S 25 KA 147/19 ER

Land
Freistaat Sachsen
Sozialgericht
SG Dresden (FSS)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
25
1. Instanz
SG Dresden (FSS)
Aktenzeichen
S 25 KA 147/19 ER
Datum
21.11.2019
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Leitsätze
1. Die Tages-und Quartalszeitprofile für Plausibilitätsprüfungen in Arztpraxen mit angestellten Ärzten sind arztbezogen, nicht praxisbezogen, zu bilden. Dies gilt auch für Prüfzeiträume vor dem Inkrafttreten der Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen gemäß § 106d Absatz 6 SGB V (Abrechnungsprüfungs-Richtlinien - AbrPrRL) vom 07.03.2018, soweit § 8 AbrPrRL nach § 22 Absatz 3 AbrPrRL rückwirkend auf Verfahren anzuwenden ist, die am 31.12.2014 noch nicht rechtskräftig abgeschlossen waren, § 8 Absatz 3 der Richtlinien nach § 106a Absatz 2 SGB V in der bis zum 31.03.2018 geltenden Fassung vom 01.07.2008, ist insoweit nicht anzuwenden.
2. Die Ausschlussfrist von zwei Jahren für den Erlass von Richtigstellungsbescheiden gemäß § 106d Absatz 5 Satz 3 SGB V in der Fassung TSVG gilt nicht für Honorarrückforderungen, bei denen Ausgangsbescheid noch vor dem Inkrafttreten der Neuregelung am 11.05.2019 bekannt gegeben wurde und damit noch einer Ausschlussfrist von vier Jahren unterlag.
I. Die aufschiebende Wirkung der Klagen des Antragstellers vom 29.10.2019 gegen
1. den Bescheid des Plausibilitätsausschusses der Bezirksgeschäftsstelle Leipzig der Antragsgegnerin vom 07.01.2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides der Antragsgegnerin vom 11.10.2019 über die Durchführung einer Plausibilitätsprüfung gemäß § 106d Absatz 2 SGB V bezüglich der unter der Lebenslangen Arztnummer des Antragstellers 3 ... in den Quartalen 1/2016 bis 1/2018 abgerechneten Leistungen – S 25 KA 179/19 –,
2. den Bescheid des Plausibilitätsausschusses der Bezirksgeschäftsstelle Leipzig der Antragsgegnerin vom 07.01.2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides der Antragsgegnerin vom 11.10.2019 über die Durchführung einer Plausibilitätsprüfung gemäß § 106d Absatz 2 SGB V bezüglich der unter der Lebenslangen Arztnummer des angestellten Arztes S. H. 5 ... in den Quartalen 1/2016 bis 1/2018 abgerechneten Leistungen – S 25 KA 194/19 – wird angeordnet.
II. Die Kosten des Verfahrens trägt die Antragsgegnerin.
III. Der Streitwert wird auf 116.704,47 EUR festgesetzt.

Gründe:

I. Die Beteiligten streiten über die Rückforderung vertragsärztlicher Honorare in Höhe von 466.817,88 EUR für die Quartale 1/2016 bis 1/2018 aufgrund sachlich-rechnerischer Richtigstellungen. Der Antragsteller nahm in diesem Zeitraum als Facharzt für Innere Medizin mit Vertragsarztsitz in B. an der hausärztlichen Versorgung teil. In der Praxis des Antragstellers waren in dieser Zeit fünf angestellte Ärzte, denen eine eigene Lebenslange Arztnummer (LANR) zugewiesen war, beschäftigt, unter anderem der angestellte Arzt S. H. in Vollzeit. Daneben war vom 01.02.2016 bis zum 31.01.2018 die Ärztin A. P. als Assistentin in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin in Vollzeit tätig. Zu Beginn dieses Zeitraumes hatte die Ärztin bereits 12 der insgesamt 60 Monate Mindestweiterbildungszeit absolviert gehabt. Wegen auffälliger Quartals- und Tageszeitprofile veranlasste die Kassenärztliche Vereinigung (Antragsgegnerin) Prüfungen der in den Quartalen 1/2016 bis 1/2018 erbrachten Leistungen. Hinsichtlich der unter der LANR des Antragstellers 3 ... in den Quartalen 1/2016 bis 1/2018 abgerechneten Leistungen stellte die Antragsgegnerin fest, dass bedingt durch die hohe Fallzahl der Quartalszeitfonds durch die Abrechnung der Versicherten- und Chronikerpauschalen belastet werde. Die Hauptursache für die Überschreitung liege jedoch in der hohen Anzahl abgerechneter Leistungen der Psychosomatik (GOP 35100 und 35110) und der Schmerztherapie (GOP 30700, 30702 und 30708). Auffällig sei der Ansatz der GOP 01440 bei fast jedem Hausbesuchspatienten bis zum Quartal 3/2017 und die Häufigkeit dringender Besuche (GOP 01412 und 01415). Der Antragsteller nahm hierzu dahin gehend Stellung, dass unter Berücksichtigung der Mitwirkung der Weiterbildungsassistentin mit einem Faktor von 0,5 die Tageszeitfonds nicht überschritten seien. Die Quartalszeitfonds seien für die gesamte Praxis anzusetzen, so dass ebenfalls keine Überschreitung vorliege. Hinsichtlich der Besuchsleistungen habe er inzwischen die Auffassung der Antragsgegnerin übernommen und sei zu einer Einigung bereit, obwohl die Aufgreifkriterien für die Prüfung nicht erfüllt seien. Hinsichtlich der unter der LANR des angestellten Arztes S. H. 5 ... in den Quartalen 1/2016 bis 1/2018 abgerechneten Leistungen stellte die Antragsgegnerin fest, dass neben den mit der hohen Fallzahl verbundenen Versichertenpauschalen die zahlreichen Ansätze

dringender Besuche (GOP 01412 und 01415), palliativmedizinischer Leistungen (GOP 03372) über lange Zeiträume, der Chronikerzuschläge (GOP 03220 und 03221) ohne ausreichende Feststellungen und zeitgebundener Gesprächsleistungen (GOP 03230, 35100 und 35110) der Erläuterung bedürfe. Hierzu nahm der Antragsteller dahin gehend Stellung, dass der Prüfung ein Quartalszeitfonds von 936 statt 780 Stunden pro Quartal zu Grunde zu legen sei, dass die Zeitprofile nicht pauschal um 10 % erhöht werden dürften und das Quartalszeitprofil des angestellten Arztes nicht isoliert betrachtet, sondern die Praxis in ihrer Gesamtheit bewertet werden müsse, das Quartalszeitprofil der Praxis erreiche jedoch insgesamt nicht den Quartalszeitfonds, so dass die Aufgreifkriterien für die Prüfung nicht erfüllt seien. Die Abrechnung der Heimbesuche nach GOP 01412, 01413 und 01415 sei im Jahr 2018 umgestellt worden; insoweit folge der Antragsteller der Auffassung der Antragsgegnerin. Für die Abrechnung palliativmedizinischer Leistungen komme es nicht auf die Dauer des Überlebens unter der palliativen Behandlung an. In den Fällen, in denen der Chronikerzuschlag abgerechnet wurde, sei der obligate Leistungsinhalt der GOP 03220 bzw. 03221 erfüllt gewesen. Die Gesprächsdauer sei im Falle des Ansatzes der zeitgebundenen Gesprächsleistungen (GOP 03230, 35100 und 35110) jeweils mittels Stoppuhr verfolgt worden. Die häufigen Ansätze kleinchirurgischer Leistungen entfielen insbesondere auf die mehr als 700 Diabetiker; insoweit sei eine Abnahme der Ansätze zu verzeichnen. Mit Bescheid vom 07.01.2019 setzte der Plausibilitätsausschuss der Bezirksgeschäftsstelle Leipzig der Antragsgegnerin gegenüber dem Antragsteller Honorarforderungen in Bezug auf die unter der LANR des Antragstellers 3 ... in den Quartalen 1/2016 bis 1/2018 abgerechneten Leistungen in Höhe von insgesamt 271.178,09 EUR fest, und zwar für das Quartal 1/2016: 32.678,73 EUR, das Quartal 2/2016: 28.544,67 EUR, das Quartal 3/2016: 31.330,49 EUR, das Quartal 4/2016: 33.316,51 EUR, das Quartal 1/2017: 32.370,03 EUR, das Quartal 2/2017: 25.643,69 EUR, das Quartal 3/2017: 29.075,19 EUR, das Quartal 4/2017: 25.489,03 EUR und für das Quartal 1/2018: 32.729,75 EUR. Unter Berücksichtigung des geringeren Anteils von Privatpatienten werde auf den Quartalszeitfonds nach der Verfahrensordnung über den Inhalt und die Durchführung der Plausibilitätsprüfungen gemäß § 106d Absatz 2 SGB V (780 Stunden) ein Aufschlag von 20 Prozent gewährt. Ausgehend von dem erhöhten Quartalszeitfonds (936 Stunden) stellte die Antragsgegnerin folgende Überschreitungen bei den Zeitprofilen fest: Quartal Quartalszeitprofil in Stunden Überschreitung des Quartalszeitfonds von 936 Stunden in Stunden Überschreitung des Tageszeitfonds von 12 Stunden an Tagen 1/2016 1.437,50 501,50 36 2/2016 1.430,00 494,00 36 3/2016 1.470,16 534,16 31 4/2016 1.489,92 553,92 37 1/2017 1.583,35 647,35 32 2/2017 1.497,95 561,95 32 3/2017 1.549,43 613,43 14 4/2017 1.496,04 560,04 17 1/2018 1.469,68 533,68 19 Aufgrund des Weiterbildungsgrades der Assistentin A. P. habe der Ausschuss eine Erhöhung der Quartalszeitfonds um den Faktor 0,2 für das Jahr 2016, den Faktor 0,3 für das Jahr 2017 und den Faktor 0,5 für das Jahr 2018 anerkannt, woraus sich folgende erhöhte Quartalszeitfonds ergeben hätten: Quartal 1/2016: 936 Stunden × 1,2 = 1.060,8 Stunden (für zwei Monate) Jahr 2016: 936 Stunden × 1,2 = 1.123,2 Stunden Jahr 2017: 936 Stunden × 1,3 = 1.216,8 Stunden Jahr 2018: 936 Stunden × 1,5 = 1.092,0 Stunden (für einen Monat). Die Aufgreifkriterien für eine Plausibilitätsprüfung seien auf Grund der Höhe der Quartalszeitprofile auch bei Neuberechnung der Quartalszeitfonds unter Berücksichtigung der Weiterbildungsassistentin erfüllt. Die Plausibilität werde arztbezogen geprüft. Eine Verrechnung von Arbeitszeitkontingenten innerhalb der Praxis sei nicht möglich. Bei Auswertung der Tageszeitprofile sei sofort die hohe Anzahl an Tagen aufgefallen, an denen die arbeitstägliche Zeit zwischen 12 und knapp 15 Stunden liege, in den Quartalen 1/2016 bis 2/2017 jeweils über 30 Tage, mithin etwa die Hälfte der Arbeitstage. Das sei auch unter Berücksichtigung eines Weiterbildungsassistenten nicht plausibel. Die Tageszeitprofile erweckten den Anschein, dass der Antragsteller die abgerechneten Leistungen dem Tageszeitfonds angepasst habe, um das Mögliche auszuschöpfen. Der Antragsteller habe angegeben, das Tageszeitprofil mit unter 15 Stunden immer eingehalten zu haben; tatsächlich fänden sich kaum Tage mit über 15 Stunden. Es bestünden von daher Zweifel, dass die abgerechneten Leistungen vollständig und vollumfänglich erbracht worden seien, zumal der Zeitaufwand für Overheadaufgaben und Verteilzeiten nicht eingeflossen seien. Seien bereits die Tageszeitprofile mit beinahe 15 Stunden ausgeschöpft, verbleibe keine Behandlungszeit für Leistungen, die ausschließlich in das Quartalszeitprofil eingingen wie Versichertenpauschalen, Chronikerzuschläge oder die Grund- und Zusatzpauschale im Rahmen der Schmerztherapie. Die Ausschussmitglieder wüssten aus Erfahrung, dass gerade die fachgerechte Behandlung von Schmerzpatienten sehr zeitintensiv sei. Die Abrechnungsunterlagen wiesen für mehr als 300 Patienten jeweils die Grund- und Zusatzpauschale nach den GOP 30700 und 30702 aus. Aus der Abrechnung von Pauschalen müsse sich für den Patienten auch eine Behandlung oder auch intensive Behandlung und Betreuung ergeben, ggf. auch in mehreren ArztPatienten-Kontakten. Die Vielzahl der angesetzten Leistungen sei allein aus zeitlichen Gründen nicht erbringbar gewesen, zumal dem Antragsteller bei dem hohen Patientenaufkommen pro Patient weniger Zeit zur Verfügung stehe als Ärzten, die weit weniger Fälle abrechnen, da der am Tag und im Quartal zur Verfügung stehende Zeitfonds für alle Ärzte zwangsläufig derselbe sei. Nicht nachvollziehbar und unplausibel sei die hohe Anzahl zeitgebundener Gesprächsleistungen, namentlich zwischen 400 und 500 Gespräche à 10 Minuten allein für die Beratung und Erörterung im Rahmen der Schmerztherapie (GOP 30708) sowie etwa 500 bis 800 problemorientierte Gespräche (GOP 03230) von ebenfalls 10 Minuten unter deutlicher Steigerung der Ansatzhäufigkeit gegenüber dem vorangegangenen Prüfzeitraum (etwa 200 Gespräche). Wann der Antragsteller dann noch weitere 600 bis 900 psychosomatischen Gesprächsleistungen nach der GOP 35110 über mindestens 15 Minuten führe, habe sich nicht erschlossen. Der Plausibilitätsausschuss sei überzeugt, dass die Gesprächsdauer in einem Großteil der Fälle nicht eingehalten werden konnte. Aufgefallen sei der stetige Anstieg dieser Leistung über die einzelnen Prüfquartale, aber auch, dass der Antragsteller beinahe ausschließlich eine verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen, nicht aber die GOP 35100 als differentialdiagnostische Klärung abrechne. Dabei sei eine Abklärung die Voraussetzung für eine Intervention. Aufgefallen sei auch das Missverhältnis zwischen normalen und dringenden Hausbesuchen (im Prüfzeitraum insgesamt 443 Besuche nach GOP 01410, 3 dringende Besuche nach GOP 01411, 330 dringende Besuche nach GOP 01412, 196 Besuche nach GOP 01413 und 281 dringende Besuche nach GOP 01415); nach GOP 01412 seien nur Besuche sofort nach Anforderungen abrechenbar, nach GOP 01415 nur Besuche am Tag der Anforderung. Die Bevollmächtigten des Antragstellers hätten insoweit eine andere Handhabung eingeräumt und eine Einigung auch hinsichtlich der Verweilpauschale nach GOP 01410, die bis zum Quartal 3/2017 auffällig gewesen und danach nicht mehr angesetzt worden sei, angeboten. Die Ausschussmitglieder seien übereinstimmend zu der Auffassung gelangt, dass der Antragsteller teilweise Leistungen abgerechnet haben müsse, die der auf Grund des fehlenden Zeitvolumens nicht so habe erbringen können, wie es der EBM vorsehe. Die Zeitprofile seien der Beweis dafür. Die Weiterbildungsassistentin habe mangels Genehmigung weder Leistungen der Psychosomatik noch schmerztherapeutische Leistungen erbringen dürfen; diese beanspruchten im Zeitprofil des Antragstellers allein zwischen 500 und 600 Stunden im Quartal. Der Ausschuss habe sich deshalb zu einer Honorarrückforderung entschlossen. Gekürzt werde die Anzahl der Stunden des Quartalszeitprofils, die den Quartalszeitfonds von 780 Stunden zuzüglich eines Zuschlags von 20 % wegen des geringen Anteils an Privatpatienten (zusammen 936 Stunden) und einer Erhöhung wegen der Beschäftigung der Weiterbildungsassistentin (0,2 oder 0,3 bzw. 0,5) oder überstiegen, vervielfältigt mit dem bereinigten Honorarstundenwert. Der Rückforderungsbetrag setzt sich wie folgt zusammen: Quartal Honorar bereinigt* QZP Honorar je Std. QZF + 20% + WBA Differenz zu QZP Rückforderung 1/2016 124.708,02 EUR 1.437,50 86,75 EUR 1.060,80 376,7 32.678,73 EUR 2/2016 133.047,95 EUR 1.430,00 93,04 EUR 1.123,20 306,8 28.544,67 EUR 3/2016 132.748,61 EUR 1.470,16 90,30 EUR 1.123,20 347,0 31.330,49 EUR 4/2016 135.356,20 EUR 1.489,92 90,85 EUR 1.123,20 366,7 33.316,51 EUR 1/2017 139.832,83 EUR 1.583,35 88,31 EUR 1.216,80 366,6 32.370,03 EUR 2/2017 136.629,56 EUR 1.497,95 91,21 EUR 1.216,80 281,2 25.643,69 EUR 3/2017 135.431,75 EUR 1.549,43 87,41 EUR 1.216,80 332,6 29.075,19 EUR 4/2017 136.558,67 EUR 1.496,04 91,28 EUR 1.216,80 279,2 25.489,03 EUR 1/2018 127.359,14 EUR 1.469,68 86,66 EUR

1.092,00 377,7 32.729,75 EUR *) abz. Bereitschaftsdienst, Kapitel 32 (Labor), Kapitel 40 (Kosten), Nachtragsfälle sowie Leistungen nach sächsischen Sondervereinbarungen und Wegepauschalen Mit weiterem Bescheid vom 07.01.2019 setzte der Plausibilitätsausschuss der Bezirksgeschäftsstelle Leipzig der Antragsgegnerin gegenüber dem Antragsteller Honorarforderungen in Bezug auf die unter der LANR des angestellten Arztes Dr. med. S. H. 5 ... in den Quartalen 1/2016 bis 1/2018 abgerechneten Leistungen in Höhe von insgesamt 195.639,79 EUR fest, und zwar für das Quartal 1/2016: 21.463,96 EUR, das Quartal 2/2016: 26.862,12 EUR, das Quartal 3/2016: 22.213,56 EUR, das Quartal 4/2016: 18.333,20 EUR, das Quartal 1/2017: 18.991,42 EUR, das Quartal 2/2017: 25.643,69 EUR, das Quartal 3/2017: 29.075,19 EUR, das Quartal 4/2017: 28.593,99 EUR und für das Quartal 1/2018: 20.239,29 EUR. Unter Berücksichtigung des geringeren Anteils von Privatpatienten werde auf den Quartalszeitfonds nach der Verfahrensordnung über den Inhalt und die Durchführung der Plausibilitätsprüfungen gemäß § 106d Absatz 2 SGB V (780 Stunden) ein Aufschlag von 20 Prozent gewährt. Ausgehend von dem erhöhten Quartalszeitfonds (936 Stunden) stellte die Antragsgegnerin folgende Überschreitungen bei den Zeitprofilen fest: Quartal Quartalszeitprofil in Stunden Überschreitung des Quartalszeitfonds von 936 Stunden in Stunden Überschreitung des Tageszeitfonds von 12 Stunden an Tagen 1/2016 1.195,54 259,54 0 2/2016 1.264,83 328,83 0 3/2016 1.202,19 266,19 0 4/2016 1.147,48 211,48 0 1/2017 1.164,18 228,18 0 2/2017 1.118,90 182,90 0 3/2017 1.218,56 282,56 0 4/2017 1.277,38 341,38 0 1/2018 1.182,31 246,31 0 Die Plausibilität sei arztbezogen zu prüfen. Eine Verrechnung von Arbeitszeitkontingenten innerhalb der Praxis sei nicht möglich. Die in großer Anzahl abgerechneten Chronikerzuschläge nach den GOP 03220 und 03221 beanspruchten mit etwa 300 Stunden im Quartal etwa so viel Zeit wie die Versichertenpauschalen. Nach Auffassung des Ausschusses honoriere der Chronikerzuschlag nicht die Diagnose, sondern den ärztlichen Aufwand, der sich aus der Diagnose ergebe. Der Wert einer GOP spiegele auch immer die ärztliche Leistung wider. Für den Patienten müsse sich aus der Abrechnung der Leistung eine Behandlung oder auch intensive Behandlung und Betreuung ergeben, ggf. auch in mehreren Arzt-Patienten-Kontakten. Gerade bei chronisch Kranken seien Krankheit, Verlaufskontrolle und Behandlung nach der Erstuntersuchung nicht abgeschlossen, sondern bedürften der ständigen Kontrolle, Untersuchung, Anpassung und Dokumentation. Das trifft in besonderem Maße auf Diabetiker zu, von denen der angestellte Arzt 700 betreue. Auf Grund dessen und der Voraussetzungen für die Anerkennung einer schweren chronischen Krankheit nach der Chroniker-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses sei der hohe Ansatz der Chronikerzuschläge nicht plausibel. Eine weitere Ursache für die Zeitüberschreitungen des angestellten Arztes sei in der Vielzahl zeitgebundener Gesprächsleistungen zu sehen, zwischen 500 und 900 Gesprächen à 10 min allein für das problemorientierte Gespräch nach GOP 03230. In welcher Zeit der angestellte Arzt dann noch weitere 500 bis 650 psychosomatisch Gesprächsleistungen nach der GOP 35110 über mindestens 15 Minuten führe, habe sich nicht erschlossen. Der Plausibilitätsausschuss sei davon überzeugt gewesen, dass die Gesprächsdauer in einem Großteil der Fälle nicht habe eingehalten werden können. Bei Leistungen der Psychosomatik stellte die Gesprächsdauer von mindestens 15 Minuten, beim problemorientierten Gespräch von 10 Minuten den unteren Grenzwert und keinen Mittelwert dar; Zeiten, in denen der Arzt andere abrechnungsfähige Leistungen erbracht habe, seien nicht einzurechnen. Diese Gesprächszeit könne nicht zur Verfügung gestanden haben. Die festgestellte Abrechnungsweise lasse nur den Schluss zu, dass die zum Ansatz gebrachten Leistungen nicht vollständig erbracht worden seien. Die von der Anwältin des Antragstellers angegebene Verfahrensweise, wonach bei Öffnung der Patientenakte eine Stoppuhr laufe und nach 10 bzw. 15 Minuten die GOP angegeben werde, sei zweifelsfrei falsch, denn nicht jedes ärztliche Gespräch erfülle den Leistungsinhalt eines problemorientierten Gesprächs, nur weil es 10 Minuten angedauert hat. Es stelle sich auch die Frage, welche Leistungen für die Versichertenpauschale oder den Chronikerzuschlag stünden. Ebenso wenig könne ein psychosomatisches Gespräch nach den GOP 35100 bzw. 35110 berechnet werden, nur weil es 15 Minuten beansprucht habe. Die Abrechnung psychosomatischer Leistungen setze das Vorliegen einer entsprechenden Diagnose voraus. Nur bei etwa der Hälfte der Patienten, bei denen kleinchirurgische Eingriffe abgerechnet wurden, seien Diagnosen, welche den Ansatz der GOP 02311 oder 02313 rechtfertigen könnten, gefunden worden; die Vielzahl dieser Leistungen sei nicht plausibel. Beim Ansatz palliativmedizinischer Leistungen (GOP 03371 und 03372) sei aufgefallen, dass diese GOP teilweise über viele Quartale beim gleichen Patienten abgerechnet worden seien. Mitunter seien Patienten von 1/2016 bis 1/2018 palliativmedizinisch betreut. Diese Abrechnungsweise sei nicht nachvollziehbar. Ziel der Palliativmedizin ist sei Erhalt der bestmöglichen Lebensqualität bis zum Tod durch eine ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer fortschreitenden Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung. Palliativmedizin umfasse die Anleitung und Beratung der Betreuungs- und Bezugspersonen. Aufgrund eigener Erfahrungen vertreten die Ausschussmitglieder den Standpunkt, dass eine palliativmedizinische Betreuung einige Monate, keinesfalls jedoch Jahre andauern könne. Der Ausschuss habe deshalb von einem zumindest teilweisen Falschansatz dieser Leistungen ausgehen müssen. Aufgefallen seien Falschabrechnungen der Hausbesuche bei einem Missverhältnis zwischen normalen und dringenden Hausbesuchen (im Prüfzeitraum insgesamt 689 Besuche nach GOP 01410, 2 dringende Besuche nach GOP 01411, 453 dringende Besuche nach GOP 01412, 490 Besuche nach GOP 01413 und 423 dringende Besuche nach GOP 01415). Nach GOP 01412 seien nur Besuche sofort nach Anforderungen abrechenbar, nach GOP 01415 nur Besuche am Tag der Anforderung. Die Bevollmächtigten des Antragstellers hätten insoweit Abrechnungsfehler eingeräumt, trotz Ankündigung einer Umstellung sei im Quartal 1/2018 jedoch wieder ein Anstieg der dringenden Besuchsleistungen zu verzeichnen. Der angestellte Arzt müsse teilweise Leistungen abgerechnet haben, die er aufgrund des fehlenden Zeitvolumens nicht so habe erbringen können, wie es der EBM vorsehe. Die Zeitprofile seien der Beweis dafür. Der Ausschuss habe sich deshalb zu einer Honorarrückforderung entschlossen. Gekürzt werde die Anzahl der Stunden des Quartalszeitprofils, die den Quartalszeitfonds von 780 Stunden zuzüglich eines Zuschlags von 20 % wegen des geringen Anteils an Privatpatienten (zusammen 936 Stunden) überstiegen, vervielfältigt mit dem bereinigten Honorarstundenwert. Der Rückforderungsbetrag setzt sich wie folgt zusammen: Quartal Honorar bereinigt* QZP Honorar je Std. QZF + 20% Differenz zu QZP Rückforderung 1/2016 98.870,81 EUR 1.195,54 82,70 EUR 936,00 259,54 21.463,96 EUR 2/2016 103.319,03 EUR 1.264,83 81,69 EUR 936,00 328,83 26.862,12 EUR 3/2016 100.325,32 EUR 1.202,19 83,45 EUR 936,00 266,19 22.213,56 EUR 4/2016 99.469,87 EUR 1.147,48 86,69 EUR 936,00 211,48 18.333,20 EUR 1/2017 96.896,38 EUR 1.164,18 83,23 EUR 936,00 228,18 18.991,42 EUR 2/2017 97.072,65 EUR 1.118,90 86,76 EUR 936,00 182,90 15.868,40 EUR 3/2017 99.510,09 EUR 1.218,56 81,66 EUR 936,00 282,56 23.073,85 EUR 4/2017 106.990,11 EUR 1.277,38 83,76 EUR 936,00 341,38 28.593,99 EUR 1/2018 97.150,13 EUR 1.182,31 82,17 EUR 936,00 246,31 20.239,29 EUR *) abz. Bereitschaftsdienst, Kapitel 32 (Labor), Kapitel 40 (Kosten) sowie Leistungen nach sächsischen Sondervereinbarungen und Wegepauschalen Gegen beide, den Bevollmächtigten des Antragstellers am 09.01.2019 zugestellte Bescheide erhoben jene mit anwaltlichen Schreiben vom 11.02.2019 jeweils am 13.02.2019 Widerspruch. Sie machen geltend, die Abrechnung sei nicht fehlerhaft, sondern plausibel. Unter Berücksichtigung der angestellten Ärzte läge bei praxisbezogenem Ansatz gemäß § 8 Absatz 4 der Abrechnungsprüfungs-Richtlinien das Quartalszeitprofil insgesamt nicht über dem Quartalszeitfonds der Praxis und eine Plausibilitätsprüfung sei nicht statthaft. Dies sei für das Quartalszeitprofil essenziell, da in dieses typischerweise auch mit Fallpauschalen abgegoltene Leistungen eingestellt würden, die nicht nur an einem Tag, sondern an mehreren Tagen durch verschiedene Ärzte erbracht würden. So nehme bei Abrechnung der Versichertenpauschale und der Chronikerpauschale der Antragsteller den obligaten ersten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt wahr, während weiterer Leistungsinhalt auch von anderen Ärzten erbracht würde. Unter Berücksichtigung der Weiterbildungsassistentin und eines Entlastungsassistenten sei auch der Tageszeitfonds auf 18 Stunden zu erhöhen, so dass das Tageszeitprofil tatsächlich an keinem Tag auffällig gewesen sei. Die hohe Zahl von 300 Schmerzpatienten und der damit korrespondierende

Zeitaufwand resultierten aus der Spezialisierung der Praxis auf die Schmerztherapie. Auch diese Leistungen seien indessen nicht ausschließlich durch den Antragsteller, sondern auch durch angestellte Ärzte erbracht worden. Der angestellte Arzt Dr. med. S. H. behandele ca. 700 Diabetiker im Quartal. Der Ansatz des Chronikerzuschlages hierfür sei gerechtfertigt. Unverständlich sei die Beanstandung, in der Hälfte der Fälle habe keine Diagnose vorgelegen, die einen kleinchirurgischen Eingriff rechtfertige. Der Ausschuss habe keinen konkreten Fall benannt, in dem dies zutreffe. Patienten, die nicht mehr kurativ behandelt werden können, würden palliativ behandelt. Dies bedeute nicht, dass sie alsbald versterben müssten. Das Quartalszeitprofil umfasse einen Durchschnittswert für Leistungen pro Patient, der nicht zwingend erreicht sein müsse, denn obligater Leistungsinhalt der Pauschalen sei meist nur ein Arzt-Patienten-Kontakt. Das Überschreiten des Quartalszeitprofils sei deshalb kein Indiz für eine unrichtige Abrechnung. Tatsächlich fielen die Zeitbedarfe für die Leistungen deutlich geringer aus als die kalkulatorischen und die Prüfzeiten des EBM. Die Prüfzeiten seien zu hoch bemessen (Verweis auf IGES-Institut, Plausibilität der Kalkulation des EBM – Expertise im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes). Mit seinem am 12.08.2019 beim Sozialgericht eingegangenen Antrag auf vorläufigen Rechtsschutz vom 09.08.2019 wendete der Antragsteller sich zunächst gegen die Vollziehung der beiden Bescheide vom 07.01.2019. Auf die Prüfquartale sei die Abrechnungsprüfungsrichtlinie in der vom 01.07.2008 bis zum 31.03.2018 geltenden Fassung anzuwenden, nach der das Quartalszeitprofil einer Arztpraxis, in der mehrere Ärzte tätig sind, mit der Anzahl der in der Arztpraxis tätigen Vertragsärzte bzw. angestellten Ärzte im Umfang ihrer Tätigkeit zu multiplizieren sei. Soweit § 22 Absatz 3 der Abrechnungsprüfungsrichtlinien in der ab dem 01.04.2018 geltenden Fassung deren Anwendung auf die vorliegenden Fälle anordne, handele es sich um eine unzulässige echte Rückwirkung. Berücksichtige man alle in der Praxis tätigen Ärzte, liege keine Überschreitung des Quartalszeitfonds vor und es gebe schon keinen Anlass für eine Plausibilitätsprüfung. Bei erhöhten Stundenaufkommen sei insbesondere die Beschäftigung von Assistenten zu berücksichtigen. Soweit nach der Verfahrensordnung der Antragsgegnerin über den Inhalt und die Durchführung der Plausibilitätsprüfung gemäß § 106a Absatz 2 SGB V Ärzte in Weiterbildung und andere Assistenten mit einem Faktor "Null" zu berücksichtigen seien, sei diese rechtswidrig. Vielmehr sei ein Weiterbildungsassistent, wie in anderen Kassenärztlichen Vereinigungen, mit 0,5 zu berücksichtigen. Aber auch nach § 8 Absatz 6 und § 12 der Abrechnungsprüfungsrichtlinie in der aktuellen Fassung bestehe kein Anlass für eine Plausibilitätsprüfung, so dass auch danach die Honorarrückforderung nicht berechtigt sei. Im Quartalszeitprofil seien so viele Zeiten erfasst, weil in der Praxis viele Patienten betreut würden, wobei die Behandlungspauschalen schon anfielen, wenn ein Patient nur Mal im Quartal komme. Zudem sei der Antragsteller nicht in der Lage ist, eine derart hohe Summe zurückzuzahlen. Die Antragsgegnerin wies gleichwohl beide Widersprüche des Antragstellers zurück: Den Widerspruchsbescheid vom 11.10.2019 bezüglich der unter der LANR des Antragstellers 3 ... in den Quartalen 1/2016 bis 1/2018 abgerechneten Leistungen begründete die Antragsgegnerin damit, dass die arztbezogene Plausibilitätsprüfung rechtmäßig sei. § 4 Absatz 3 der Verfahrensordnung über den Inhalt und die Durchführung der Plausibilitätsprüfungen gemäß § 106d Absatz 2 SGB V widerspreche nicht übergeordnetem Recht. Gemäß § 106d Absatz 2 SGB V sei die Plausibilitätsprüfung eine arztbezogene Prüfung. Soweit der Antragsteller Fehler beim Ansatz der Besuchsleistungen nach GOP 01412 und 01415 sowie der Verweilgebühr nach GOP 01440 eingeräumt und der Plausibilitätsausschuss darüber hinaus die festgesetzte Honorarrückforderung unter anderem mit dem überdurchschnittlichen Ansatz einzelner Leistungen, zum Beispiel nach GOP 35110, und dem Verdacht einer Abrechnungsanpassung begründet habe, mache sich die Antragsgegnerin die Begründung im Widerspruchsverfahren nicht zu eigen. Die sachlich-rechnerische Richtigstellung werde vielmehr mit der Überschreitung des auf 936 Stunden angehobenen Quartalszeitprofils begründet. Bei Überschreitung von Tages- und Quartalszeitprofilen sei kein Nachweis notwendig, welche einzelne abgerechnete Leistung im Einzelfall nicht ordnungsgemäß erbracht worden sei. Praxisbesonderheiten könnten nicht berücksichtigt werden. Prüfgegenstand sei allein der zeitliche Umfang der abgerechneten Leistungen. Weder die Größe der Praxis noch die Häufigkeit der Leistungen erlaubten die Überschreitung des allein patientenbezogen bestimmten Arbeitszeitvolumen von 780 Stunden bzw. 936 Stunden zuzüglich des Zuschlags für die Weiterbildungsassistentin zu überschreiten. Eine Kürzung aller darüber hinausgehenden Leistungen wäre gerechtfertigt. Unter Berücksichtigung der Weiterbildungsassistentin ergebe sich folgende Überschreitung der Quartalszeitprofile: Quartal Quartalszeitprofil in Stunden Abweichung bei 936 Stunden Abweichung nach Berücksichtigung Weiterbildungsassistentin mit Faktor 0,2 0,3 0,5 1/2016 1.437,50 501,50 376,701 2/2016 1.430,00 494,00 306,80 3/2016 1.470,16 534,16 346,96 4/2016 1.489,92 553,92 366,72 1/2017 1.583,35 647,35 366,55 2/2017 1.497,95 561,95 281,15 3/2017 1.549,43 613,43 332,63 4/2017 1.496,04 560,04 279,24 1/2018 1.469,68 533,68 377,682 1 anteilig für zwei Monate 2 anteilig für einen Monat Die Berücksichtigung der Weiterbildungsassistentin mit diesen Faktoren sei nicht zu beanstanden. Leistungen von Assistenten seien von dem Arzt zu beaufsichtigen, dem sie durch die Genehmigung zugeordnet seien. Aufgrund ihres Ausbildungsstatus habe die Assistentin die Leistungen nicht allein erbringen dürfen, sondern nur unter Aufsicht und Kontrolle. Die Berücksichtigung habe sich am Fortschritt der Weiterbildung zu orientieren. Die Weiterbildungsassistentin sei in vollem Umfang tätig gewesen und habe sich dem Ende ihrer Weiterbildungszeit genähert. Nach Absolvierung von 80 % der Weiterbildungszeit sei ein Faktor von 0,5 auf Basis der erhöhten Quartalsstundenzahl von 936 Stunden anerkannt worden, obwohl die Assistentin insbesondere Leistungen der Schmerztherapie und der Psychosomatik nicht habe erbringen dürfen. Die für die Prüfung herangezogenen EBM-Mindestzeiten seien bundesweit gültig und verbindlich und somit für die Erstellung von Zeitprofilen maßgeblich. Den Widerspruchsbescheid vom 11.10.2019 bezüglich der unter der LANR des angestellten Arztes Dr. med. S. H. 5 ... in den Quartalen 1/2016 bis 1/2018 abgerechneten Leistungen begründete die Antragsgegnerin ebenfalls unter Hinweis darauf, dass die Prüfungen nach § 106d Absatz 2 SGB V arztbezogen durchzuführen seien. Soweit der Antragsteller Fehler beim Ansatz der Besuchsleistungen nach GOP 0412 und 01415 eingeräumt und der Plausibilitätsausschuss die Honorarrückforderung darüber hinaus unter anderem mit dem fehlerhaften Ansatz der Gesprächsleistungen nach GOP 03230, 35100 und 35110 begründet habe, mache sich die Antragsgegnerin diese Begründung im Widerspruchsverfahren nicht zu eigen. Die sachlich-rechnerische Richtigstellung werde statt dessen mit der Überschreitung des auf 936 Stunden erhöhten Quartalszeitprofils durch den angestellten Arzt begründet. Eines Nachweises, welche abgerechnete Leistung im Einzelfall nicht ordnungsgemäß erbracht worden sei, bedürfe es nicht. Praxisbesonderheiten seien nicht zu berücksichtigen. Inwieweit Vorgaben zur Abrechnung beachtet wurden, sei aufgrund der festgestellten Zeitprofilüberschreitungen unbeachtlich. Die Erbringung aller Leistungen entsprechend den Vorgaben des EBM sei schon allein unter Beachtung der Zeitprofile nicht möglich. Damit sei die Abrechnung nachweislich falsch. Das bei dem angestellten Arzt ermittelte durchschnittliche Quartalszeitprofil von 1.196,82 Stunden entspreche bei einer 5-Tage-Woche einer täglichen Arbeitszeit von 18,41 Stunden. Mit der Anerkennung von 936 Stunden im Quartalszeitfonds werde ihm eine tägliche Arbeitszeit von 14,4 Stunden zugestanden. Für die Antragsgegnerin seien die EBM-Mindestzeiten als Prüfzeiten für die Erstellung von Zeitprofilen maßgeblich. Gegen die Zurückweisung des Widerspruchs bezüglich der unter der LANR des Antragstellers 3 ... in den Quartalen 1/2016 bis 1/2018 abgerechneten Leistungen richtet sich die am 29.10.2019 eingegangene Klage im Hauptsacheverfahren S 25 KA 179/19. Gegen die Zurückweisung des Widerspruchs bezüglich der unter der LANR des angestellten Arztes Dr. med. S. H. 5 ... in den Quartalen 1/2016 bis 1/2018 abgerechneten Leistungen richtet sich die am 30.10.2019 eingegangene Klage im Hauptsacheverfahren S 25 KA 194/19. Die Bevollmächtigten des Antragstellers wenden gegen die Rückforderung in beiden Fällen ein, da es auf die Rechtslage im Zeitpunkt der letzten Behördenentscheidung ankomme, seien gemäß § 106 Absatz 5 Satz 3 SGB V die Rückforderungsansprüche für die Quartale 1/2016, 2/2016 und 3/2016 ausgeschlossen. Für eine vertiefte Prüfung habe kein Anlass bestanden. Unter Beachtung des § 8 Absatz 4 der Abrechnungsprüfungsrichtlinie sei schon kein Aufgreifkriterium erfüllt. In der

Arztpraxis seien in den Jahren 2016 bis 2018 vier Ärzte und ein Weiterbildungsassistent tätig gewesen. Ein Weiterbildungsassistent sei mit dem Faktor 0,5 anzusetzen. Somit ergebe sich ein Quartalszeitfonds von 4,5 × 936 = 4.212 Stunden. Diesen Wert habe das Quartalszeitprofil nie erreicht. Auch das Tageszeitprofil habe unter Berücksichtigung der Weiterbildungsassistentin den Tageszeitfonds nie ausgeschöpft. Bei praxisbezogener Anwendung sei schon der Wert von 12 Stunden in keinem Quartal an mehr als drei Tagen überschritten. § 4 Absatz 3 Buchstabe b der Verfahrensordnung der Antragsgegnerin über den Inhalt und die Durchführung der Plausibilitätsprüfung gemäß § 106a Absatz 2 SGB V, wonach Ärzte in Weiterbildung und andere Assistenten mit dem Faktor Null zu berücksichtigen seien, sei rechtswidrig. Selbst wenn man aber zunächst eine Zeitüberschreitung annehmen wollte, sei diese unter Berücksichtigung des Weiterbildungsassistenten auf der zweiten Stufe der Plausibilitätsprüfung für plausibel zu erklären und es seien keine weiteren Feststellungen zu treffen. Das Quartalszeitprofil sei, da in Arztpraxen mit angestellten Ärzten Leistungen teilweise auch von anderen Ärzten erbracht werden dürfen, ohne dass ein Vertretungsfall vorliegt, die Obergrenzen für das Quartalszeitprofil stets mit der Anzahl der in der Arztpraxis tätigen Ärzte, für Ärzte in Teilzeit zeitanteilig, zu multiplizieren. Bei einem solchen praxisbezogenen Ansatz sei das Quartalszeitprofil nicht auffällig. Selbst wenn ein Aufgreifkriterium für die Prüfung vorläge, seien nach § 12 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe d und e der Abrechnungsprüfungs-Richtlinien die quartalsbezogenen Pauschalen und eine überdurchschnittliche Fallzahl als Plausibilisierungsgründe zu berücksichtigen. Hier sei ein Großteil der Stunden im Quartalszeitprofil bereits durch die Versichertenpauschalen und die Pauschalen als Zuschlag für die Behandlung chronischer Erkrankungen und Leistungen der Schmerztherapie in Verbindung mit der überdurchschnittlichen Zahl behandelten Patienten angefallen. Die einzelne Abrechnung sei deshalb nicht falsch. Beispielsweise könnten Pauschalen und Zuschläge mit einer Prüfzeit von zusammen 41 oder 33 Minuten bereits nach einem einzigen Arzt-Patienten-Kontakt von 10 bzw. 20 Minuten Dauer ohne Abstriche vom obligaten Leistungsinhalt rechtmäßig abgerechnet werden. Darüber hinaus seien die im EBM angegebenen Zeiten fehlerhaft ermittelt. Die IGES Institut GmbH habe in der Expertise im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes "Plausibilität der Kalkulation des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)" bereits im August 2010 festgehalten, dass die Mindestzeiten des EBM, insbesondere die Prüfzeiten für das Quartalszeitprofil, zu hoch seien. Da es um Leistungen gehe, die nicht an einem Tag erbracht werden, könne niemand genau sagen, welcher Patient wie lange im Quartal ärztliche Zeit bindet. Diese Zeiten seien daher nur grobe Annahmen. Gerade bei Patienten, die auch von anderen Ärzten mitbehandelt werden, gebe es keinen Grund, die Zeiten ausschließlich dem Arzt, der den Patienten das erste Mal im Quartal behandelt hat, zuzuordnen. Deshalb sei zwingend die Gesamtpraxis, also die Summe aller Ärzte, zu bewerten. Der Antragsteller hält seinen Antrag auf vorläufigen Rechtsschutz, nunmehr gerichtet auf die Anordnung der aufschiebenden Wirkung seiner Klagen, aufrecht und vertieft sein bisheriges Vorbringen. Der Antragsteller beantragt unter Verweis auf die bisherige Antragsbegründung sowie die Klagebegründung in den beiden Hauptsachverfahren, die aufschiebende Wirkung seiner Klage vom 29.10.2019 gegen den Bescheid des Plausibilitätsausschusses der Bezirksgeschäftsstelle Leipzig in Sachen Dr. S. H. vom 07.01.2019 in der Form des Widerspruchsbescheides vom 11.10.2019 sowie die aufschiebende Wirkung seiner Klage vom 29.10.2019 gegen den Bescheid des Plausibilitätsausschusses der Bezirksgeschäftsstelle Leipzig bezüglich Dr. med. S. vom 07.01.2019 in der Form des Widerspruchsbescheides vom 11.10.2019, anzuordnen. Die Antragsgegnerin beantragt die Ablehnung des Antrags. Die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung sei arztbezogen zu prüfen. Jedem Arzt stehe ein eigenes Zeitprofil zur Verfügung, das er mit den unter seiner LANR abgerechneten Leistungen nicht überschreiten dürfe. Gemeinsame Zeitprofile innerhalb einer Arztpraxis gebe es nicht. Die Beschäftigung einer Weiterbildungsassistentin sei bei der Erstellung der Zeitprofile berücksichtigt worden. Ein Anspruch auf Berücksichtigung mit dem Faktor 0,5 ab dem ersten Tag der Weiterbildung bestehe nicht. Auch der Versichertenpauschale und der Chronikerpauschale seien für das Quartalszeitprofil geeignete Prüfzeiten zugeordnet. Der durch das Überschreiten der Quartalszeitprofile geführte Indizienbeweis könne durch den Vortrag zu den Pauschalen im Fall des angestellten Arztes Dr. med. S. H. nicht entkräftet werden. Im Fall des Antragstellers komme es hierauf nicht an, da er auch die Tageszeitprofile an zahlreichen Tagen überschritten habe, in denen die Pauschalen nicht enthalten seien. Der durch diese Überschreitung geführte Indizienbeweis werde durch den Vortrag zu den Pauschalen nicht berührt. Wegen der weiteren Einzelheiten zum Sach- und Streitstand wird auf die Gerichtsakte und die beigezogene Verwaltungsakte der Antragsgegnerin Bezug genommen. II. Der gemäß § 86b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 in Verbindung mit § 86a Absatz 2 Nummer 4 SGG sowie § 85 Absatz 4 Satz 6 und § 87b Absatz 2 Satz 6 statthafte Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klagen des Antragstellers ist begründet. Bei der Entscheidung, ob die aufschiebende Wirkung einer Klage nach § 86b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGG anzuordnen ist, sind in einem ersten Prüfungsschritt die Erfolgsaussichten der Klage einer summarischen Prüfung zu unterziehen. Je größer die Erfolgsaussichten der Klage sind, desto geringere Anforderungen sind an das Aussetzungsinteresse zu stellen. Je geringer umgekehrt die Erfolgsaussichten der Klage zu bewerten sind, umso schwerwiegender muss das Interesse des Adressaten des Verwaltungsakts an der aufschiebenden Wirkung sein, um eine Aussetzung rechtfertigen zu können. Offensichtlich rechtmäßige Verwaltungsakte können in der Regel sofort vollzogen werden, während an der Vollziehung offensichtlich rechtswidriger Verwaltungsakte grundsätzlich kein legitimes Interesse besteht. Kann eine endgültige Prognose bezüglich der Erfolgsaussichten noch nicht gestellt werden, müssen die für und wider die sofortige Vollziehung sprechenden Interessen gegeneinander abgewogen werden. Dabei ist die Wertung des Gesetzgebers zu berücksichtigen, dass dem öffentlichen Vollziehungsinteresse nach § 87b Absatz 2 Satz 6 SGB V generell Vorrang einzuräumen ist. Auf der anderen Seite ist zu bedenken, welche nachteiligen Folgen dem Antragsteller aus der sofortigen Vollziehung des Verwaltungsakts erwachsen und ob bzw. wie diese im Falle eines etwaigen Erfolgs der Hauptsache rückgängig gemacht werden können. Nach diesen Maßstäben ist die aufschiebende Wirkung anzuordnen, weil die angefochtenen Bescheide offensichtlich rechtswidrig sind. Die angegriffenen Honorarrückforderungen beruhen auf sachlich-rechnerischen Richtigstellungen im Ergebnis einer Plausibilitätsprüfung. Die Plausibilitätsprüfung ist eine besondere Form der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung, bei der dem Arzt mittels eines Indizienbeweises – insbesondere durch Quartals- und Tageszeitprofile – eine falsche Abrechnung nachgewiesen werden kann. Für die Durchführung der Prüfungen sind diese Zeitprofile in dreifacher Hinsicht maßgebend: zunächst als Aufgreifkriterium, um bei Auffälligkeiten der Abrechnung näher in die Prüfung der sachlich-rechnerische Richtigkeit einzutreten, zweitens als Indiz für die Feststellung, ob die Leistungen, so wie sie abgerechnet worden sind, ordnungsgemäß erbracht worden sein können, und drittens auf der Rechtsfolgenseite zur Bestimmung der im Ergebnis der Richtigstellung festzusetzenden Vergütung. Rechtsgrundlage für die Rückforderung als solche ist § 50 Absatz 1 Satz 1 SGB X und für die nachträgliche Berichtigung der Honorarabrechnung durch die Antragsgegnerin § 106d Absatz 1 und 2 SGB V bzw. – bis zum 31.12.2016 – § 106a Absatz 1 und 2 SGB V, jeweils in der am 23.07.2015 in Kraft getretenen Fassung des GKV-Versor¬gungs¬stär¬kungs¬ge¬setz (GKV-VSG) vom 16.07.2015. § 106d Absatz 5 Satz 3 SGB V in der Fassung des Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vom 06.05.2019, wonach die Maßnahmen, die aus den Prüfungen unter anderem nach § 106d Absatz 2 SGB V folgen, innerhalb von zwei Jahren ab Erlass des Honorarbescheides festgesetzt werden müssen, ist erst am 11.05.2019 in Kraft getreten und deshalb für die Beurteilung der angefochtenen Bescheide noch nicht einschlägig. Die bis dahin bei sachlich-rechnerischen Richtigstellungen (vorbehaltlich der Ausnahmen nach § 45 Absatz 2 Satz 3 und Absatz 3 Satz 2 SGB V) einzuhaltende Frist von vier Jahren nach Erlass des Honorarbescheides für das jeweilige Prüfquartal (vgl. BSG, Urteil vom 12.12.2001 – B 6 KA 3/01 R –, Rn. 47; Urteil vom 24.10.2018 – B 6 KA 34/17 R –, Rn. 28) war durch die angefochtenen Bescheide vom 07.01.2019 gewahrt. Die von den Bevollmächtigten des Antragstellers zitierte prozessuale Faustregel, wonach es für die Prüfung der Rechtmäßigkeit eines angefochtenen Verwaltungsaktes auf die Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der letzten

Verwaltungsentscheidung – hier bei Erlass der Widerspruchsbescheide vom 11.10.2019 – ankommt, steht dem nicht entgegen. Denn maßgeblich dafür, auf welche Sachverhalte die Tatbestände und Rechtsfolgen einer gesetzlichen Neuregelung anzuwenden sind, ist vorrangig das materielle Recht. Danach erfasst die Abkürzung von Verjährungs- und Ausschlussfristen aber nicht Sachverhalte, in denen eine Rechtshandlung bereits vor dem Inkrafttreten der Neuregelung zur Wahrung der Ausschlussfrist geführt bzw. die Verjährung unterbrochen hat. Denn die bereits eingetretenen Rechtsfolgen der Fristwahrung bzw. Verjährungsunterbrechung werden durch die spätere Abkürzung der Frist, innerhalb der solche Rechtshandlungen künftig vorzunehmen sind, um wirksam zu sein, nicht wieder beseitigt. Abgekürzt werden können nur im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Neuregelung noch offene Fristen. Die entscheidende Rechtshandlung für die Wahrung der Vier-Jahres-Frist nach alter Rechtslage ist der Erlass der Richtigstellungsbescheide (so auch BSG, Urteil vom 15.05.2019 – B 6 KA 63/17 R –, Rn. 34, wo auf die Bekanntgabe des Richtigstellungsbescheids für die Wahrung der Ausschlussfrist abgestellt wird). Für den Fall gerichtlicher Aufhebung des Prüf- bzw. Richtigstellungsbescheides und der Verpflichtung zur Neubescheidung wirkt die Fristwahrung im bisherigen Verfahren für das neue Verfahren weiter (BSG, Urteil vom 06.09.2006 – B 6 KA 40/05 R – Rn. 12; Urteil vom 02.11.2005 – B 6 KA 63/04 R –, Rn. 62). Deshalb kommt es auf den Zeitpunkt, in dem die Antragsgegnerin über die hiergegen gerichteten Widersprüche entschieden hat, nicht an. Der spätere Austausch der Begründung für die Honorarberichtigung durch die Landesgeschäftsstelle ändert daran nichts; maßgeblich ist allein die fristwahrende Bekanntgabe des Verfügungssatzes mit der Honorarkorrektur. Nach § 106a Absatz 2 Satz 1 SGB V (bis 31.12.2016) bzw. § 106d Absatz 2 Satz 1 SGB V (ab 01.01.2017) stellt die Kassenärztliche Vereinigung 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. Gegenstand der arztbezogenen Plausibilitätsprüfung ist nach § 106a Absatz 2 SGB V (bis 31.12.2016) bzw. § 106d Absatz 2 SGB V (ab 01.01.2017) insbesondere der Umfang der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand des Arztes; Vertragsärzte und angestellte Ärzte sind entsprechend des jeweiligen Versorgungsauftrages gleich zu behandeln (Satz 2). Bei der Prüfung ist ein Zeitrahmen für das pro Tag höchstens abrechenbare Leistungsvolumen zu Grunde zu legen; zusätzlich können Zeitrahmen für die in längeren Zeitperioden höchstens abrechenbaren Leistungsvolumina zu Grunde gelegt werden (Satz 3). Soweit nach § 87 Absatz 2 Satz 1 2. Halbsatz SGB V im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM) Angaben zum Zeitaufwand bestimmt sind, sind diese nach Satz 4 der Regelung bei den Prüfungen zu Grunde zu legen. Der zweite Halbsatz des Satzes 2, wonach Vertragsärzte und angestellte Ärzte entsprechend des jeweiligen Versorgungsauftrages gleich zu behandeln sind, wurde durch Artikel 1 Nummer 46 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb und Artikel 20 Absatz 1 des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) vom 16.07.2015 (BGBl. I S. 1211) erst mit Wirkung ab dem 23.07.2015 in das Gesetz aufgenommen. Jedoch ordnet der durch Artikel 1 Nummer 46 Buchstabe a Doppelbuchstabe dd GKV-WSG dem § 106a Absatz 2 SGB V zugleich angefügte Satz 6 an, dass der so geänderte Satz 2 auch für Verfahren gilt, die am 31.12.2014 noch nicht rechtskräftig abgeschlossen waren. Flankierend hierzu beauftragt § 106a Absatz 6 SGB V (bis 31.12.2016) bzw. § 106d Absatz 6 SGB V (ab 01.01.2017) die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung u.a. der Plausibilitätsprüfungen zu vereinbaren, die insbesondere Vorgaben zu den Kriterien nach Absatz 2 Satz 2 und 3 enthalten. Von diesem Regelungsauftrag haben die Vertragspartner auf der Bundesebene mit den zuletzt zum 01.07.2008 geänderten Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen nach § 106a Absatz 2 SGB V (DÄBl. 105 [2008] Heft 37 S. A&8239;1925 ff.) und den am 01.04.2018 an deren Stelle getretenen Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen gemäß § 106d Absatz 6 SGB V (Abrechnungsprüfungs-Richtlinien) vom 07.03.2018 (DÄBl. 115&8239;[2018] Heft 13 S. A&8239;600 ff.) Gebrauch gemacht. Nach § 22 Absatz 3 der Abrechnungsprüfungs-Richtlinien soll allerdings die Regelung des neuen § 8 – Überprüfung des Umfangs der abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den Zeitaufwand – auch auf solche Verfahren anzuwenden sein, die am 31.12.2014 noch nicht rechtskräftig abgeschlossen waren; die §§ 8 und 8a der Richtlinien nach § 106a SGB V in der ab 01.07.2008 geltenden Fassung finden auf diese Verfahren keine Anwendung. Im Einklang mit der Übergangsregelung in § 22 Absatz 3 der Abrechnungsprüfungs-Richtlinien hat die Antragsgegnerin hier für den gesamten Prüfzeitraum vom 01.01.2016 bis zum 31.03.2018 auf Grundlage von § 8 Absatz 2 und 4 der Abrechnungsprüfungs-Richtlinien vom 07.03.2018 sowohl in Bezug auf den Antragsteller als auch den angestellten Arzt Dr. med. S. H. arztindividuelle Tages- und Quartalszeitprofile erstellt und den gleichermaßen individuellen Tages- und Quartalszeitfonds von je 12 bzw. 936 Stunden gegenübergestellt. Denn nach § 8 Absatz 2 der Abrechnungsprüfungs-Richtlinien vom 07.03.2018 ist unabhängig vom Tätigkeitsort für alle unter der LANR angeforderten Leistungen bei – unter anderem – Vertragsärzten und angestellten Ärzten gleichrangig ein Tageszeitprofil und ein Quartalszeitprofil zu ermitteln. Nach § 8 Absatz 4 der Abrechnungsprüfungs-Richtlinien vom 07.03.2018 macht die weitere Überprüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit nach § 12 der Richtlinie von der Überschreitung bestimmter Auffälligkeitsgrenzen für das Tageszeitprofil (bei Vollzeittätigkeit mindestens drei Tage im Quartal mehr als zwölf Stunden) und für das Quartalszeitprofil (bei Vollzeit mehr als 780 Stunden, im Bereich der Antragsgegnerin gemäß Vorstandsbeschluss abweichend hiervon 936 Stunden) vom Umfang des Versorgungsauftrags der Vertrags- und der angestellten Ärzte abhängig. Nur optional stellt § 8 Absatz 6 der Richtlinie es in das Ermessen der Kassenärztlichen Vereinigungen, abweichend hiervon für Berufsausübungsgemeinschaften und Arztpraxen mit angestellten Ärzten/Therapeuten und medizinische Versorgungszentren die Obergrenze für das Tageszeit- bzw. Quartalszeitprofil nach Absatz 4 mit der Anzahl der in der Arztpraxis tätigen Ärzte bzw. Therapeuten im Umfang ihrer Tätigkeit unabhängig vom Status zu multiplizieren, also praxisbezogene Tages- und Quartalszeitprofile ebenso praxisbezogenen Zeitfonds gegenüber zu stellen. Die Antragsgegnerin hat mit dem Erlasse separater Bescheide, die zum einen die Prüfung der Tätigkeit des Antragstellers und zum anderen der Tätigkeit des angestellten Arztes Dr. med. S. H. zum Gegenstand haben, den primär vorgeschriebenen individuellen Prüfansatz verfolgt. Sie hat die für die Prüfung und Honorarkorrektur maßgeblichen Zeitprofile und fonds für den Antragsteller und den angestellten Arzt Dr. med. S. H. zutreffend gesondert gebildet. Der Antragsteller kann nicht verlangen, dass für die Prüfquartale jeweils ein praxisbezogenes Zeitprofil einem ebenfalls praxisbezogenen Zeitfonds – das den Antragsteller und alle angestellten Ärzte einschließt – gegenüber gestellt wird. Die Bevollmächtigten des Antragstellers stützen diese Forderung auf § 8 Absatz 3 der Richtlinien nach § 106a Absatz 2 SGB V in der Fassung vom 01.07.2008, der, da im Prüfzeitraum noch geltendes Recht, hier weiter anzuwenden sei. Nach dieser speziellen Regelung für die Beschäftigung angestellter Ärzte bei Tätigkeit (unter anderem) "in unterschiedlichem Status" gilt für die Prüfung der Arztpraxen mit angestelltem Arzt oder angestellten Ärzten § 8 Absatz 3 der Richtlinie (arztbezogene Auffälligkeitsgrenzen) mit der Maßgabe, dass bei angestellten Ärzten die dort genannten Obergrenzen mit einem Faktor multipliziert werden, der aus der Zahl der angestellten Ärzte unter Berücksichtigung ihrer Arbeitszeit gebildet wird. Es kann offen bleiben, ob die Richtlinien nach § 106a Absatz 2 SGB V in der Fassung vom 01.07.2008 überhaupt die Bildung von praxisbezogener Zeitfonds und profile vorgesehen haben, die den Zeitaufwand aller Praxisinhaber und angestellten Ärzte zusammenfassen und so individuellen Mehr- oder Minderaufwand wechselseitig saldieren. Der Wortlaut des § 8 Absatz 3 der Richtlinien nach § 106a Absatz 2 SGB V in der ab dem 01.07.2008 geltenden Fassung "bei angestellten Ärzten" würde eine solche Zusammenfassung allenfalls für die angestellten Ärzte, nicht aber für die Praxisinhaber, nahelegen; andererseits wäre die Einbeziehung auch von Praxen "mit angestelltem Arzt" (Einzahl) in die Sonderregelung sinnlos, wenn das Zeitprofil des Inhabers, und damit automatisch auch das des einzigen angestellten Arztes, separat zu bilden wäre. Darauf kommt es jedoch letztlich nicht an. Zu Recht hat die Antragsgegnerin schon vor der rückwirkenden Erstreckung des § 8 der Abrechnungsprüfungs-Richtlinien vom 07.03.2018 die Vorgabe zur Bildung arztübergreifender Zeitfonds nicht

umgesetzt. Bereits mit § 4 Absatz 3 Buchstabe a der Verfahrensordnung über den Inhalt und Durchführung der Plausibilitätsprüfung gemäß § 106a Absatz 2 SGB V (Verfahrensordnung) in der ab dem 01.07.2014 geltenden Fassung löste die Antragsgegnerin die seit dem 01.07.2011 geltende – und § 8 Absatz 3 der Richtlinien nach § 106a Absatz 2 SGB V in der ab dem 01.07.2008 geltenden Fassung entsprechende – Fassung vom 11.05.2011 ab. Nach der neuen Fassung erfolgt die Prüfung grundsätzlich arztbezogen und gemäß dem Umfang der Tätigkeit. Eine wechselseitige Saldierung der Zeitprofile ist damit ausgeschlossen. Zwar ist die Antragsgegnerin nicht befugt, in ihrer Verfahrensordnung von den Abrechnungsprüfungs-Richtlinien abweichende Regelungen zu treffen, da § 106d Absatz 6 Satz 1 2. Halbsatz SGB V den Richtlinien Verbindlichkeit für Ausgestaltung des Prüfungsverfahrens verleiht. Im Gegensatz zu § 8 Absatz 3 der Richtlinien nach § 106a Absatz 2 SGB V in der ab dem 01.07.2008 geltenden Fassung steht der Ausschluss praxisbezogener Zeitfonds- und profile durch die Antragsgegnerin jedoch im Einklang mit der gesetzlichen Vorgabe aus § 106d Absatz 2 Satz 1 2. Halbsatz und Satz 2 SGB V (bis 31.12.2016: § 106a Absatz 2 Satz 1 2. Halbsatz und Satz 2 SGB V), wonach die Prüfung auf Plausibilität "arztbezogen" erfolgt. Dieser gesetzliche Begriff grenzt sich klar gegenüber einem praxisbezogenen Ansatz ab, wie er beispielsweise der Differenzierung zwischen arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina in § 87b Absatz 2 Satz1 und 2 in der bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung und § 87b Absatz 1 Satz 4 in der seit dem 01.01.2012 geltenden Fassung zu Grunde liegt. Die Bildung praxisbezogener Zeitfonds und profile mag zunächst dem praktischen Problem Rechnung getragen haben, dass sich in Ermangelung einer eigenen Abrechnungsnummer die von angestellten Ärzten erbrachten Leistungen nicht personenbezogen zuordnen ließen. Spätestens seit der personenbezogenen Kennzeichnung der erbrachten Leistungen an Hand der bereits seit dem 01.07.2008 auch angestellten Ärzten zugewiesenen LANR ist die Rechtfertigung für die Abweichung der Abrechnungsprüfungsrichtlinie von den gesetzlichen Vorgaben entfallen und sind die entgegen stehenden Regelungen mit höherrangigem Recht unvereinbar. Die über die Umsetzung von Artikel 1 Nummer 46 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb GKV-VSG hinausgehende, jedoch durch § 22 Absatz3 der Abrechnungsprüfungs-Richtlinien vom 07.03.2018 ebenfalls in den zeitlichen Anwendungsbereich nach § 106a Absatz 2 Satz 6 SGB V einbezogene Neuregelung in § 8 der Abrechnungsprüfungs-Richtlinie vollzieht damit in Bezug auf die bei Verabschiedung des Gesetzentwurfs durch die Bundesregierung (Kabinettsbefassung am 17.12.2014, Zuleitung nach Artikel 76 Absatz 2 Satz1 GG mit BR-Drucksache 641/14 vom 29.12.2014) noch laufenden und alle künftigen Prüfverfahren – auch in Bezug auf an diesem Tag bereits verstrichene Prüfzeiträume – den gesetzgeberischen Auftrag aus § 106d Absatz 2 Satz 1 2. Halbsatz und Satz 2 SGB V (bis 31.12.2016: § 106a Absatz 2 Satz 1 2. Halbsatz und Satz 2 SGB V) nach. In der Anwendung des neuen § 8 der Abrechnungsprüfungs-Richtlinien auf bei Inkrafttreten bereits abgelaufene Prüfzeiträume liegt hinsichtlich der Ersetzung eines arztübergreifenden durch einen arztbezogenen Prüfansatz auch keine unzulässige Rückwirkung zu Lasten der betroffenen Vertragsärzte. Die Rechtsprechung des BSG folgert aus dem Grundsatz des intertemporalen Rechts, wonach bei Fehlen einer anderslautenden Regelung ein Rechtssatz grundsätzlich (nur) auf solche Sachverhalte anwendbar ist, die nach seinem Inkrafttreten verwirklicht werden, dass die materiell-rechtlichen Vorgaben für die Abrechnungsprüfung, insbesondere nach welchen Grundsätzen diese Prüfung stattfindet und was ihr Gegenstand ist, sich nach den Vorschriften richten, die im jeweils geprüften Zeitraum gegolten haben (BSG, Urteil vom 09.04.2008 – B 6 KA 34/07 R –, Rn. 16), während die Vorschriften über das Prüfungsverfahren, beispielsweise die Besetzung der Prüfstelle, für alle Entscheidungen ab ihrem Inkrafttreten gelten, unabhängig davon, ob der zu beurteilende Sachverhalt in die Zeit vor oder nach dem Inkrafttreten der Neuregelung fällt (BSG, Urteil vom 28.04.2004 – B 6 KA 8/03 R –, Rn. 20). Nach dieser Differenzierung stellt die Änderung der Ermittlungsbasis für die Feststellung einer Zeitüberschreitung eine materiell-rechtliche Änderung dar, die nicht rückwirkend angewandt werden dürfte, wenn nichts Gegenteiliges geregelt ist. Hier liegt mit Artikel 22 Absatz 3 der Abrechnungsprüfungs-Richtlinien eine solche gegenteilige Regelung vor. Die Rückwirkung ist auf deren Grundlage auch gerechtfertigt, weil damit die Konformität mit den gesetzlichen Vorgaben wieder hergestellt wurde. Zudem ist der geänderte Ansatz nicht mit einem rückwirkenden Eingriff in geschützte Rechte der betroffenen Ärzte verbunden, weil allein die nachträgliche Legalisierung eines Berechnungsinstruments, um unrichtige Abrechnungen aufzudecken, nichts an der Verpflichtung der Ärzte zur sachlich-richtigen Abrechnung ändert. Der Übergang zur bereits gesetzlich vorgeschrieben arztbezogenen Bildung der Zeitfonds- und -profile ist insoweit der nachträglichen Anerkennung von Messverfahren vergleichbar, die zur nachträglichen Auswertung bereits erhobener Daten für die Detektierung von Überschreitungen bereits verbindlich geltender Grenzwerte eingesetzt werden. Die Pflicht zur Einhaltung der gesetzlichen Grenzen wird dadurch weder in Kraft gesetzt noch werden die Grenzwerte verändert, es werden lediglich Mittel zugelassen, mit denen sich die Einhaltung dieser bereits bestehenden Verpflichtung überprüfen lässt. Hierin liegt für den Verpflichteten keine über das gesetzliche Ge- oder Verbot hinausgehende materielle Beschwer. Aus dem gleichen Grund greift gegenüber der Durchführung der Plausibilitätsprüfung auch nicht die Rüge durch, die in das Quartalszeitprofil eingeflossenen Prüfzeiten des EBM seien rechtswidrig gebildet, so dass ihre Überschreitung des Quartalszeitfonds durch die Summe dieser Prüfzeiten auch keine Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit habe veranlassen dürfen. Denn in ihrer Funktion als Hilfsmittel zur Bestimmung von Auffälligkeiten, die eine Überprüfung der sachlichen und rechnerischen Richtigkeit der abgerechneten Leistungen erst auslösen, ohne deren Ergebnis vorweg zu nehmen, wohnt ihnen auf dieser Stufe der Plausibilitätsprüfung kein Eingriffspotential inne, das einer materiellen Legitimation nach den Maßstäben der Geeignetheit, Erforderlichkeit und Angemessenheit bedürfte. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind vielmehr frei, sich im Rahmen der Vorgaben nach § 106d Absatz 6 SGB V dieser oder anderer Kriterien zu bedienen, um einen auffälligen Umfang des Zeitumfanges der abgerechneten Leistungen zu bestimmen, ohne dass dadurch unmittelbar in subjektive Rechte der von den Prüfungen betroffenen Vertragsärzte eingegriffen würde. Dem individuell arztbezogenen Prüfansatz steht auch nicht der Einwand der Bevollmächtigten des Antragstellers entgegen, in Arztpraxen und MVZ mit angestellten Ärzten sei eine praxisbezogene Erfassung jedenfalls der Quartalszeitprofile schon deshalb geboten, weil trotz abrechnungstechnischer Zuordnung eines Gebührenansatzes zu einem Arzt Teile des in der Prüfzeit abgebildeten Leistungsinhalts zulässig auch durch andere Ärzte erbracht werden dürfen, ohne dass es sich um eine Vertretung handeln würde. Der Wert der arztbezogenen Zeitprofile als Aufgreifkriterium, das eine ergebnisoffene Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit erst auslöst, wird dadurch nicht in Frage gestellt. Soweit der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung es erlaubt, dass mehrere Ärzte an der Erbringung einer nur in der Person eines Arztes abrechenbaren Leistung kollegial mitwirken, ist vielmehr auf der zweiten Stufe der Plausibilitätsprüfung festzustellen, ob sich auffällig hohe Ansätze von Abrechnungspositionen unter der LANR eines Arztes durch die behauptete Arbeitsteilung erklären lassen. Da eine solche Plausibilisierung nicht von vorn herein ausgeschlossen erscheint, gibt es auch keinen Hinderungsgrund, zunächst die Zeitprofile der gesetzgeberischen Vorgabe entsprechend arztbezogen zu erfassen und mit ebenfalls individuellen Zeitfonds abzugleichen. Anderenfalls blieben Abrechnungsverstöße unentdeckt, wenn rechtswidrige Mehrabrechnungen eines Arztes durch unterdurchschnittliche Abrechnungszahlen anderer Ärzte der Praxis rechnerisch kompensiert werden, obwohl das einseitig hohe Abrechnungsvolumen nicht durch die praxisinterne Arbeitsteilung begründet ist. Dass die Antragsgegnerin in ständiger Verwaltungspraxis ihren Prüfungen wegen des geringeren Anteils von Privatpatienten einen gegenüber den Abrechnungsprüfungs-Richtlinien um 20 % erhöhten Quartalszeitfonds von 936 Stunden zu Grunde legt, geht nicht zu Lasten des Antragstellers und kann eine Rechtsverletzung nicht begründen. Desgleichen durfte die Antragsgegnerin bei der Festlegung der Aufgreifkriterien für eine nähere Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit den Zeitbedarf für die von Assistenzärzten ohne eigene LANR erbrachten Leistungen oder -leistungsanteile unberücksichtigt lassen. Es ist nicht zu beanstanden, wenn sie den von der Weiterbildungsassistentin getragenen Leistungsanteil, erst auf

der zweiten Stufe der Plausibilitätsprüfung – nämlich der Frage, ob die Überschreitung des bereits erhöhten Zeitfonds mit dem konkreten Zeitprofil die Unrichtigkeit der Abrechnung indiziert – an Hand eines nach dem zeitlichen Stand der Ausbildung abgestaffelten Zuschlagfaktors (0,2 bis 0,5) berücksichtigt. Der Antragsteller hat mit Rücksicht darauf, dass die Anleitung und Kontrolle der Assistentin zunächst mehr Arbeitszeit des ausbildenden Arztes binden und erst im weiteren Verlaufe der Weiterbildung zunehmend eigenständig Leistungen erbracht werden, die in das Zeitprofil des anleitenden Arztes einfließen, keinen Anspruch darauf, dass die Antragsgegnerin unabhängig vom Stand der Facharztweiterbildung stets den in einigen anderen KV-Bereichen einheitlich angewandten Zuschlagsfaktor 0,5 heranzieht. Die in den beiden Hauptsacheverfahren angefochtenen Prüfbescheide sind nach summarischer Prüfung der Sach- und Rechtslage gleichwohl rechtswidrig und deshalb vorläufig nicht zu vollziehen. Das Gericht wird im Ergebnis der Hauptsacheverfahren voraussichtlich die angefochtenen Bescheide aufheben oder wenigstens die Widerspruchsbescheide der Antragsgegnerin vom 11.10.2019 gemäß § 131 Absatz 5 Satz 1 SGG – auf Antrag ggf. gegen Sicherheitsleistung (§ 131 Absatz 5 Satz 3 SGG) – aufheben und die Sache zur weiteren Ermittlung in das Verwaltungsverfahren zurückverweisen. Denn die Tatsachen, welche die Antragsgegnerin in den Widerspruchsbescheiden ihrer Entscheidung zu Grunde gelegt hat, reichen nicht aus, um die Feststellung der sachlich-rechnerischen Unrichtigkeit der Abrechnung im Umfang der Honorarrückforderung zu tragen. Beide Widerspruchsbescheide begründen die Honorarkorrektur, unter Aufgabe der weitergehenden Begründung aus den Ausgangsbescheiden, allein noch mit der Überschreitung des bereits auf jeweils 936 Stunden angehobenen – und im Falle des Antragstellers um einen weiteren Zuschlag für die Weiterbildungsassistentin erhöhten – Quartalszeitfonds durch die Quartalszeitprofile des Antragstellers und des angestellten Arztes Dr. med. S. H ... Eines Nachweises konkreter Falschabrechnungen im Einzelfall bedürfe es nicht. Dies reicht hier nicht aus. Durch die Rechtsprechung ist anerkannt, dass auf der zweiten Stufe der Plausibilitätsprüfung – der Feststellung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der ärztlichen Abrechnung – der Nachweis einer unrichtigen Abrechnung auf der Grundlage von sowohl Tages- als auch von Quartalszeitprofilen geführt werden kann. Beide Arten von Zeitprofilen können alternativ als Indizienbeweis für eine nicht ordnungsgemäße Abrechnung herangezogen werden. Auch bei einer Überprüfung ausschließlich der Quartalszeitprofile ist selbst bei unauffälligen Tageszeitprofilen zu prüfen, ob sich die auffällige Überschreitung des Zeitfonds zu Gunsten des Arztes erklären lässt. Diese Prüfung dient dann nicht mehr nur der Ermittlung von Auffälligkeiten, sondern der Feststellung, ob die an Hand der Zeitprofile zu Tage getretenen Abrechnungsauffälligkeiten auf einer nicht ordnungsgemäßen Abrechnung beruhen (BSG, Beschluss vom 17.08.2011 – B 6 KA 27/11 B –, Rn. 6). Das Gericht lässt im Rahmen des Antrags auf vorläufigen Rechtsschutz offen, ob die Antragsgegnerin sich auch bei der Ermittlung der Zeitprofile als Grundlage für die Feststellung der sachlich-rechnerischen Unrichtigkeit auf der zweiten Stufe der Plausibilitätsprüfung zulässig auf die im Anhang 3 zum EBM festgelegten Prüfzeiten für nicht zeitgebundene Abrechnungspositionen, insbesondere für die hausärztlichen Versichertenpauschalen (Nr. 03003 bis 03005) und die Zuschläge für die Behandlung chronisch Kranker (sog. Chronikerpauschale, Nr. 03220 EBM) stützen durfte. Die Rechtsprechung des BSG hatte die Rechtmäßigkeit dieser Prüfzeiten bislang noch nicht im Einzelnen zu beurteilen, Gegenstand der höchstrichterlichen Entscheidungen waren zumeist Gebührenordnungspositionen, in denen ein bestimmter zeitlicher Mindestumfang Gegenstand der Leistungsbeschreibung ist (vgl. zuletzt BSG, Urteil vom 24.10.2018 – B 6 KA 44/17 R –; Urteil vom 24.10.2018 – B 6 KA 42/17 R –). Allgemein fordert das BSG für die Anerkennung indizwirksamer Zeitprofile, dass die den einzelnen ärztlichen Leistungen zu Grunde zu legenden Durchschnittszeiten so bemessen sein müssen, dass ein erfahrener, geübter und zügig arbeitender Arzt die Leistungen im Durchschnitt in kürzerer Zeit schlechterdings nicht ordnungsgemäß und vollständig erbringen kann. Der Qualifizierung als Durchschnittszeit entspricht es, dass es sich hierbei nicht um die Festlegung absoluter Mindestzeiten handelt, sondern um eine Zeitvorgabe, die im Einzelfall durchaus unterschritten werden kann. Die Durchschnittszeit stellt sich aber bei einer ordnungsgemäßen und vollständigen Leistungserbringung als der statistische Mittelwert dar (BSG, Urteil vom 24.11.1993 – 6 RKa 70/91 –, Rn. 26). Vor dem Hintergrund, dass es sich um Mindestdurchschnittszeiten handelt, ist der Vortrag des Antragstellers, dass es möglich sei, den obligaten Leistungsinhalt in deutlich kürzerer Zeit als der Prüfzeit zu erbringen, allein nicht geeignet, die Rechtmäßigkeit der Prüfzeiten für die Versicherten- und Chronikerpauschalen in Zweifel zu ziehen, zumal namentlich der Zuschlag für die Behandlung von Chronikern gerade dem statistischen Mehraufwand für die Betreuung dieses Patientenkreises Rechnung tragen sollte. Im Gegensatz zu den komplexen Abrechnungsvoraussetzungen ist die dieser Abrechnungsposition beigemessene kalkulatorische Arbeitszeit des Arztes, soweit ersichtlich, bislang von Seiten der abrechnungsberechtigten Ärzte nicht ernstlich in Frage gestellt worden. Andererseits ist der notwendige Mindestzeitaufwand für die Erbringung des obligaten Leistungsinhalts (im Wesentlichen der Arzt-Patienten-Kontakt) so gering und lässt der breite fakultative Leistungsinhalt der Versichertenpauschalen eine so unterschiedliche Leistungsausgestaltung unter ein und derselben Gebührenordnungsposition zu, dass sich durchaus die Frage stellt, ob die Prüfzeit tatsächlich den durchschnittlichen Mindestaufwand widerspiegelt, der unabhängig vom individuellen Leistungsprofil und der jeweiligen Patientenklientel in allen Arztpraxen, welche die Gebührenordnungsposition abrechnen können, als notwendig unterstellt werden kann. Bei nicht zeitgebundenen Leistungen ohne einen spezifischen obligaten Leistungsinhalt ist dies im Wesentlichen eine empirische Frage. Denn es gibt in Bezug auf diese Abrechnungspositionen keine Untergrenze, unterhalb derer die Leistung nicht vollständig oder nicht ordnungsgemäß erbracht sein kann und die Abrechnung dieser speziellen Gebührenposition deshalb unrichtig wäre. Soweit sich unter Mitberücksichtigung solcher Leistungen eine Überschreitung des Zeitfonds ergibt, kann der Vorwurf der Falschabrechnung sich nur darauf stützen, dass entweder Leistungen der betreffenden Art angesetzt wurden, tatsächlich jedoch gar nicht, jedenfalls nicht durch den angegebenen Arzt, erbracht worden sind oder andere (zeitgebundene oder prozedural zeitaufwändige) Leistungen unrichtig bzw. unvollständig erbracht wurden. Die Belastbarkeit der Prüfzeiten für Versichertenpauschale und den Chronikerzuschlag als Grundlage für die Feststellung der Quartalszeitprofile und der daraus abgeleiteten Unrichtigkeitsvermutung ist hier rechtserheblich. Denn nach den Feststellungen der Antragsgegnerin werden die Quartalszeitfonds des Antragstellers und des angestellten Arztes Dr. med. S. H. insbesondere durch die hohe Zahl der versorgten Patienten und die für diese angesetzten Pauschalen "belastet". Erst die Kumulation aus diesen Ansätzen mit anderen, zeitgebundenen oder notwendig zeitaufwändigen Leistungen führt zur Überschreitung der Quartalszeitfonds. Der Nachweis der Unrichtigkeit kann im Wege des Indizienbeweises aus der Höhe der Quartalszeitprofile nicht schon allein unter Beachtung der zuletzt genannten Leistungen geführt werden. Das BSG stellt hohe Anforderungen an die Repräsentativität statistischer Durchschnittswerte als Basis für die Feststellung des Umfangs unrichtig abgerechneter Leistungen (vgl. zur eingeschränkten Einzelfallprüfung mit Hochrechnung: BSG, Urteil vom 08.04.1992 – 6 RKa 27/90 –, Rn. 40), wobei es bei der Festlegung von Prüfzeiten nicht nur um das Abrechnungsverhalten einer Praxis geht, sondern um einen Wert, der ungeachtet unterschiedlicher Ausgangsbedingungen und zulässiger Arbeitsweisen von keiner Praxis im Schnitt eines Tages oder Quartals unterschritten wird. Auf jeden Fall müssen die Festlegungen des Bewertungsausschusses und der Vertragspartner auf Bundesebene den Anforderungen genügen, die auch für die gerichtliche Überprüfung von Vergütungstatbeständen gelten. Die richterliche Kontrolle beschränkt sich, wie für jede Normsetzung kennzeichnend, darauf, ob die äußersten rechtlichen Grenzen der Rechtssetzungsbefugnis überschritten sind. Dies ist erst dann der Fall, wenn die getroffene Regelung in einem "groben Missverhältnis" zu dem mit ihr verfolgten legitimen Zweck steht, das heißt in Anbetracht des Zwecks der Ermächtigung schlechterdings unvertretbar oder unverhältnismäßig ist. Die gerichtliche Kontrolle ist somit im Wesentlichen auf die Prüfung beschränkt, ob sich die untergesetzliche Norm auf eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage stützen kann und ob die Grenzen des Gestaltungsspielraums eingehalten sind. Der dem

Normgeber eröffnete Gestaltungsspielraum ist überschritten, wenn sich zweifelsfrei feststellen lässt, dass die Entscheidungen von sachfremden Erwägungen getragen sind – etwa weil eine Gruppe von Leistungserbringern bewusst benachteiligt wird – oder dass es im Lichte von Artikel 3 Absatz 1 GG keinerlei vernünftige Gründe für die Gleichbehandlung von wesentlich Ungleichem bzw. für die ungleiche Behandlung von im Wesentlichen gleich gelagerten Sachverhalten gibt. Dabei kommt es nicht auf den Nachweise einer – faktisch ohnehin kaum feststellbaren – Missbrauchs- oder Diskriminierungsabsicht an. Die Anforderungen an rechtsstaatliches Handeln müssen sich an Hand objektiv überprüfbarer Kriterien beurteilen lassen. Dabei darf die gerichtliche Kontrolldichte speziell der Entscheidungen des Bewertungsausschusses nicht überspannt werden. Denn der an den Bewertungsausschuss gerichtete gesetzliche Gestaltungsauftrag zur Konkretisierung der Grundlagen der vertragsärztlichen Honorarverteilung umfasst auch den Auftrag zu einer sinnvollen Steuerung des Leistungsgeschehens in der vertragsärztlichen Versorgung. Hierzu bedarf es komplexer Kalkulationen, Bewertungen, Einschätzungen und Prognosen, die nicht jeden Einzelfall abbilden können, sondern notwendigerweise auf generalisierende, typisierende und pauschalierende Regelungen angewiesen sind. Die gerichtliche Überprüfung eines komplexen und auch der Steuerung dienenden Regelungsgefüges darf sich deshalb nicht isoliert auf die Bewertung eines seiner Elemente beschränken, sondern muss stets auch das Gesamtergebnis der Regelung mit in den Blick nehmen. Die Richtigkeit jedes einzelnen Elements in einem mathematischen, statistischen oder betriebswirtschaftlichen Sinne ist deshalb nicht Voraussetzung für die Rechtmäßigkeit der gesamten Regelung. Dies gilt auch für die Festlegung von Zeitgrenzen, an denen sich die Rechtmäßigkeit der Leistungserbringung im Rahmen eines Indizienbeweises messen lassen soll. Es reicht zwar aus, wenn diese den durchschnittlichen Mindestaufwand bei mehrfacher Erbringung derselben Leistung im Verlaufe des jeweiligen Referenzzeitraums abbilden, wobei Über- und Unterschreitungen einander in der Summe ausgleichen. Zudem fließen verschiedene Leistungen nebeneinander in die Zeitprofile ein, so dass ein Mischwert gebildet wird, der nur in der Summe Auswirkungen auf das Prüfergebnis hat. Andererseits ist wegen der Schwere des Vorwurfs der Falschabrechnung, wegen der einschneidenden wirtschaftlichen Folgen einer möglichen Honorarrückforderung sowie mit Rücksicht auf die mengenbegrenzenden Effekte der Kontrolle des Zeitaufwandes, die auch Anreize zur Leistungsvermeidung trotz bestehenden Bedarfs setzen, stets darauf zu achten, dass die Prüfzeiten hinreichend verlässlich sind, um über die Funktion als bloßes Aufgreifkriterium hinaus auch eine Unrichtigkeit der Abrechnung mit Sicherheit anzeigen zu können. Zudem lässt die Allgemeingültigkeit der Prüfzeiten eine Korrektur im Einzelfall wegen Praxisbesonderheiten nicht zu. Ob dem hier genügt ist, kann nach derzeitigem Stand nicht abschließend beurteilt werden. Das von den Bevollmächtigten des Antragstellers vorgelegte Gutachten des IGES-Instituts zur Plausibilität der Kalkulation des EBM stellt insoweit keine ausreichende Erkenntnisquelle dar (vgl. zur Fehlerhaftigkeit der dem Gutachten zu Grunde liegenden rechtlichen Annahme bezüglich der gebotenen Datenbasis: LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 02.01.2018 – L 1 KA 39/17 B ER, Rn. 68). Hierzu bedürfte es deshalb zusätzlicher Feststellungen, die dem Hauptsacheverfahren vorbehalten bleiben müssen. Unter diesem Aspekt muss die Sach- und Rechtslage insoweit als derzeit offen eingeschätzt werden, was nach dem Grundsatz des § 86b Absatz 2 Nummer 4 SGG für eine Anordnung der aufschiebenden Wirkung noch nicht ausreicht. Schon jetzt steht indessen fest, dass die Antragsgegnerin sich näher mit dem Einwand des Antragstellers auseinanderzusetzen hat, die Überschreitung des Quartalszeitfonds beruhe unter anderem darauf, dass Leistungen, deren Zeitprofil einen über den ersten Arzt-Patienten-Kontakt hinausgehenden (fakultativen) Leistungsinhalt abbildet, regelhaft dem Antragsteller oder dem angestellten Arzt Dr. med. S. H. als erstkontaktierendem Arzt zugeordnet wurden, aber teilweise auch durch andere angestellte Ärzte erbracht wurden, so dass erstere im Durchschnitt deutlich mehr Leistungen unter ihrer LANR ansetzen konnten, als ihrem Zeitfonds entspricht, während das Zeitprofil der den geprüften Ärzten zuarbeitenden angestellten Ärzte deren Zeitfonds nicht ausschöpft. Dieser Einwand ist unter Beachtung der Grenzen zulässiger Delegation ärztlicher (Teil)Leistungen auf andere Ärzte grundsätzlich beachtlich. Eine konkrete Darlegung dieser Konstellationen ist der Antragsteller bislang allerdings schuldig geblieben. Dabei obliegt es allerdings im Rahmen einer gestuften Darlegung- und Beweislast dem Vertragsarzt, plausibel zu machen und erforderlichenfalls zu belegen, dass und in welchem Umfang ärztliche Arbeitszeit auf andere Ärzte arbeitsteilig so verlagert wurde, dass das Mehr an Abrechnungen des einen Arztes durch die Mitwirkung des anderen Arztes erklärt wird, und dass kein Verstoß gegen die Verpflichtung vorliegt, dass jeder Arzt nur Leistungen unter seiner LANR abrechnet, die ihm nach der Ausgestaltung der Leistungserbringung auch als eigene zugerechnet werden können. Die Antragsgegnerin muss andererseits bereit sein, die Darlegungen und Beweismittel des Vertragsarztes auch entgegen zu nehmen und erforderlichenfalls deutlich zu machen, in welcher Form der Vortrag geführt und was als Nachweis vorgelegt werden muss, um den Anforderungen an eine Plausibilisierung zu genügen. Dies ist in den vorliegenden Fällen noch nachzuholen. Die Entscheidung der Antragsgegnerin erweist sich auch nicht aus anderen Gründen als richtig. Insbesondere vermögen auch die vom Plausibilitätsausschuss der Bezirksgeschäftsstelle der Antragsgegnerin mitgeteilten Gründe der angefochtenen Ausgangsbescheide die Feststellung der sachlich-rechnerischen Unrichtigkeit der Abrechnung nicht zu tragen. Allein die auffällige Häufung bestimmter Leistungen der Psychosomatik, der Versorgung von Schmerz- und Palliativpatienten sowie dringender Besuche ist noch kein ausreichendes Indiz für die Unrichtigkeit der Leistungen auf Grund der Höhe der Quartalszeitprofile. Zwar kann ein auffälliges Missverhältnis zwischen der Häufigkeit der Ansätze bestimmter Leistungen und dem Vergleichsgruppendurchschnitt die Folgerung der Unwirtschaftlichkeit nach sich ziehen (vgl. zuletzt BSG, Urteil vom 30.11.2016 – B 6 KA 29/15 R –, Rn. 14). Diese Feststellung ist indessen den paritätisch besetzten Gremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung im Rahmen der arztbezogenen (Stichproben- oder Auffälligkeits-)Prüfung nach Durchschnittswerten vorbehalten. Die sachlich-rechnerische Unrichtigkeit der Gebührenansätze kann aus einem solchen Missverhältnis hingegen nicht abgeleitet werden. Die Antragsgegnerin durfte auch nicht aus der Einlassung des Antragstellers im Rahmen der Anhörung den Schluss ziehen, der Antragsteller oder der angestellte Arzt regelhaft bei Arzt-Patienten-Gesprächen von mehr als 10 Minuten Dauer regelhaft zeitgebundene Gesprächsleistungen (namentlich die GOP 03230, 35100 und 35110 EBM) abgerechnet, obwohl die sonstigen Voraussetzungen nach der jeweiligen Leistungsbeschreibung hierfür nicht vorgelegen hätten. Der Antragsteller hat seine Einlassung dahingehend formuliert, dass er zeitgebundene Gesprächsleistungen nur angesetzt habe, wenn ausweislich der Zeiterfassung in der Praxissoftware der Arzt-Patienten-Kontakt die entsprechende Mindestdauer erreicht habe. Sofern dies den Tatsachen entspricht, hat er damit lediglich sichergestellt, dass der abrechnungsnotwendige Zeitumfang eingehalten war. Er hat nicht zugestanden, dass er für den Ansatz der Gebührenposition – rechtswidrig – ausschließlich die Zeitkomponente habe ausreichen lassen. Tatsachen, die den Antragsteller des Gegenteils überführen würden, hat die Antragsgegnerin nicht festgestellt. Desgleichen durfte die Antragsgegnerin aus der Einlassung des Antragstellers, die hohe Zahl kleinchirurgischer Eingriffe erkläre sich durch die hohe Zahl Diabetiker, folgern, die Gebührenansätze für kleinchirurgische Eingriffe belege die Rechtswidrigkeit der Abrechnung, weil nur ein Teil der operierten Patienten Diabetiker gewesen sei. Der Antragsteller hat nicht erklärt, ausschließlich oder überwiegend Diabetiker operiert zu haben, was die Unrichtigkeit der übrigen Ansätze implizieren würde. Dass sich die hohe Zahl solcher Eingriffe zeitlich unmöglich im Rahmen der Zeitfonds ordnungsgemäß erbringen ließe, hat die Beklagte nicht festgestellt. Die Zeitfondsüberschreitung ergibt sich nicht ausschließlich aus solchen Leistungen, sondern erst aus der Kumulation mit anderen Leistungen einschließlich der Versicherten- und Chronikerpauschalen, wobei das Ausmaß zulässiger Arbeitsteilung mit angestellten Ärzten noch ungeklärt ist. Konkrete Gebührenansätze für kleinchirurgische Eingriffe trotz Nichtvorliegens der Abrechnungsvoraussetzungen im Einzelfall hat die Antragsgegnerin nicht beanstandet. Die Frage, ob die hohe Zahl der Eingriffe auch wirtschaftlich war, ist daneben kein zulässiger Gegenstand der Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigstellung. Die weitreichende Ausschöpfung der Tageszeitfonds mit

zeitgebundenen Leistungen, belegt für sich gesehen nicht, dass "daneben" Leistungen, die nur in das Quartalszeitprofil einfließen, nicht ordnungsgemäß erbracht worden sein können. Denn dies liefe auf eine unzulässige Erhöhung der Tageszeitprofile um Leistungen hinaus, die in Anlage 3 des EBM von der tagesbezogenen Prüfung ausgenommen sind. Da die in das Tageszeitprofil eingehenden Leistungen durchweg auch im Quartalszeitprofil abgebildet sind, kann die Summe des Zeitaufwands aus den Leistungen beiderlei Art auch nur im Rahmen des Abgleichs zwischen Quartalszeitprofil und Quartalszeitfonds auf Richtigkeit der Abrechnung untersucht werden. Die Argumentation, die Chronikerzuschläge würden einen Mehraufwand des Arztes für die Behandlung chronisch kranker Patienten abgelten, der dem entsprechend auch angefallen sein müsse, widerlegt nicht die Einlassung, dass tatsächlich auch bei vernachlässigbarem Mehraufwand der Zuschlag rechtmäßig angesetzt worden sei. Da die Leistungsbeschreibung keinen spezifischen zeitgebundenen oder zeitaufwändigen Leistungsinhalt vorschreibt, muss ein solcher nicht angefallen sein, um den Zuschlag rechtmäßig abrechnen zu dürfen. Ob die Betreuung von Chronikern beim EBM-konformen Ansatz der Gebührenordnungsposition in der abgerechneten Menge tatsächlich so viel Zeit bindet, dass in der Kumulation mit den sonstigen Leistungen der Quartalszeitfonds kritisch überschritten wird und eine Falschabrechnung indiziert, hängt von der Belastbarkeit der in Anlage 3 EBM geregelten Prüfzeit ab und wird im Rahmen des Hauptsacheverfahrens zu klären sein. Der Ansatz der GOP 35110 – Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen – setzt nach der Leistungsbeschreibung nicht notwendig die differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände im Sinne der GOP 35100 voraus und ist nicht deshalb automatisch unrichtig, wenn nicht beide Positionen nebeneinander angesetzt werden. Dass in Folge unzureichender Diagnostik die Abrechnungsvoraussetzungen der GOP 35110 nicht vorgelegen hätten, weil beispielsweise ein psychosomatisches Krankheitsbild nicht vorlag, hat die Antragsgegnerin im Rahmen der vertieften Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit nicht, nicht einmal exemplarisch, festgestellt. Dass die häufige Überschreitung der Tageszeitprofile durch den Antragsteller sich nicht mit der Erbringung von Leistungsanteilen durch die Weiterbildungsassistentin erklären lasse, hat der Plausibilitätsausschuss zwar behauptet, aber nicht nachvollziehbar begründet. Wenn und soweit dem Antragsteller zurechenbare Leistungen ganz oder teilweise zulässig durch die Weiterbildungsassistentin erbracht werden, muss dies bei der Würdigung der Tageszeitfondsüberschreitung beachtet werden. Hierfür gilt dem Grunde nach nichts anderes als für die Berücksichtigung im Rahmen der Quartalszeitprofile. Eine substantiierte Prüfung lassen die Feststellungen des Plausibilitätsausschuss insoweit jedoch vermissen. Auch die Landesgeschäftsstelle hat im den Antragsteller betreffenden Widerspruchsbescheid vom 11.10.2019 diesen Ansatz auch nicht mehr aufgriffen und näher untersetzt. Die Unrichtigkeit der im Rahmen des Quartalszeitprofils erbrachten Leistungen unter Einschluss von Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung folgt auch noch nicht allein daraus, dass die Weiterbildungsassistentin nicht über die hierfür erforderlichen persönlichen Qualifikationsvoraussetzungen bzw. Abrechnungsgenehmigungen verfügte. Ein solcher Schluss wäre allenfalls dann denkbar, wenn bei Betrachtung ausschließlich der allein vom Antragsteller unter seiner LANR erbringbaren Leistungen der – dann nicht um den Zuschlag für die Weiterbildungsassistentin erhöhte – Quartalszeitfonds überschritten wäre. Eine solche Untersuchung hat die Antragsgegnerin jedoch nicht angestellt. Die Antragsgegnerin wird deshalb bei Prüfung des Einwandes, unter der LANR der geprüften Ärzte abgerechnete Leistungen seien arbeitsteilig erbracht worden, auch zu würdigen haben, ob und an welchen Leistungen, die einer leistungsspezifischen Abrechnungsgenehmigung bedürfen, die Weiterbildungsassistentin oder andere angestellte Ärzte unter Entlastung des Antragstellers bzw. des angestellten Arztes Dr. med. S. H. – gleichwohl aber unter deren LANR – zulässig mitwirken durften. Da auf Grund des bisherigen Sachstandes nicht ausgeschlossen ist, dass der Einwand des Antragstellers durchgreift, die Zeitüberschreitungen seien einer rechtmäßigen praxisinternen Arbeitsteilung geschuldet, und deshalb Auswirkungen auf das Ob oder die Höhe der Honorarkorrektur hat, der Antragsteller seinen Obliegenheiten zum Sachvortrag und Beweisantritt noch nicht hinreichend nachgekommen ist, aber die Antragsgegnerin das Verfahren nicht so transparent gestaltet hatte, dass der Antragsteller die Reichweite seiner Mitwirkungsobliegenheit erkennt, um dieser nachzukommen, ist die Sache für eine abschließende Entscheidung noch nicht reif. Die Ermittlungen sind objektiv noch nicht abgeschlossen. Bis zu einer endgültigen Entscheidung über die Honorarkorrektur sind die Richtigstellungsbescheide einstweilen noch nicht vollziehen. III. Die Kostenentscheidung beruht auf § 154 Absatz 1 VwGO, die Festsetzung des Streitwertes auf § 52 Absatz 2, § 53 Absatz 2 Nummer 4, § 1 Absatz 2 Nummer 3, § 3 Absatz 1 und § 63 Absatz 2 Satz 1 GKG jeweils in Verbindung mit § 197a Absatz 1 Satz 1 SGG. Der gemäß § 53 Absatz 3 Nummer 4 in Verbindung mit § 52 Absatz 1, 2 und 7 GKG festgesetzte Streitwert bemisst sich nach einem Viertel des Rückforderungsbetrages aus den streitgegenständlichen Bescheiden (vgl. Streitwertkatalog für die Sozialgerichtsbarkeit, 5. Auflage 2017, A ...II.10.2 und B ...VI.14.3).
Rechtskraft
Aus
Login
FSS
Saved
2019-11-25