jedenfalls eine hinreichende Begründung für die geänderte Berechnungsart. Dazu dürfte kommen, dass das Vorliegen einer besonders hohen Zahl von Arztfällen pro Behandlungsfall bei Laborärzten, die kooperativ tätig werden, zu erheblichen Ungenauigkeiten bei der Umrechnung auf relative Behandlungsfälle führen kann. Die Beklagte hat im Widerspruchsbescheid darüber hinaus rechnerisch nachvollziehbar dargelegt, dass sich bei Berücksichtigung von Arztfallzahlen für das streitgegenständliche Quartal ein niedrigerer Kürzungsbetrag ergibt und die sachlich-rechnerische Berichtigung insoweit korrigiert. Die Klägerin ist daher durch den Wechsel der Berechnungsmethode begünstigt worden.

Einer sachlich-rechnerischen Berichtigung auf der Grundlage von § 32 Abs. 3 2. Alt. Ärzte-ZV, d.h. wegen Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs infolge der Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten, steht auch nicht von vornherein entgegen, dass die Klägerin vornehmlich überweisungsgebundene Leistungen erbringt. Dies folgt nicht alleine daraus, dass auch Laborärzte trotz ihrer Bindung an den Überweisungsauftrag einer Mengensteuerung unterzogen werden dürfen (vgl. nur BSG, Urt. v. 19.08.2015 – [B 6 KA 34/14 R](#) – juris Rn. 54 m.w.Nw.) und die Gefahr einer Leistungs- und Mengenausweitung zwar geringer als in anderen Bereichen aber nicht ausgeschlossen ist (so SG Dresden, Urt. v. 3.9.2014 – [S 18 KA 167/11](#) – juris Rn. 50). Bei der Erbringung von Laborleistungen handelt es sich um den Kern der Aufgabe von Laborärzten, der deshalb typischerweise von diesen selbst erbracht werden (vgl. BSG, Urt. v. 13.5.2015 – [B 6 KA 27/14 R](#) – juris Rn. 25). § 32 Abs. 3 2. Alt. Ärzte-ZV lässt es vor diesem Hintergrund ausreichen, dass ein ohne Zutun eines Weiterbildungsassistenten entstandene übergroßer Praxisumfang jedenfalls mit dessen Hilfe aufrechterhalten wird. Dafür reicht aber die Erbringung der dazu erforderlichen laborärztlichen Leistungen aus.

Die Beklagte durfte vorliegend allerdings nicht davon ausgehen, dass die Beschäftigung eines Assistenten der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs "diente". Wann die Beschäftigung eines Assistenten der Vergrößerung der Kassenpraxis oder der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs im Sinne von § 32 Abs. 3 Ärzte-ZV "dienen", wird unterschiedlich beurteilt. Das BSG hat im Zusammenhang mit der Frage nach einem Kausalitäts-erfordernis ausgeführt, dass das Merkmal des übergroßen Praxisumfangs nicht nach praxisindividuellen Gegebenheiten bestimmt werden kann (BSG, Urt. v. 28.9.2005 – [B 6 KA 14/04](#) – juris Rn. 18, Urt. v. 17.03.2010 – [B 6 KA 13/09 R](#) – juris Rn. 32). Dies ist teilweise als Verzicht auf den Nachweis eines Kausalitätserfordernisses verstanden worden (vgl. Steinhilper, [MedR 2006, 307](#)). Die Ausführungen des BSG lassen sich allerdings auch dahingehend verstehen, dass lediglich für die Beurteilung der Frage, ob ein übergroßer Praxisumfang vorliegt, die Maßstäbe der Fachgruppe und nicht praxisindividuelle Gegebenheiten maßgeblich sind. Ein Verzicht auf ein Kausalitätserfordernis ist damit gerade nicht verbunden. Die Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten "dient" nach Auffassung des Gerichts daher nur dann der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs, wenn diese durch die Beschäftigung jedenfalls (mit-) bedingt ist. Der Weiterbildungsassistent muss daher kausal die Praxisvergrößerung mit herbeigeführt bzw. den übergroßen Praxisumfang mit aufrechterhalten haben (so auch SG Berlin, Urt. v. 25.09.2013 – [S 83 KA 323/12](#) – juris Rn. 23; Urt. v. 03.09.2014 – [S 71 KA 381/13](#) – juris Rn. 26; Bäume u.a., Ärzte-ZV-Komm., § 32 Rn. 49; Scholz, Beck'scher Online-Kommentar Sozialrecht, § 32 Ärzte-ZV Rn. 40). Ansonsten fehlt es an einer sachlichen Rechtfertigung für eine Honorarkürzung, da § 32 Abs. 3 Ärzte-ZV kein Vorgehen gegen einen bestimmten Praxisumfang erlaubt, der ohne ursächlichen Zusammenhang mit der Beschäftigung eines Assistenten steht. Dies würde einen unverhältnismäßigen Eingriff ohne gesetzliche Grundlage in die durch [Art. 12 GG](#) geschützte Berufsfreiheit darstellen. Dabei kann offenbleiben, ob die festgestellte Vergrößerung der Kassenpraxis oder die Praxisgröße im Verhältnis zur Fachgruppe lediglich Aufgreifkriterium (in diesem Sinne Steinhilper a.a.O. S. 309) oder Indiz ist (so SG Berlin, Urt. v. 25.09.2013 [a.a.O.](#) Rn. 27; Urt. v. 03.09.2014 [a.a.O.](#) Rn. 34).

Liegt im Sinne der dargestellten Maßstäbe ein übergroßer Praxisumfang vor, ist es an dem geprüften Vertragsarzt, besondere Umstände darzulegen, die schlüssig die Annahme entkräften können, die Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten stehe im Zusammenhang mit der festgestellten Fallzahl.

Vorliegend sind von der Klägerin nach Überzeugung der sachkundig besetzten Kammer Umstände dargelegt, die bereits das Vorliegen eines übergroßen Praxisumfangs in der Person der angestellten Ärztin Dr. C. als zweifelhaft erscheinen lassen, jedenfalls aber ausschließen, dass die Beschäftigung der Weiterbildungsassistentin im streitgegenständlichen Quartal der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs "gedient" hat.

So hat die Klägerin nachvollziehbar geschildert, dass Frau Dr. C. vornehmlich die Leistungen der Abteilung Mikrobiologie, der sie vorstehe, abrechne, im Übrigen aber die sog. Endvalidation vornehme. Die bedeute vornehmlich, dass bei Erbringung verschiedener Leistungen in einem Überweisungsfall, diese von den jeweils fachlich zuständigen Laborärzten erbracht werden, aber nur die LANR desjenigen Arztes, der die letzte zu validierende Leistung vornehme und den Gesamtbefund freigebe, dem Überweisungsschein für Abrechnungszwecke zugeordnet werde. Dies könne bei arbeitsteiligem Vorgehen, zu einer Zuordnung von Fallzahlen bei denjenigen Ärzten führe, die regelmäßig am Ende der Arbeitskette stünden wie Frau Dr. C. Insbesondere sei Folge ihrer Arbeitsorganisation, dass die in § 25 BMV-Ä vorgesehenen vier Teile der Befunderhebung zwar von ärztlichem Fachpersonal eigenständig erbracht bzw. überwacht, aber nicht notwendig durch denselben Arzt geleistet würden. Die Endvalidation sei daher nur ein Teil des realen Leistungsgeschehens. Die abrechnungstechnische Zuordnung eines Befundes (unter Zuweisung zu einer LANR) erfolge erst, wenn alle Parameter eines Befundes medizinisch validiert und damit insgesamt zur "Endvalidation" freigegeben werden. Auch die textliche Befundung werde, soweit erforderlich, in der EDV hinterlegt, sei aber selbst keiner GOP-Nummer und damit keiner LANR zugeordnet. Aufgrund der Arbeitsteilung, auf deren Durchführung im Einzelnen auf den Vortrag der Klägerin verwiesen wird, sei der LANR von Frau Dr. C. ein großer Teil der Befunde zugeordnet worden, ohne dass dies impliziere, dass sämtliche GOP-Positionen eines Befundes von ihr allein medizinisch validiert oder auch in den Teilen 1 bis 3 der Befunderhebung nach § 25 Abs. 1 BMV-Ä vor ihr allein erbracht worden seien.

Die Klägerin hat auch unwidersprochen vorgetragen, dass die von ihr vorgenommene Leistungszuordnung der Laborleistungen zu dem Arzt, der die Endvalidation vornehme, nach Einführung der lebenslangen Arztnummern (LANR) zum 1. Juli 2008 (durch Richtlinie der KBV nach [§ 75 Abs. 7 SGB V](#)) mit der Beklagten abgesprochen und von dieser nicht beanstandet worden sei.

Die von der Klägerin geschilderte Vorgehensweise steht auch nicht offenkundig im Widerspruch zu den Vorgaben des EBM-Ä, auf die sie sich hierzu beruft. Nach Nr. 2.1. Satz 3 der Allgemeinen Bestimmungen erfolgt in dem Fall, dass an der Behandlung mehrere Ärzte zusammenwirken, die Berechnung durch denjenigen Vertragsarzt(Arztnummer), von dem die Vollständigkeit des Leistungsinhalts erreicht worden ist. Ein solcher Fallgestaltung lag nach dem eigenen Vortrag der Klägerin zwar nicht durchweg bei den über die LANR von Frau Dr. C. abgerechneten Leistungen vor, erklärt aber einen Teil der weit überproportionalen Leistungsmenge.

So trägt die Klägerin vor, dass im Fall der gemeinsamen Erbringung von in der Überweisung angeforderten Leistungen durch mehrere Ärzte, nur die LANR desjenigen Arztes, der die letzte zu validierende Leistung vornehme und den Gesamtbefund freigebe, in der Regel im Kopftext der ADT-Datei dem Überweisungsschein für Abrechnungszwecke zugeordnet werde. Dadurch würden aber nicht die wirklichen Arbeitsanteile der tätigen Ärzte wiedergegeben.

Gegen den Anschein der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs im Sinne des § 32 Abs. 3 2. Alt. Ärzte-ZV sprechen nach

Auffassung der sachkundig besetzten Kammer im Übrigen auch bereits die der Prüfung zugrunde gelegten Fallzahlen, und zwar unabhängig von der Zugrundelegung relativer Behandlungsfallzahlen oder sog. Arztfallzahlen. Nach der ursprünglichen Berechnung im Ausgangsbescheid auf der Basis sog. relativer Fallzahlen müsste Frau Dr. C. einen gegenüber der Fachgruppe ungefähr zehnfachen Praxisumfang haben. Auf der Basis der im Widerspruchsbescheid zugrunde gelegten Arztfallzahlen müsste der Praxisumfang von Frau Dr. C. noch immer das ungefähr 7,5 fache des Fach-gruppendurchschnitts betragen. Dass diesen Fallzahlen kein reales Leistungsgeschehen einer angestellten Ärztin im Verhältnis zur Fachgruppe zugrunde liegen kann, liegt für die Kammer auf der Hand. Für das Vorliegen weiterer oder anderer Gründe für die von der Beklagten bei Frau Dr. C. festgestellte Leistungsmenge, neben der von der Klägerin geschilderten Arbeitsorganisation bzw. Leistungszuordnung, z.B. auch Verstöße gegen das auch für Labor-ärzte im Grundsatz uneingeschränkt geltende Gebot der persönlichen Leistungserbringung (vgl. BSG, Urt. v. 13.5.2015 – [B 6 KA 27/14 R](#) – juris Rn. 21, 22 dort auch zu den einzig in Betracht kommenden Ausnahmen), fehlte es nach Einschätzung des Gerichts an Anhaltspunkten. Entsprechendes wurde auch von der Beklagten nicht vorgebracht.

Diese hat vielmehr auf Nachfrage in der mündlichen Verhandlung bestätigt, dass im Grundsatz wohl keine Bedenken gegen das Abrechnungsverhalten der Klägerin, insbesondere bei Frau Dr. C., jenseits der Vorgaben des § 32 Abs. 3 Ärzte-ZV bestünden. Dass die von der Beklagten der Prüfung zugrunde liegenden Fallzahlen jedenfalls ohne Bezug zu der Beschäftigung eines (einzigen) Weiterbildungsassistenten stehen, erschließt aber bereits die absolute Zahl. Die Klägerin hat im Übrigen nicht nur dargelegt, dass der prozentuale Anteil von Frau Dr. C. an der Leistungsmenge der Praxis insgesamt bereits vor Beschäftigung der Weiterbildungsassistenten (unverhältnismäßig) groß war (47 % des Honorars in III/2011 und I/2012; 43, 02 %). Sie hat im Zuge der Auseinandersetzung um die Frau Dr. C. zugeordnete Leistungsmenge im November 2013 auch erklärt, nach der Beanstandung im Quartal IV/2012 die EDV-technische Erfassung ihrer Arbeitsorganisation umgestellt zu haben. Nunmehr würden die ärztliche Messwertfreigabe sowie die technische Befundung in einem Schritt erfolgen; wodurch die Leistungskennzeichnung für die Abrechnung der einzelnen Ärzte – ohne Änderung der tatsächlichen Leistungsanteile – besser wiedergegeben würde. Diese Umstellung sei zum Quartal III/2013 wirksam geworden. Die vom Gericht angeforderte und von der Beklagten zunächst nicht mehr erstellte Honorarabrechnung für das Quartal III/2013 erwies für Frau Dr. C. eine absolute und relative Fallzahl, die unter ihrem rechnerischen Anteil am Beschäftigungsumfang der bei der Beklagten tätigen Ärzte liegt (jeweils deutlich unter 10%) und im Vergleich zu anderen Ärzten der Praxis nicht einmal die Hälfte beträgt. Auch dies spricht dafür, dass die Leistungsmengenzuordnung bei Frau Dr. C. jedenfalls in keinem Zusammenhang mit der Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten steht, sondern Folge der abrechnungstechnischen Leistungszuweisung ist. Für eine tatsächliche Leistungskulmination in der Person der Ärztin Dr. C. in der von der Beklagten im Quartal IV/2012 festgestellten Höhe fehlt es neben den von der Klägerin vorgetragenen Gründen in der Abrechnungs- und Leistungszurechnung auch im Übrigen an nachvollziehbaren Gründen. Weder aus Sicht der Klägerin noch aus Sicht der angestellten Ärztin gibt es einen sachlichen Grund, einer einzelnen Ärztin ohne Patientenkontakt knapp unterhalb der Hälfte des Umsatzes der Praxis zuzuweisen. Aus dem eingereichten Anstellungsvertrag der vom 1. Oktober 2007 ergibt sich kein wirtschaftliches Interesse an einer Umsatz- oder Fallzahlsteigerung in der Person der Ärztin Dr. C. Auch aus Sicht des MVZ ergeben sich aus der weit überdurchschnittlichen Fallzahl- und Umsatzzuweisung zu der angestellten Ärztin Frau Dr. C. keine offenkundigen Vorteile. Auch dies spricht nach Auffassung des Gerichts dafür, dass im Quartal IV/2013 im Rechtssinne bezogen auf Frau Dr. C. keine Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs vorlag, dem die Beschäftigung eines Assistenten diene.

Der Beklagten ist zwar zuzugestehen, dass die Klägerin sich an der von ihr mit der Sammelerklärung garantierten Abrechnung festhalten lassen muss. Darauf folgt aber noch nicht, dass sich aus der Abrechnung damit auch belastbare Anhaltspunkte für das Vorliegen eines übergroßen Praxisumfangs im Sinne von § 32 Abs. 3 Ärzte-ZV bei einer angestellten Ärztin, vor allem aber dafür ableiten lassen, dass die Beschäftigung einer Weiterbildungsassistentin im Rechtssinne dessen Aufrechterhaltung gedient hat.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG](#) i.V.m. einer entsprechenden Anwendung der [§§ 154 ff. VwGO](#). Danach hat die Beklagte die Kosten des Verfahrens zu tragen, da sie unterlegen ist ([§ 154 Abs. 1 VwGO](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2016-07-19