

S 12 KA 1/18

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 1/18

Datum
21.08.2020
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
-

Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Gerichtsbescheid

Leitsätze

1. Bei einer zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung gelten für die Überschreitung der Grenzwerte im Sinne der Prüfkriterien (Zeitprofile) bei einer Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag ein Tagesprofil von sechs Stunden und ein Quartalsprofil von 390 Stunden.
2. Aus der Neufassung der Prüfzeiten zum Quartal II/20 folgt nicht, dass die zuvor geltenden Prüfzeiten fehlerhaft festgesetzt wurden und damit nichtig sind.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

3. Der Streitwert wird auf 298.111,77 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine Honorarberichtigung für die sieben Quartale I/12 bis III/13 aufgrund einer zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung in Höhe von 298.111,77 EUR.

Die Klägerin ist eine Berufsausübungsgemeinschaft mit Praxissitz in A-Stadt. Sie besteht seit 01.01.2012. Ihr gehören die Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. med. A. und Dr. med. C. an, die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind. Bis zu seinem Ausscheiden zum 31.03.2015 gehörte ihr ferner der beigeladene Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. med. D. an. Dr. med. C. war mit einem vollen Versorgungsauftrag und dem Schwerpunkt Rheumatologie, Dr. med. D. und Dr. med. A. waren jeweils mit einem halben Versorgungsauftrag zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

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

Quartal I/12 II/12 III/12 IV/12

Honorarbescheid v. 03.07.2012 28.09.2012 06.01.2013 08.04.2013

Gesamthonorar netto in EUR 261.446,20 218.936,68 253.572,28 276.499,11

Bruttohonorar PK + EK gesamt in EUR 266.743,50 223.159,43 252.349,67 281.817,21

Fallzahl gesamt PK + EK 3.337 3.098 3.265 3.257

Quartal I/13 II/13 III/13

Honorarbescheid v. 11.09.2014 07.11.2014 07.01.2015

Gesamthonorar netto in EUR 244.049,64 232.539,52 258.203,76

Bruttohonorar PK + EK gesamt in EUR neu 241.154,68 229.212,32 255.611,99

Fallzahl gesamt PK + EK 3.241 3.481 3.728

Die Beklagte führte für die streitbefangenen Quartale I/12 bis III/13 eine Plausibilitätsprüfung durch. Sie übersandte der Klägerin und dem Beigeladenen unter Datum vom 03.11.2015 die zeitbezogenen Rechnungsergebnisse für diese Quartale, unter Erläuterung der Ermittlung der Zeitprofile.

Der Beigeladene trug mit Schreiben vom 18.11.2015 vor, die Leistungen seien ordnungsgemäß erbracht worden. Es handle sich um den

Wochentag Freitag mit einer hohen Frequenz an eingeschobenen Notfällen aus der Sprechstunde sowie um die Versorgung von operierten Patienten außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten.

Der Plausibilitätsausschuss der Beklagten hörte den Beigeladenen am 08.06.2016 an.

Die Beklagte hob aufgrund einer zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung mit Bescheid vom 18.07.2016 die Honorarabrechnung der Praxis der Klägerin für die Quartale I/12 bis III/13 auf und setzte die unter Prüfungsvorbehalt gezahlte Vergütung neu fest. Hieraus errechnete sie eine von ihr festgesetzte Honorarrückforderung in Höhe von insgesamt 298.111,77 EUR. Im Einzelnen nahm sie folgende Berichtigungen vor:

Quartal Kürzungsbetrag in EUR netto

I/12 67.396,68
II/12 31.551,42
III/12 39.946,39
IV/12 49.758,54
I/13 33.075,87
II/13 29.578,98
III/13 46.803,89
gesamt 298.111,77

Zur Begründung verwies sie auf die Tages- und Quartalsprofile. Gesamtbetrachtung der Betriebsstätte:

Quartal Tagesprofil Anzahl Tage

davon Maximale Arbeitszeit Pro Tag im Quartal Quartalsprofil Anzahl Tage Überschreitung) 12 Std.) 16 Std. Std.: Min. Std.: Min.

I/12 0 0 23:07 1.923:08 363:08
II/12 0 0 19:15 1.731:31 171:31
III/12 0 0 19:05 1.890:31 330:31
IV/12 0 0 21:22 1.872:09 312:09
I/13 0 0 21:11 1.884:34 324:34
II/13 0 0 21:57 1.853:26 293:26
III/13 0 0 22:00 2.083:29 523:29

Die Erstellung der Quartalsprofile habe im Rahmen der Prüfung nach LANR zu folgendem Ergebnis geführt:

Dr. med. C. C. (Voller Versorgungsauftrag) Quartal Tagesprofil

Anzahl Tage davon Maximale Arbeitszeit Pro Tag im Quartal Quartalsprofil Anzahl Tage Überschreitung) 12 Std.) 16 Std. Std.: Min. Std.: Min.

I/12 0 0 5:05 488:23 0:00
II/12 0 0 8:05 497:11 0:00
III/12 0 0 7:56 511:34 0:00
IV/12 0 0 10:33 563:00 0:00
I/13 0 0 7:18 540:21 0:00
II/13 0 0 7:36 485:02 0:00
III/13 0 0 9:22 681:35 0:00

Dr. med. A. A. (Hälftiger Versorgungsauftrag) Quartal Tagesprofil

Anzahl Tage davon Maximale Arbeitszeit Pro Tag im Quartal Quartalsprofil Anzahl Tage Überschreitung) 12 Std.) 16 Std. Std.: Min. Std.: Min.

I/12 0 0 3:53 318:38 0:00
II/12 0 0 3:38 381:48 0:00
III/12 0 0 3:02 410:52 20:52
IV/12 0 0 5:06 414:41 24:41
I/13 0 0 3:58 446:16 56:61
II/13 0 0 4:52 495:34 105:34
III/13 0 0 2:47 432:25 42:25

Dr. med. D. D. (Hälftiger Versorgungsauftrag) Quartal Tagesprofil

Anzahl Tage davon Maximale Arbeitszeit Pro Tag im Quartal Quartalsprofil Anzahl Tage Überschreitung) 12 Std.) 16 Std. Std.: Min. Std.: Min.

I/12 10 3 20:00 1.116:07 726:07
II/12 4 1 16:14 852:32 462:32
III/12 7 1 17:09 968:05 578:05
IV/12 8 5 19:36 894:28 504:28
I/13 7 3 19:53 897:57 507:57
II/13 7 2 19:37 872:50 482:50
III/13 6 5 20:12 969:29 579:29

Weiter führte sie aus, die Überprüfung der Abrechnung von Herrn Dr. D. habe ergeben, dass die Grenze von 12 Stunden am Tag in den Quartalen I/12 bis III/13 an insgesamt 49 Tagen überschritten worden sei, wobei die im Tagesprofil ausgewiesene Zeit an insgesamt 20 Tagen jenseits von 19 Stunden gelegen habe, an einem dieser Tage, dem 06.09.2013 bei 20:12 Stunden. Die Überschreitungen im Quartalsprofil hätten jeweils weit über 100 % gelegen. Bei einer hälftigen Zulassung liege das Quartalsprofil bei 390 Stunden. Im Vergleich zu den Quartalsprofilzeiten, die Herr Dr. D. in den Vorquartalen in einer Einzelpraxis erwirtschaftet habe und die teilweise über 1.300 Stunden gelegen hätten, sei ab dem Quartal II/12 eine Reduzierung des Quartalsprofils ersichtlich. Jedoch lägen bei allen Quartalen die Quartalsprofilzeiten über 780 Stunden, dies sei der Richtwert für eine volle Zulassung, sodass anhand der erwirtschafteten Zeit der Eindruck

entstehe, dass die Reduzierung auf eine hälftige Zulassung zeitlich nicht umgesetzt worden sei. Auch in den Quartalsprofilen der Betriebsstätte lägen in allen Quartalen Überschreitungen vor. Im Grunde genommen belegten die Quartalsprofilzeiten, dass der Beschluss des Zulassungsausschusses vom 22.11.2011 nicht beachtet worden sei und der Verzicht auf eine hälftige Zulassung von Dr. D. nicht entsprechend umgesetzt worden sei. Somit liege ein Verstoß gegen die Bedarfsplanung vor. Die quartalsbezogen abgegebenen Abrechnungssammelerklärungen für die ordnungsgemäße Erbringung der abgerechneten EBM-Leistungen seien unrichtig und hätten die Rechtswidrigkeit der auf ihr beruhenden Honorarbescheide zur Folge. Die Honorarkürzung habe sie anhand einer sog. Überschreitungsquote ermittelt. Diese errechne sich aus dem prozentualen Verhältnis der als implausibel festgestellten Überschreitungszeiten zur Gesamtzeit im Quartal auf der Grundlage der Prüfzeiten nach Anlage 3 zum EBM. Die so übermittelte Überschreitungsquote sei dem quotierten Gesamthonorar gegenüberzustellen und ergebe den Korrekturbetrag. Bezüglich näherer Einzelheiten verweise sie auf den beigefügten Berechnungsbogen. Die Honorarkürzung beziehe sich ausschließlich auf die Abrechnung des Dr. D., bzgl. Dr. A. erfolge keine Maßnahme.

Hiergegen legte Herr Dr. D. am 02.08.2016 und die Klägerin am 16.08.2016 Widerspruch ein.

Zur Begründung ihres Widerspruchs trug die Klägerin vor, die Beklagte habe vermutlich für Herrn Dr. A. nicht die im Anhang 3 des EBM hinterlegten Prüfzeiten, sondern die höher bewerteten Kalkulationszeiten zu Grunde gelegt. Eine sachlich-rechnerische Richtigstellung setze eine unrichtige Abrechnung auf Grund eines Verstoßes des Arztes gegen die Abrechnungsbestimmungen oder für die Abrechnung relevanter vertragsärztlicher Pflichten voraus. Die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang eines lediglich hälftigen Versorgungsauftrags begründe nicht die Pflicht zur Einschränkung des ärztlichen Tätigkeitsumfangs. Ein Höchstumfang vertragsärztlicher Tätigkeit sei weder für den vollen, noch für den hälftigen Versorgungsauftrag vorgesehen. Wenn eine solche vertragsärztliche Pflicht bereits nicht bestehe, könne eine Überschreitung der Auffälligkeitsgrenze im Quartalsprofil im Rahmen der Plausibilitätsprüfung naturgemäß kein Indiz für eine dahingehende Pflichtverletzung sein. Weder in der Ärzte-Zulassungsverordnung noch im Bundesmantelvertrag werde eine Obergrenze geregelt, eine solche ergebe sich auch nicht aus den Regelungen zur Honorarverteilung. Eine verbindliche Höchstgrenze würde auch den Vertragsarzt verpflichten, Patienten abzuweisen. Eine derartige Verfahrensweise würde jedoch das Recht des Patienten auf freie Arztwahl einschränken und einen Verstoß gegen § 13 Abs. 7 BMV-Ä darstellen, wonach die Behandlung eines Versicherten nur in begründeten Fällen abgelehnt werden dürfe.

Herr Dr. D. trug vor, aus § 6 Abs. 2 Abrechnungsprüfungs-Richtlinie folge, dass prüfungsrelevant einzig die Frage sei, ob die ärztlichen Leistungen an sich ordnungsgemäß erbracht und abrechnet worden seien. Der Bescheid werde einzig auf einen Verstoß gegen die Bedarfsplanung gestützt. Eine Norm, gegen die verstoßen worden sein soll, werde nicht benannt. Eine ausdrücklich gesetzliche oder unter gesetzliche Obergrenze bei Teilzulassungen sei nicht vorhanden. § 43 Abs. 3 Bedarfsplanungs-RL regle lediglich die Berechnung der Leistungsobergrenze und enthalte keine Begrenzung des zulässigen Tätigkeitsumfangs, sondern lediglich Honorarabgrenzungsregelungen (Abrechnungs- nicht Erbringungsverbot). Der hälftige Versorgungsauftrag sei bereits bei der Herabsetzung der RLV-relevanten Fallzahlen berücksichtigt worden. Auch über [§ 87b SGB V](#) erfolge keine Regulierung über die Plausibilitätsprüfung. § 8a Abs. 4 der Richtlinie gem. [§ 106a SGB V](#) normiere lediglich ein Aufgreifkriterium für die Plausibilitätsprüfung. Es sei jedoch keine Grundlage für eine Regressierung und Honorarkürzung. Im Übrigen seien durchaus mehr als 390 Stunden im Quartal möglich, sodass diesem Grenzwert auch keine Indizwirkung zukomme.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 29.11.2017, der Klägerin am 30.11.2017 zugestellt, den Widerspruch als unbegründet mit weitgehend gleicher Begründung wie in dem Ausgangsbescheid zurück. Ergänzend führte sie aus, die für die Quartale I/12 bis III/13 erstellten Quartalszeitprofile der Tätigkeit von Dr. D. führten den Indizienbeweis, dass die Abrechnungen fehlerhaft seien. Das Quartalsprofil sei bei einem niedergelassenen Arzt in Vollzeit ab 780 Stunden im Quartal zeitauffällig. Dr. D. sei im streitgegenständlichen Zeitraum nur mit einem hälftigen Versorgungsauftrag zugelassen gewesen, so dass sich eine Zeitauffälligkeit ab 390 Stunden im Quartal ergebe. Mit Hilfe von Zeitprofilen dürfe ein Indizienbeweis geführt werden. Aus den Zeitprofilen sei zu schließen, dass Dr. D. gegen vertragsärztliche Abrechnungsbestimmungen (Verbot der Abrechnung von nicht vollständig erbrachten Leistungen, Allgemeine Bestimmungen, Kapitel 2, Abschnitt 2.1 und 2.1.2 des EBM) verstoßen habe. Er habe derart viele Leistungen abgerechnet, dass er die für die Leistungserbringung erforderlichen Behandlungszeiten nicht persönlich erbracht haben könne. Die Prüfzeiten seien auch korrekt wiedergegeben worden. Die Differenz zwischen den in Anhang 3 des EBM genannten Prüfzeiten für die orthopädischen Grundpauschalen nach Nr. 18210 bis 18212 EBM beruhe nicht auf einer versehentlichen Zugrundelegung der Kalkulationszeiten. Die Erhöhung beruhe vielmehr auf einer Aufwertung der Grundpauschale um 10 % der Prüfzeit, da es sich bei der ehemaligen Praxis um eine arztgruppengleiche BAG gehandelt habe. Nach Punkt 1.7 der Allgemeinen Bestimmungen müsse bei Gebührenordnungspositionen, bei denen eine Auf- oder Abschlagsregelung vorgesehen sei, die Prüfzeit gemäß Anhang 3 des EBM im Rahmen der zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung ebf. entsprechend angepasst werden. Hiermit werde die interkollegiale Kooperation innerhalb einer BAG berücksichtigt. Unter Berücksichtigung aller drei Ärzte der ehemaligen BAG seien lediglich die Quartalsprofile überschritten. Die Auffälligkeiten zeigten sich jedoch deutlicher bei einer LANR-differenzierten Auswertung der Quartals- und Tagesprofile. Allein mit der Überschreitung der Grenzwerte im Sinne der Prüfkriterien (Zeitprofile) werde hinreichend nachgewiesen, dass keine ordnungsgemäße Leistungserbringung mehr möglich sei. § 8 Abs. 5 der Richtlinien gemäß [§ 106a SGB V](#) gebe vor, dass bei einer Teilzulassung des Arztes ein Quartalsprofil gebildet werden soll, für das die Zeiten nach § 8 Abs. 3 (780 Stunden) halbiert werden und ein Tagesprofil in Höhe von zwölf Stunden gebildet werden soll. Neben dem Verstoß gegen das Verbot der Abrechnung von nicht vollständig erbrachten Leistungen liege insb. auch ein Verstoß gegen die Bedarfsplanungsrichtlinien vor. Im Übrigen würden sich selbst bei einer Zugrundelegung der vorgegebenen Quartalsprofilzeit eines vollzugelassenen Arztes von 780 Stunden pro Quartal bei Dr. D. in allen Prüfquartalen Zeitüberschreitungen ergeben. Gehe die Zeitüberschreitung jedoch sogar über die Zeitprofilgrenze für eine Vollzulassung hinaus, könne die Klägerin sich nicht darauf berufen, dass ein teilzugelassener Arzt in der Realität mehr als 390 Stunden arbeiten könnte, ohne dass dies implausibel werde. Hier sei zu bedenken, dass dem hälftig zugelassenen Arzt im Quartalsprofil 390 Stunden Behandlungszeit zugestanden würden, wohingegen die Arbeitszeit auch Zeiten für andere Tätigkeiten und damit geringere Behandlungszeiten enthielten. In der Behandlungszeit sei weder die Zeit für Pausen, für die Anleitung der Mitarbeiter noch für privatärztliche Leistungen enthalten. Der Vortrag, die hohen Quartalsprofilzeiten wären durch die Praxisstruktur bedingt, mache die Zeitprofile nicht plausibel. Selbst wenn Dr. D. hohe Patientenzahlen aufweise, sei doch zu bedenken, dass er die entsprechenden Zeitvorgaben für seine Patienten aufgewendet haben müsse. Führe die Anzahl der abgerechneten Leistungen zu durchschnittlichen Zeitwerten von 10 bis 14 Stunden an jedem Arbeitstag des Quartals, dann sei dies implausibel. Dann stelle sich vielmehr im Umkehrschluss die Frage, ob die große Zahl an Patienten und Leistungen nur dadurch bewältigt werden können, weil die Vielzahl an Leistungen nicht immer vollständig erbracht worden sei. Tatsächlich führe bereits die Abrechnung der Grundpauschalen zu einem erheblichen Zeitanteil im Rahmen des Quartalsprofils. So habe Dr. D. etwa im Quartal III/13 die Grundpauschale 1.151-mal abgerechnet. In 727 Behandlungsfällen bleibe es bei

einem Arzt-Patienten-Kontakt in diesem Quartal, so dass die Prüfzeit von 17 bis 21 Minuten (bzw. für die BAG 19 bis 23 Minuten) allein an einem Behandlungstag erbracht worden sein müsse. Orthopädische Krankheitsbilder erforderten in der Regel eine umfassende Anamnese und Diagnostik, so dass nicht davon ausgegangen werden könne, dass er die Prüfzeit in der Mehrzahl der Fälle unterschreite. Die Zeitüberschreitungen im Tagesprofil träten tatsächlich ausschließlich an Freitagen auf. Hierzu habe Dr. D. erläutert, dass dieser Tag durch eingeschobene Notfälle sowie postoperative Nachversorgung geprägt sei. Mit seiner Argumentation beziehe er sich in erster Linie auf die Tagesprofilüberschreitungen, die hohen Quartalsprofile ließen sich hierdurch nur bedingt rechtfertigen. Zudem zeige die Überprüfung, dass in der Praxis in keinem der streitgegenständlichen Quartale Notfallscheine (SUG 43) angelegt worden seien. Postoperative Überwachungskomplexe (Nr. 31501 bis 31507 EBM) würden von Dr. D. ebf. nicht abgerechnet werden. An den Freitagen rechne Dr. D. überwiegend ambulante Operationen, radiologische Leistungen sowie Akupunkturen ab, die jeweils für das Tagesprofil berücksichtigt würden. Es bestünden bislang auch keine durchgreifenden Bedenken, gegen die Prüfzeiten für orthopädische Leistungen. Die Regelleistungsvolumina stellten letztlich nur Höchstgrenzen dar, bis zu denen eine Honorierung zum oberen Punktwert erfolge. Die so festgelegten Behandlungszahlen seien indes keine "Unbedenklichkeitsbescheinigung" für die Honorierung aller unter dieser Grenze liegenden Fallzahlen. Es finde auch keine doppelte Regressierung durch die Plausibilitätsprüfung statt. In den Quartalen I/12 bis III/13 sei es in der Praxis zu keiner Fallwertabstaffelung gekommen. Auch das arztbezogene Regelleistungsvolumen und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina seien nicht überschritten worden. In den Quartalen II/12 und III/12 sei lediglich im Bereich der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina ein höheres Honorar angefordert worden. Zusammenfassend sei festzustellen, dass die Leistungsinhalte der abgerechneten Leistungen nicht immer vollständig erbracht worden sein könnten und daher keine korrekten Abrechnungen vorlägen. Dr. D. habe hier zumindest grob fahrlässig (d. h. Verletzung der erforderlichen Sorgfalt in besonders schwerem Maße) Leistungen auf den Abrechnungsscheinen eingetragen, deren Leistungsinhalt er nicht oder nicht vollständig erbracht haben könne. Die Honorarrückforderung dürfe im Wege der Schätzung erfolgen. Die Schätzungsgrundlagen für die Neufestsetzung bzw. Rückforderung des Honorars seien nicht zu beanstanden, da sich die Honorarrückforderung an dem Verhältnis zwischen plausiblen Zeiten und Überschreitung der plausiblen Zeit orientiere. Dieses Verhältnis (dargestellt als Prozentsatz) werde auf das erwirtschaftete Gesamthonorar (nach ggf. Durchführung von Begrenzungsmaßnahmen, vor Abzug von Verwaltungskosten, ausgewiesen im Honorarbescheid) übertragen und ein entsprechender Rückforderungsbetrag festgesetzt. Mit dieser Berechnungsweise werde ein erwirtschafteter Minutenpreis für alle abgerechneten Leistungen ermittelt und der implausible Leistungsanteil, der über den Zeit-Grenzwerten liege, abgeschöpft.

Hiergegen hat die Klägerin am 05.01.2018 die Klage erhoben. Der Beigeladene hat ebf. Klage zum Az.: S 11 KA 657/17 erhoben.

Die Klägerin trägt vor, die Überschreitung der Prüfzeiten sei kein taugliches Indiz für die Fehlrechnung. Die herangezogenen Prüfzeiten stellten bereits kein taugliches Indiz für eine fehlerhafte Abrechnung von Leistungen dar. Die Beklagte müsse den ermittelten Abrechnungsfehler nach Leistungsart und Abrechnungsziffer im Honorarberichtigungsbescheid benennen und den vorwerfbaren Abrechnungsverstoß begründen. Allein aus der Überschreitung der Aufgreifkriterien des § 8 Abs. 3 AbrPr-RL folge nicht, dass der Arzt nicht auch tatsächlich alle von ihm abgerechneten Leistungen vollständig und, soweit erforderlich, persönlich innerhalb eines Tages bzw. eines Quartals erbracht habe. Es bedürfe einer weitergehenden Prüfung. Auch in der Beweiswürdigung der Überschreitung der Aufgreifkriterien im Wege des Indizienbeweises ergebe sich kein vorwerfbarer Abrechnungsverstoß. Die Prüfzeiten seien seit dem EBM 2008 gerade nicht so bemessen, dass sie im Durchschnitt auch von einem erfahrenen, geübten und zügig arbeitenden Arzt nicht unterboten werden könnten. Nach dem IGES-Institut fehle es an einer empirischen Grundlage. Ärzte als Experten würden den Zeitbedarf eher höher angeben. Auch weitere Faktoren würden nicht hinreichend berücksichtigt werden. Die Prüfzeiten im Anhang 3 des EBM könnten höchstens Durchschnittszeiten darstellen, die durchaus regelhaft bei bestimmter Praxisorganisation und -ausstattung sowie entsprechend qualifiziertem Personal unterschritten werden könnten. Nur tatsächlich aufgedeckte Abrechnungsfehler berechtigten im Rahmen der sachlich-rechnerischen Richtigstellung zur Honorarberichtigung. Bei einem halben Versorgungsauftrag würden andere Grundsätze gelten als bei einem vollen Versorgungsauftrag. Es gebe keine Rechtsvorschrift, aus der eine zeitliche Obergrenze eines hälftigen Versorgungsauftrages abgeleitet werden könne, weder aus [§ 95 Abs. 3 Satz 1 Alt. 2 SGB V](#), noch aus § 17 Abs. 1a BMV-Ä, noch aus den Quartalszeitprofilen, die als Aufgreifkriterien im Rahmen der Plausibilitätsprüfung nach [§ 106a SGB V](#) dienen, noch aus den Regelungen zur Honorarverteilung. Sie rüge Ermittlungs- und Begründungsdefizite in den Ausführungen der angegriffenen Bescheide, aus denen sich auch grobe Ermessensfehler bei Ausübung des Schätzungsermessens ersehen ließen. Es sei zu beanstanden, dass die Beklagte keine ernsthafte Überprüfung des Vorbringens des Dr. D. vornehme, ob die Überschreitungen der Aufgreifkriterien bei den Quartals- und Tagesprofilzeiten sich durch die Sprechstunden-/Praxisöffnungszeiten und die besonderen Strukturen der damaligen BAG erklären ließen, insb. im Hinblick darauf, dass - auch unter Berücksichtigung der Verwaltungspraxis verschiedener Kassenärztlicher Vereinigungen - bei realistischer Betrachtungsweise für gewisse Leistungen in der Praxis ein geringerer Zeitaufwand als gemäß der Prüfzeit nach Anhang 3 EBM anzunehmen sei. Zutreffend berücksichtige die Beklagte die Aufwertung der Grundpauschale um 10 %, wie in den allgemeinen Bestimmungen des EBM unter 5.1 festgelegt sei. Sie habe aber versäumt zu berücksichtigen, dass im konkreten Fall die gemeinsame Berufsausübung auch in einem größeren Umfang berücksichtigt werden könne bzw. müsse, insb. wenn sie selbst feststelle, dass sich die Abrechnung der übrigen Ärzte der BAG eher unterdurchschnittlich darstelle. Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe "halbiere" im Rahmen der Durchführung einer Plausibilitätsprüfung einer Berufsausübungsgemeinschaft die Prüfzeit für die Versichertenpauschale für beide Ärzte der Berufsausübungsgemeinschaft. Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin erkenne an, dass eine Reduzierung der Prüfzeiten geboten sei. Die Beklagte verkenne, dass Ziff. 5.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM ausschließlich zu einer Erhöhung des Regelleistungsvolumens sowie der Punktzahl der entsprechenden Pauschale führe, aber nicht zu einer Prüfzeit der jeweiligen Pauschale. Die falsche Ermittlung der Quartalsprofilzeiten führe für das Quartal I/12 bei 3.310 Behandlungsfällen zu ein um 6.620 Minuten zu hohes Quartalsprofil. Zumindest seien 2.772 Minuten (1.386 Behandlungsfälle x 2 Minuten) abzusetzen, die Kürzung wäre allein aus diesem Grund um rund 11 % (rund 7.500 EUR) zu reduzieren. Auch der Vortrag des Dr. D. in der Anhörung vor dem Plausibilitätsausschuss, dass die BAG über insgesamt 12 Behandlungsräume verfüge und die Angaben zur Einbestellung der Akupunktur-Patienten sei offensichtlich geeignet, eine tatsächlich kürzere Leistungserbringungszeit zu begründen. Er habe bereits im Verwaltungsverfahren vorgetragen, dass der tatsächliche Aufwand für Akupunkturleistungen unter den Prüfzeiten liege und durch die parallele Behandlung in acht Akupunktur-Behandlungsräumen erhebliche Zeiteinsparungen möglich seien. Darüber hinaus unterliege die Beklagte im Hinblick auf die Bewertung der tatsächlichen Leistungszeiten für die Grundpauschalen einer Fehleinschätzung. Deren Prüfzeiten betrügen 17, 18 bzw. 21 Minuten. Obligater Inhalt der Leistungslegende sei lediglich ein Arzt-Patienten-Kontakt. Bereits bei einem Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal, z. B. anlässlich der Aushändigung eines Folgepreskriptions oder einer Überweisung, werde die Versichertenpauschale ausgelöst und gehe die Prüfzeit von 17, 18 bzw. 21 Minuten in das Quartalsprofil ein. Es sei eine erhebliche Reduzierung der Prüfzeiten aufgrund einer realistischen Betrachtungsweise geboten, die dem Grunde nach in der Verwaltungspraxis der Kassenärztlichen Vereinigungen anerkannt sei. Die ungenügende Sachverhaltsaufklärung, die sich in einer mangelhaften Begründung niederschlage, sei schließlich nicht geeignet, die Erwägungen der Beklagten zum

Schätzungsermessen zu tragen. Die Beklagte habe eine Kürzung auf das Quartalskriterium von 390 Stunden vorgenommen und damit faktisch eine 6-Stunden-Grenze für jeden Tag zu Grunde gelegt. Diese Vorgehensweise lasse sich schon mit der Vorgabe der Richtlinie, wonach auch bei hälftigem Versorgungsauftrag erst eine Überschreitung der 12-Stunden-Grenze an mehr als drei Tagen im Quartal zur Einleitung einer Prüfung berechtige, nicht vereinbaren. Auch die Erwägungen der Beklagten selbst, wonach "sich sicherlich das Quartalsprofil in einem gewissen Maß erhöhte", fänden sich im Rahmen der Ausübung des Schätzungsermessens nicht wieder, was ebf. beanstandet werde. Entsprechendes gelte für die Berücksichtigung tatsächlich geringerer Leistungszeiten im Rahmen der Versichertenpauschalen, die die Beklagte bereits - entgegen der Spruchpraxis in (mindestens) drei anderen KV-Bezirken - dem Grunde nach zu Unrecht nicht anerkenne. Die Beklagte verkenne, dass ihr eine Verpflichtung auferlegt sei, Umstände zugunsten der geprüften Ärzte zu ermitteln. Insb. die in der Richtlinie genannten Faktoren sowie eine höhere Fallzahl als in der Vergleichsgruppe seien zu berücksichtigen. Gem. § 12 Abs. 2 Satz 3 Nr. 1 d, e der Richtlinie nach [§ 106d SGB V](#) seien u. a. quartalsbezogene Pauschalen, sowie eine überdurchschnittliche Fallzahl, fachliche Spezialisierungen etc. zu berücksichtigen. Der Bewertungsausschuss habe mit Beschluss vom 11.12.2019 die Prüfzeiten für viele Leistungspositionen teilweise deutlich abgesenkt. Dies habe auch Auswirkungen auf die Vergangenheit. Die KBV habe ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sich die Zeiten in den vergangenen Jahren teilweise erheblich verändert hätten und Ärzte immer wieder unverschuldet in eine Plausibilitätsprüfung geraten seien, weil die Zeiten für bestimmte Leistungen zu hoch bemessen gewesen seien. Damit entziehe die KBV dem Bundessozialgericht das Argument, die Prüfzeiten würden auf "ärztlichem Erfahrungswissen" basieren. Zum anderen vertrage sich die Meinung des Bundessozialgerichts, die im alten EBM enthaltenen Prüfzeiten könnten vom Arzt "schlechterdings" nicht unterboten werden, nicht mit dem Umstand, dass die Prüfzeiten im neuen EBM abgesenkt worden seien, obwohl sich an den Inhalten der Gebührenordnungspositionen nichts geändert habe. Z. B. seien die Prüfzeiten für die Versichertenpauschalen nach GOP 18211 und 18212 EBM von 18 auf 14 bzw. von 21 auf 16 Minuten herabgesetzt worden. Die Prüfzeit für die Durchführung der Körperakupunktur nach GOP 30791 EBM sei von 10 auf 4 Minuten herabgesetzt worden.

Die Klägerin beantragt,
den Bescheid der Beklagten vom 18.07.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29.11.2017 aufzuheben,
hilfsweise
die Beklagte unter Aufhebung des Widerspruchsbescheides vom 29.11.2017 zu verpflichten, über ihren Widerspruch vom 11.08.2016 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf die Überschreitungen bei den Quartals- und Tagesprofilzeiten. Die Profilzeiten beruhen auf dem Anhang 3 zum EBM. Diese seien für die Vertragsärzte und die Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlich. Es handele sich nicht um die Festlegung absoluter Mindestzeiten, sondern um eine Zeitvorgabe, die im Einzelfall durchaus unterschritten werden könne. Die Durchschnittszeit stelle sich aber bei einer ordnungsgemäßen und vollständigen Leistungserbringung als statistischer Mittelwert dar. Der Verweis der Klägerin auf die IGES-Expertise überzeuge demgegenüber nicht. Die weitere Überprüfung habe ergeben, dass Dr. D. in großem Umfang Leistungen erbracht habe, ohne den Abrechnungsumfang jedoch plausibel darlegen zu können. Es liege sowohl ein Verstoß gegen die Bedarfsplanung, als auch ein Verstoß gegen das Verbot der Abrechnung von nicht vollständig erbrachten Leistungen vor. Die Festlegung der Quartalsprofilgrenze ergebe sich aus der Ermächtigungsgrundlage nach [§ 106a SGB V](#) a. F. und der hieraus resultierenden Abrechnungsprüfungsrichtlinie. Nach dieser ergebe sich bei einer Teilzulassung eine hälftige Quartalsprofilgrenze von 390 Stunden. Eine Verpflichtung zur Anerkennung kürzerer Prüfzeiten für Versicherten-/Grundpauschalen bestehe nicht. Auch in der Abrechnungsprüfungsrichtlinie finde sich dahingehend keine Bestimmung. Hieran ändere auch die Verwaltungspraxis anderer KVen nichts. Fehler beim Ausüben des Schätzungsermessens lägen demnach nicht vor. Ermittlungs- und Begründungsdefizite seien nicht gegeben. An der Verbindlichkeit der Prüfzeiten für den streitbefangenen Zeitraum ändere auch die Weiterentwicklung des EBM und die in diesem Zuge erfolgte Anpassung der Prüfzeiten im Anhang 3 EBM nichts. Die Neufassung des EBM trete erst zum 01.04.2020 in Kraft. Prüfzeiten würden damit nicht mit Wirkung für die Vergangenheit geändert. Die Rechtsprechung habe die Prüfzeiten für die Akupunkturleistungen bestätigt. Es handele sich bei der einzelnen Akupunktur als Teil einer Akupunkturbehandlung um eine umfassende Behandlung einer im Ansatz ganzheitlichen Therapie. Hieran möge auch die parallele Nutzung von acht Behandlungsräumen nichts zu ändern. Die Prüfung der Auffälligkeiten gelte auch für die Überschreitung eines hälftigen Versorgungsauftrags. Die Klägerin lege nicht dar, warum bei Herrn Dr. D. pauschal kürzere als die Prüfzeiten, etwa hinsichtlich der Grundpauschalen zugrunde gelegt werden sollten. Dass es in einigen Fällen bei einem Arzt-Patienten-Kontakt geblieben sei, rechtfertige nicht pauschal ein Abweichen von den verbindlichen Prüfzeiten. Ebenso bestehe kein zwingender Rückschluss, dass ein einmaliger Arzt-Patienten-Kontakt per se eine kürzere als die verbindliche Prüfzeit nach sich ziehe. Im Übrigen verweise sie auf ihre Ausführungen im angefochtenen Bescheid sowie im Widerspruchsbescheid.

Der Beigeladene verweist auf seine ergänzende Klagebegründungsschrift vom 20.08.2019. Darin ist er der Auffassung, die Prüfzeiten stellten kein taugliches Indiz für eine fehlerhafte Abrechnung der Leistungen dar. Auch nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts handle es sich bei den Plausi-Zeiten um bloße Abrechnungsauffälligkeiten. Es fehle an einer empirischen Ermittlung der Zeitdauer der Leistungen. Zahlreiche relevante Veränderungen der Praxisorganisation, der Praxisfinanzierung, der Arbeitszeiten sowie der Produktivität der unterschiedlichen Ärzte sei nicht hinreichend berücksichtigt worden. Quartalsprofile seien für die Berufsausübungsgemeinschaft insgesamt und nicht für die einzelnen Ärzte zu bilden. Herr Dr. D. habe zum Quartal I/12 seinen Versorgungsauftrag auf die Hälfte beschränkt, in der Nachfolge sei Dr. A. aufgenommen worden. Die jeweilige Grundpauschale sei deshalb oft von ihm abgerechnet worden, da sich viele Patienten zunächst zuerst bei ihm vorgestellt hätten. Eine ausdrückliche gesetzliche oder untergesetzliche zeitliche Obergrenze bei Teilzulassung sei nicht ersichtlich. Das Schätzungsermessen sei rechtswidrig ausgeübt worden.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer konnte ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid nach [§ 105 SGG](#) entscheiden. Die Sache hat keine Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art, und der Sachverhalt ist geklärt. Die Kammer hat die Beteiligten hierzu mit Verfügung vom 27.04.2020 angehört. Ein Einverständnis der Beteiligten hierzu wird vom Gesetz nicht verlangt.

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

Die Klage ist aber unbegründet. Der Bescheid der Beklagten vom 18.07.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29.11.2017 ist rechtmäßig und war daher nicht aufzuheben. Die Klägerin hat auch keinen Anspruch auf Neubescheidung ihres Widerspruchs unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts. Die Klage war im Haupt- und Hilfsantrag abzuweisen.

Rechtsgrundlage des angefochtenen Berichtigungsbescheids ist [§ 106a Abs. 2 Satz 1 bis 4 SGB V](#) in der hier noch anzuwendenden und bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) v. 14.11.2003, [BGBl I 2003, 2190](#) (aktuell [§ 106d Abs. 2 Satz 1 bis 4 SGB V](#)) mit der letzten Änderung durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) v. 16.07.2015, [BGBl. I S. 1211](#) (im Folgenden: SGB V). Eine nach den Bestimmungen zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung rechtmäßige (Teil-)Aufhebung des Honorarbescheids mit Wirkung für die Vergangenheit löst nach [§ 50 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#), der Grundnorm des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs für den gesamten Bereich des Sozialrechts, eine entsprechende Rückzahlungsverpflichtung des Empfängers der Leistung aus (vgl. BSG, Ur. v. 14.12.2005 - [B 6 KA 17/05 R](#) - [BSGE 96, 1](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 22](#), zitiert nach juris Rdnr. 11 m. w. N.).

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

Nach [§ 75 Abs. 1 SGB V](#) haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die vertragszahn-ärztliche Versorgung sicher zu stellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragszahnärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Nach [§ 75 Abs. 2 Satz 2 1. Halbsatz](#) haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen. Zu den Pflichten der Vertragsärzte gehört unter anderem auch eine ordnungsgemäße Abrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen. Die Kassenärztliche Vereinigung stellt die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte fest; dazu gehört auch die arztbezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten ([§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)).

Die Beklagte hat die Klägerin durch Übersendung des Anhörungsschreibens und des Ausgangsbescheids ausreichend angehört ([§ 24 SGB X](#)).

Der angegriffene Bescheid ist auch materiell rechtmäßig.

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

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

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

Die Plausibilitätsprüfung stellt ein Verfahren dar, mit dessen Hilfe aufgrund bestimmter Anhaltspunkte und vergleichender Betrachtungen die rechtliche Fehlerhaftigkeit ärztlicher Abrechnungen vermutet werden kann. Anhaltspunkte für eine solche Vermutung sind Abrechnungsauffälligkeiten. Abrechnungsauffälligkeiten sind durch die Anwendung der Aufgreifkriterien mit sonstigen Erkenntnissen aus Art und Menge der abgerechneten ärztlichen Leistungen zu gewinnende Indizien, welche es wahrscheinlich machen, dass eine fehlerhafte Leistungserbringung im Sinne des [§ 6](#) zugrunde liegt ([§ 5 Abs. 1 AbrPr-RL](#)). Die Plausibilitätsprüfung allein ersetzt nicht das Verfahren der sachlich-rechnerischen Richtigstellung. Erst wenn die Kassenärztliche Vereinigung aufgrund der Plausibilitätsprüfung allein oder in Verbindung mit weiteren Feststellungen zu dem Ergebnis kommt, dass die Leistungen fehlerhaft abgerechnet worden sind, führt die Kassenärztliche Vereinigung ein Verfahren der sachlich-rechnerischen Richtigstellung durch. Auch die Krankenkasse kann Folgerungen aus einer Plausibilitätsprüfung erst ziehen, wenn sich daraus die Fehlerhaftigkeit der Abrechnung ergibt ([§ 5 Abs. 2 AbrPr-RL](#)). Abrechnungsauffälligkeiten in Gestalt einer Überschreitung der Tagesprofile oder der im Quartalszeitprofil maßgebenden Stundenzahl sind geeignet, die Unrichtigkeit einer Abrechnung insgesamt zu belegen, soweit sie sich nicht zugunsten des Arztes bzw. des MVZ erklären lassen (vgl. BSG, Ur. v. 24.10.2018 - [B 6 KA 42/17 R](#) - [BSGE 127, 43](#) = [SozR 4-2500 § 106a Nr. 19](#), juris Rdnr. 20 u. 22 m.w.N.; BSG, Ur. v. 21.03.2018 [B 6 KA 47/16 R](#) - [SozR 4-2500 § 106a Nr. 18](#), juris Rdnr. 25; BSG, Ur. v. 11.09.2019 - [B 6 KA 9/18 R](#) - [BSGE](#) (vorgesehen) = [SozR 4-2500 § 106a Nr. 25](#) (vorgesehen), juris Rdnr. 31).

Nach [§ 7 Abs. 2 Satz 1 AbrPr-RL](#) erstreckt sich die regelhafte Plausibilitätsprüfung auf die Feststellung von Abrechnungsauffälligkeiten ([§ 5 Abs. 1 Satz 3](#)) durch Überprüfung des Umfangs der abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand (Prüfung nach Zeitprofilen [[§ 8](#)]). Für die Feststellung der Abrechnungsauffälligkeiten nach [§ 7 Abs. 2](#) sind die im Anhang 3 zum Einheitlichen

Bewertungsmaßstab in der jeweils gültigen Fassung aufgeführten Prüfzeiten für die ärztlichen Leistungen zugrunde zu legen (§ 8 Abs. 1 AbrPr-RL). Unabhängig vom Tätigkeitsort wird für alle unter der lebenslangen Arztnummer angeforderten Leistungen bei Vertragsärzten, -therapeuten, angestellten Ärzten und Therapeuten, bei ermächtigten Ärzten, bei ermächtigten Instituten und ermächtigten Krankenhäusern gleichrangig ein Tageszeitprofil und ein Quartalszeitprofil ermittelt (§ 8 Abs. 2 AbrPr-RL). Bei der Ermittlung der Zeitprofile bleiben Leistungen im organisierten Notfalldienst, die auf Muster 19 der Vordruckvereinbarung abgerechnet werden, Leistungen aus der unvorhergesehenen Inanspruchnahme des Vertragsarztes außerhalb der Sprechstundenzeiten und bei Unterbrechung der Sprechstunde mit Verlassen der Praxis, unverzüglich nach Bestellung durchzuführende dringende Besuche sowie - bei Belegärzten - Visiten außer Betracht. Anhang 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab kennzeichnet darüber hinaus die behandlungsfall- und krankheitsfallbezogenen ärztlichen Leistungen, die nicht dem Tageszeitprofil unterliegen (§ 8 Abs. 3 AbrPr-RL).

Beträgt bei Vertragsärzten und -therapeuten mit einem vollen Versorgungsauftrag bzw. bei in Vollzeit angestellten Ärzten und Therapeuten die auf der Grundlage der Prüfzeiten ermittelte arbeitstägliche Zeit bei Tageszeitprofilen an mindestens drei Tagen im Quartal mehr als zwölf Stunden oder im Quartalszeitprofil mehr als 780 Stunden, erfolgen weitere Überprüfungen nach § 12. Ein reduzierter Umfang des Versorgungsauftrages bzw. des Tätigkeitsumfangs des angestellten Arztes bzw. Therapeuten ist anteilig zu berücksichtigen (§ 8 Abs. 4 Satz 1 und 2 AbrPr-RL). Abweichend von Abs. 2 kann für Berufsausübungsgemeinschaften und Arztpraxen mit angestellten Ärzten/Therapeuten und medizinische Versorgungszentren die Obergrenze für das Tageszeit- bzw. Quartalszeitprofil nach Abs. 4 multipliziert werden mit der Anzahl der in der Arztpraxis tätigen Ärzte bzw. Therapeuten im Umfang ihrer Tätigkeit unabhängig vom Status (§ 8 Abs. 6 AbrPr-RL).

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

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

Mit der Einführung des [§ 106a SGB V](#) und der Novellierung des [§ 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) hat der Gesetzgeber die Plausibilitätsprüfung allerdings auf eine neue Rechtsgrundlage gestellt.

[§ 83 Abs. 2 SGB V](#) i. d. F. des Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz - GRG) v. 20.12.1988, [BGBl I, 2477](#) verpflichtete die Gesamtvertragspartner zunächst, in den Gesamtverträgen auch Verfahren zu vereinbaren, die die Prüfung der Abrechnungen auf Rechtmäßigkeit durch Plausibilitätskontrollen der Kassenärztlichen Vereinigungen, insbesondere auf der Grundlage von Stichproben, ermöglichen. Dabei waren Anzahl und Häufigkeit der Prüfungen festzulegen. Art. 1 Nr. 34 Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) v. 22.12.1999, [BGBl I, 2626](#), fügte [§ 83 Abs. 2 SGB V](#) den Satz "Gegenstand der Prüfungen nach Satz 1 ist insbesondere die Überprüfung des Umfangs der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand." an, nachdem der gesamte Absatz zunächst gestrichen werden sollte, da die Regelung im Rahmen des bereits geplanten [§ 106a SGB V](#) ersetzt werden sollte (vgl. [BT-Drs. 14/1245, S. 72](#)). § 106a Entwurfsfassung sah in Abs. 2 vor, die Plausibilitätsprüfungen an die Wirtschaftlichkeitsprüfungsgremien nach [§ 106 SGB V](#) anzukoppeln. Nach dem Entwurf waren insb. Verfahren zu vereinbaren, die eine regelmäßige Überprüfung des Umfangs der pro Tag abgerechneten Leistungen unter Plausibilitätsaspekten auf der Grundlage von Annahmen hinsichtlich des Zeitbedarfs für die abgerechneten Leistungen vorsahen. Die Annahmen zum Zeitbedarf für die Erbringung der Leistungen konnten auf der Grundlage von Schätzungen des bei sachgerechter Erbringung der Leistungen nicht unterschreitbaren Zeitaufwands bestimmt werden. Nach der Entwurfsbegründung sollte die Regelung dazu beitragen, übermäßige Ausweitungen der Menge der abgerechneten Leistungen und den damit verbundenen "Punktwertverfall", d. h. den durch die Mengenexpansion verursachten Rückgang der rechnerischen Vergütungssätze, zu verhindern. Insb. würden regelmäßige Plausibilitätsprüfungen der Abrechnungen auf der Grundlage von "Tagesprofilen" vorgeschrieben werden. Damit sollte zugleich eine leistungsgerechte Honorarverteilung erreicht werden. Ergebnisse der Abrechnungsprüfungen, die in der Regel durch die Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt werden, sollten den Prüfungsausschüssen nach § 106 Abs. 2 zur Verfügung stehen (vgl. [BT-Drs. 14/1977, S. 27](#)).

Art. 1 Nr. 62 Buchst. b GMG v. 14.11.2003 hob [§ 83 Abs. 2 SGB V](#) auf und fügte [§ 106a SGB V](#) ein. Die Plausibilitätsprüfungen wurden nicht an die Wirtschaftlichkeitsprüfung, sondern an die sachlich-rechnerische Berichtigung angekoppelt, nachdem das Bundessozialgericht entschieden hatte, dass Plausibilitätsprüfungen der Aufdeckung von Abrechnungsfehlern und unwirtschaftlicher Leistungserbringung dienen, aber kein eigenständiges Verfahren der Honorarkürzung wie sachlich-rechnerische Berichtigung und Wirtschaftlichkeitsprüfung sind (vgl. BSG, Ur. v. 08.03.2000 - [B 6 KA 16/99 R](#) - [BSGE 86, 30](#) = [SozR 3-2500 § 83 Nr. 1](#), juris Rdnr. 35 ff.).

Nach der Entwurfsbegründung zum GMG sind integraler Bestandteil dieser sachlich-rechnerischen Prüfungen die sog. Plausibilitätsprüfungen sowie Prüfungen der abgerechneten Sachkosten. Bei der Plausibilitätsprüfung sei insb. der Umfang der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand des Vertragsarztes zu prüfen. Für diese Prüfung sei nach Satz 3 ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbarter Zeitrahmen (Absatz 6) anzuwenden, der vorgebe, welches Leistungsvolumen je Tag maximal abgerechnet werden könne. Durch die Möglichkeit, zusätzlich einen auf eine längere Periode bezogenen Zeitrahmen zu Grunde zu legen, werde eine flexible Anwendung dieser Regelung durch die Vertragspartner ermöglicht. In Satz 4 werde klargestellt, dass bei der Überprüfung der ärztlichen Abrechnungen auf Plausibilität die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab angegebenen Zeitwerte zu Grunde zu legen seien, soweit diese vorlägen (siehe Änderung zu § 87 Abs. 2) (vgl. [BT-Drs. 15/1525, S. 117](#) f.). Die nach Absatz 6 von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zu vereinbarenden Richtlinien sollen gewährleisten, dass Vereinbarungen über die Abrechnungsprüfungen, einschließlich der Plausibilitätsprüfungen, nach bundesweit abgestimmten Kriterien durchgeführt werden und insoweit auch eine Gleichbehandlung aller Vertragsärzte gewährleistet sei (vgl. [BT-Drs. 15/1525, S. 119](#)).

Zeitgleich fasste Art. 1 Nr. 66 Buchst. c aa GMG § 87 Abs. 2 Satz 1 neu und gab Halbsatz 2 die bis heute gültige Fassung: "Der einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander; soweit möglich, sind die Leistungen mit Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes zu versehen." Nach der Entwurfsbegründung zum GMG sollte zur Verbesserung der Transparenz der Leistungsbewertungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) sowie zur Verbesserung der Wirksamkeit der Abrechnungsprüfungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (siehe § 106a - neu -) die im EBM aufgeführten Leistungen mit Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes versehen werden. Solche kalkulatorischen Zeitwerte seien von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen bei der Vorbereitung von Entwürfen für eine Reform des EBM und im Rahmen von Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Durchführung der Abrechnungsprüfungen bereits entwickelt worden (vgl. [BT-Drs. 15/1525, S. 104](#)).

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

Der Gesetzgeber sieht damit die Plausibilitätszeiten nicht mehr als Teil eines Indizienbeweises oder Beweisverfahrens an, sondern hat deren Normierung als untergesetzliches Recht dem EBM-Geber überantwortet. Nach der Gesetzesbegründung stehen die Plausibilitätszeiten in klarem Zusammenhang zu den kalkulatorischen Zeitwerten. Die Profilzeiten geben mit den Obergrenzen von 12 Stunden täglich bzw. 780 Stunden im Quartal eine Plausibilitätsgrenze an. Diese Plausibilitätsgrenze gibt den Umfang an Leistungen an, der maximal in einer vertragsärztlichen Praxis pro Behandler erwirtschaftet werden kann. Die Profilzeitgrenzen, schon als maximale Obergrenze abgefasst, berücksichtigen ferner nicht Pausen- und Essenszeiten, Zeiten für die Versorgung von Privatpatienten, für die Anleitung der Mitarbeiter und Erbringung von nicht erfassten Leistungen. Insofern handelt es sich um Obergrenzen, die bereits einen "Sicherheitspuffer" beinhalten. Zudem stellen die Obergrenzen nur ein Aufgreifkriterium dar. § 12 AbrPr-RL verpflichtet die Kassenärztliche Vereinigung zu weiteren Prüfungen, wenn die Plausibilitätsprüfungen nach §§ 8 bis 11 Abrechnungsauffälligkeiten ergeben (§ 12 Abs. 1 AbrPr-RL). Die weiteren Überprüfungen haben zum Ziel, mithilfe ergänzender Tatsachenfeststellungen und Bewertungen unter Berücksichtigung der Merkmale nach Absatz 3 festzustellen, ob gegen die rechtliche Ordnungsmäßigkeit nach § 6 verstoßen worden ist oder nicht (§ 12 Abs. 2 AbrPr-RL). Im Rahmen dieser Prüfungen berücksichtigt die Kassenärztliche Vereinigung auch die nachstehenden Feststellungen und Umstände, um zu prüfen, ob die Abrechnungsauffälligkeiten sich zugunsten des Arztes erklären lassen. Im Einzelnen sind bei einem erhöhten Stundenaufkommen insb. zu berücksichtigen: a) die Beschäftigung eines Assistenten (differenziert nach Art des Assistenten), b) Jobsharing, c) Vertreterfälle gemäß Muster 19 der Vordruckvereinbarung (§ 12 Abs. 3 Satz 1 und 2 Nr. 1 AbrPr-RL).

Die Obergrenzen sind auch im Zusammenhang mit der Kalkulation der Vergütung ärztlicher Leistungen zu sehen. Dem kalkulatorischen Arztlohn entspricht eine Brutto-Jahresarbeitszeit von 140.148 Minuten. Für den größten Teil der im EBM bewerteten Leistungen geht der Bewertungsausschuss davon aus, dass sog. Overheadzeiten, also Zeiten, in denen der Arzt Tätigkeiten zu verrichten hat, die nicht unmittelbar einer einzelnen abrechenbaren ärztlichen Leistung zugeordnet werden können, 12,5 % der Jahresarbeitszeit ausmachen, sodass 87,5 % der Arbeitszeit (122.629,5 Minuten pro Jahr) für die Erbringung abrechenbarer Einzelleistungen eingesetzt werden können (vgl. BSG, Urt. v. 24.10.2018 - [B 6 KA 42/17 R](#) - SozR 4-2500 § 106a Nr. 19, juris Rdnr. 16). Diese sog. Overhead-Zeiten gehen rechnerisch nicht in die Kalkulationszeit bzw. Prüfzeit ein. Eine Jahresarbeitszeit von 140.148 Minuten (=2.335,8 Stunden) entspricht einer Quartalarbeitszeit (./. 4) von 583,95 Stunden bzw. täglich (./. 65) von 8,98 bzw. gerundet 9 Stunden. Eine Profilzeit von 12 Stunden täglich entspricht unter Einbeziehung der sog. Overheadzeiten (./. 87,5 %) rechnerisch einer Arbeitszeit von 13,7 Stunden. Dies verdeutlicht ebf., dass in die Prüfzeiten ein großer Spielraum ärztlicher Leistungserbringung eingebaut ist.

Zuletzt hat das Bundessozialgericht seine frühere Rechtsprechung modifiziert und stellt nunmehr nur noch auf die Funktion des Bewertungsausschusses als Normgeber ab, dem ein Gestaltungsspielraum zukommt. Die richterliche Kontrolle untergesetzlicher Normen beschränkt sich darauf, ob die äußersten rechtlichen Grenzen der Rechtssetzungsbefugnis durch den Normgeber überschritten wurden. Dies ist erst dann der Fall, wenn die getroffene Regelung in Anbetracht des Zwecks der Ermächtigung schlechterdings unvertretbar oder unverhältnismäßig ist. Die gerichtliche Kontrolle der sog. Plausibilitätszeiten ist somit im Wesentlichen auf die Prüfung beschränkt, ob sich diese auf eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage stützen können und ob die Grenzen des Gestaltungsspielraums eingehalten sind. Sofern eine Norm tatsächliche Umstände zur Grundlage ihrer Regelung macht, erstreckt sich die gerichtliche Überprüfung insbesondere darauf, ob der Bewertungsausschuss seine Festsetzung frei von Willkür getroffen hat (vgl. BSG, Urt. v. 24.10.2018 - [B 6 KA 42/17 R](#) - SozR 4-2500 § 106a Nr. 19, juris Rdnr. 13; BSG, Urt. v. 24.10.2018 - [B 6 KA 43/17 R](#) - [MedR 2019, 598](#), juris Rdnr. 14; vgl. bereits LSG Hessen, Urt. v. 20.02.2019 - [L 4 KA 58/16](#) - juris Rdnr. 49, Revision zurückgewiesen durch BSG, Urt. v. 15.07.2020 - [B 6 KA 15/19 R](#) - zit. n. Terminbericht Nr. 16/20 v. 15.07.2020; LSG Hessen, Urt. v. 13.09.2017 - [L 4 KA 65/14](#) - juris Rdnr. 53 f.; LSG Hessen, Urt. v. 26.11.2014 - [L 4 KA 2/11](#) - juris Rdnr. 54; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 02.01.2018 - [L 11 KA 39/17 B ER](#) - juris Rdnr. 67).

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

Auf der Grundlage der neueren BSG-Rspr. ist daher der nach wie vor geübten Kritik in der Literatur zu den Prüfzeiten (vgl. Scholl-Eickmann, [MedR 2019, 603 f.](#); Dahm, [MedR 2019, 373 ff.](#); Steinhilper/Dahm, [MedR 2018, 269 ff.](#); Willaschek, in *Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht im Deutschen Anwaltverein* 2018, 31 ff.; ders. [ZMGR 2015, 387 ff.](#)) nicht zu folgen (zur IGES-Studie vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v.

02.01.2018 - [L 11 KA 39/17 B ER](#) - juris Rdnr. 68), zumal Sanktionen erst bei der Abrechnung einer Leistungsmenge greifen, die ganz erheblichen über die Leistungsmenge hinausgehen, die bei einer voll ausgelasteten Praxis anfällt (vgl. BSG, Urt. v. 24.10.2018 - [B 6 KA 42/17 R](#) - SozR 4-2500 § 106a Nr. 19, juris Rdnr. 18).

Ausgehend hiervon war die Beklagte grundsätzlich berechtigt, Tages- und Quartalsprofile zu erstellen und eine Prüfung insb. anhand der Quartalsprofile vorzunehmen. Tages- und Quartalsprofil stehen alternativ und nicht kumulativ als Indizien für eine implausible Abrechnung nebeneinander (vgl. BSG, Beschl. v. 17.08.2011 - [B 6 KA 27/11 B](#) - juris Rdnr. 6).

Zutreffend geht die Beklagte davon aus, dass für die Überschreitung der Grenzwerte im Sinne der Prüfkriterien (Zeitprofile) bei einer Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag ein Tagesprofil von sechs Stunden und ein Quartalsprofil von 390 Stunden gelten. Nach § 8 Abs. 4 Satz 2 AbrPr-RL ist ein reduzierter Umfang des Versorgungsauftrages anteilig zu berücksichtigen (§ 8 Abs. 4 Satz 1 und 2 AbrPr-RL). Die Plausibilitätsprüfung dient nicht nur der Aufdeckung von Verstößen gegen die aus einer Anstellungsgenehmigung folgenden Beschränkung des Tätigkeitsumfangs (vgl. BSG, Urt. v. 11.09.2019 - [B 6 KA 9/18 R](#) - BSGE (vorgesehen) = SozR 4-2500 § 106a Nr. 25 (vorgesehen), juris Rdnr. 17 ff.), sondern auch der Überprüfung der Einhaltung des Umfangs des aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrags.

Die Prüfung und Erstellung der Profilzeiten hat arzt- und nicht praxisbezogen zu erfolgen. Für alle unter der lebenslangen Arztnummer angeforderten Leistungen wird ein Tageszeitprofil und ein Quartalszeitprofil ermittelt (§ 8 Abs. 2 AbrPr-RL). Dies galt auch nach § 8 Abs. 2 Satz 1 AbrPr-RL a.F. § 8 Abs. 4 AbrPr-RL a.F. sah lediglich vor, dass für fachgruppengleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Arztpraxen mit angestellten Ärzten sowie fachgruppenübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren Absatz 3, also die zeitlichen Obergrenzen, entsprechend gilt, wobei die Obergrenze für das Tageszeit- bzw. Quartalszeitprofil multipliziert wird mit der Anzahl der in der Arztpraxis tätigen Vertragsärzte oder angestellten Ärzte im Umfang ihrer Tätigkeit. § 8 Abs. 6 AbrPr-RL in der hier anzuwendenden Fassung hat den gleichen Inhalt mit dem Unterschied, dass die Vorschrift als Ermessensvorschrift ausgestaltet ist. Aus beiden Fassungen der Vorschrift folgt allerdings nicht, dass eine Prüfung und Honorarberichtigung zwingend nur dann vorgenommen werden kann, wenn die Praxis als Einheit die Obergrenzen überschreitet. § 106a Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 (bzw. § 106d Abs. 2 Satz Halbsatz 2) SGB V schreibt ausdrücklich die "arztbezogene", nicht praxisbezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität vor. Im Übrigen hat die Beklagte bereits im angefochtenen Ausgangsbescheid das Quartalsprofil der Berufsausübungsgemeinschaft erfasst, dass in allen streitbefangenen Quartalen deutlich überschritten wird.

Eine unterdurchschnittliche Abrechnung der Kollegen des Beigeladenen berechtigte diesen nicht, über seinen Versorgungsauftrag hinausgehende Leistungen abzurechnen. Der Umfang des Versorgungsauftrags und letztlich auch die Obergrenze plausibler Zeitprofile begrenzen interne Vertretungen. Interne Vertretungen sind nicht ohne jede zeitliche Beschränkung zulässig (vgl. BSG, Urt. v. 11.09.2019 - [B 6 KA 9/18 R](#) - BSGE (vorgesehen) = SozR 4-2500 § 106a Nr. 25 (vorgesehen), juris Rdnr. 28). Abrechnungsauffälligkeiten sind geeignet, die Unrichtigkeit einer Abrechnung insgesamt zu belegen, soweit sie sich nicht zugunsten des Arztes erklären lassen (vgl. BSG, Urt. v. 11.09.2019 - [B 6 KA 9/18 R](#) - BSGE (vorgesehen) = SozR 4-2500 § 106a Nr. 25 (vorgesehen), juris Rdnr. 31 m.w.N.).

Die Beklagte hat die Tagesprofile nicht falsch berechnet. Sie hat die Tagesprofile auf der Grundlage der Zeitangaben im EBM erstellt. Zur Vermeidung von Wiederholungen wird auf den angefochtenen Widerspruchsbescheid verwiesen ([§ 136 Abs. 3 SGG](#)).

Ergänzend weist die Kammer darauf hin, dass erst die Neufassung der ab 2018 geltenden AbrPr-RL in § 12 zusätzlich die Berücksichtigung der quartalsbezogenen Pauschalen und überdurchschnittlichen Fallzahl, fachlichen Spezialisierung etc. vorsieht. Diese Kriterien können allerdings nicht bereits aus sich heraus - anders als z. B. die Beschäftigung eines Assistenten - die Plausibilität eines erheblichen Zeitumfangs begründen. Es wird der Kammer auch aus dem Vortrag der Klägerin nicht ersichtlich, in welcher Weise diese Kriterien im Fall der Klägerin die Implausibilität der Leistungen widerlegen könnten. Eine hohe Patientenzahl, besondere Sprechstunden-/Praxisöffnungszeiten oder besondere Strukturen der Praxis können die Überschreitung der Tagesprofile nicht rechtfertigen, da maßgeblich der plausible Zeitaufwand Gegenstand der Überprüfung ist.

Die Beklagte konnte auch für die Körperakupunkturleistung nach Nr. 30791 EBM 2005 die vom EBM vorgegebene Prüfzeit im Tagesprofil von 10 Minuten bei einer Kalkulationszeit von 13 Minuten ansetzen. Dies hat die Kammer bereits mit Urteil vom 19.09.2012 - [S 12 KA 167/11](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) = juris (rechtskräftig) entschieden (siehe auch SG Marburg, Urt. v. 02.02.2015 - S 12 KA 122/14 -, Berufung zurückgewiesen durch LSG Hessen, Urt. v. 28.10.2015 - [L 4 KA 16/15](#) -; SG Marburg, Urt. v. 28.05.2014 - [S 11 KA 572/12](#) - Berufung zurückgewiesen durch LSG Hessen, Urt. v. 13.09.2017 - [L 4 KA 65/14](#) - juris; SG Marburg, Gerichtsbb. v. 14.05.2014 - [S 12 KA 601/13](#) - juris Rdnr. 40 ff.; SG Marburg, Gerichtsbb. v. 24.04.2014 - S 11 KA 442/12 -; SG Marburg, Urt. v. 13.03.2013 - S 11 KA 101/11 -).

Akupunkturleistungen wurden durch Beschluss des Bewertungsausschusses zu Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) durch den Bewertungsausschuss nach [§ 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) in seiner 119. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), Teil C, mit Wirkung zum 01.01.2007 neu in den EBM eingeführt. Die Leistungslegende beschreibt die seinerzeit mit 600 Punkten bewertete Nr. 30791 wie folgt: Durchführung einer Körperakupunktur und ggf. Revision des Therapieplans gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach [§ 135 Abs. 2 SGB V](#) zur Behandlung bei folgenden Indikationen:

- chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule, oder
- chronische Schmerzen eines oder beider Kniegelenke durch Gonarthrose.

Obligater Leistungsinhalt:

- Durchführung der Akupunktur gemäß dem erstellten Therapieplan,
- Aufsuchen der spezifischen Akupunkturpunkte und exakte Lokalisation,
- Nadelung akupunkturspezifischer Punkte mit sterilen Einmalnadeln,
- Verweildauer der Nadeln von mindestens 20 Minuten.

Fakultativer Leistungsinhalt:

- Beruhigende oder anregende Nadelstimulation,
- Hervorrufen der akupunkturspezifischen Nadelwirkung (De-Qui-Gefühl),
- Berücksichtigung der adäquaten Stichtiefe,
- Adaption des Therapieplanes und Dokumentation,

- Festlegung der neuen Punktekombination, Stimulationsart und Stichtiefe, je dokumentierter Indikation bis zu zehnmal, mit besonderer Begründung bis zu 15 mal im Krankheitsfall.

Die Sachkosten inklusive der verwendeten Akupunkturnadeln sind in dieser Leistung enthalten.

Im Urteil vom 19.09.2012 - [S 12 KA 167/11](#) - a.a.O. hat die Kammer folgendes ausgeführt:

"Damit wird deutlich, dass es sich auch bei der einzelnen Akupunktur als Teil einer Akupunkturbehandlung um eine umfassende Therapie einer im Ansatz ganzheitlichen Therapie handelt. Die mit einem Anästhesisten, der an der Schmerztherapievereinbarung teilnimmt und selbst Akupunkturen durchführt, besetzte Kammer geht davon aus, dass der Ansatz von 10 Minuten nicht zu beanstanden ist und zutreffend so bemessen ist, dass ein erfahrener, geübter und zügig arbeitender Arzt die Leistungen im Durchschnitt in kürzerer Zeit schlechterdings nicht ordnungsgemäß und vollständig erbringen kann.

Die vom Kläger eingereichten drei Dateien mit Videoaufzeichnungen über zwei exemplarische Behandlungen, die die Kammer mit den Beteiligten in der mündlichen Verhandlung angeschaut hat, sind nicht geeignet, den Ansatz einer Prüfzeit im Tagesprofil von 10 Minuten zu widerlegen. Für die Behandlung chronischer Schmerzen der Lendenwirbelsäule mittels Akupunktur werden danach für das Anbringen der Nadeln - es handelt sich um die Mindestzahl von zehn Nadeln - ca. 70 Sekunden, für das Stimulieren ca. 25 Sekunden und für eine Kontrolle ca. 25 Sekunden, insgesamt ca. 120 Sekunden benötigt. Für die Behandlung chronischer Schmerzen eines oder beider Kniegelenke durch Gonarthrose werden danach für das Anbringen der Nadeln ca. 55 Sekunden benötigt. Diese Videoaufzeichnungen geben aber nur einen kleinen Teil der notwendigen Behandlung wieder und stellen den Behandlungsablauf als einen rein technischen, fast "fließbandartigen" Vorgang dar. Auch bei optimaler Vorbereitung durch die Praxismitarbeiter fallen Wegezeiten zum Aufsuchen und Verlassen des Behandlungsraums an und müssen insbesondere in jeder Sitzung Gespräche mit den Patienten geführt werden. In jeder Sitzung ist der zurückliegende Zeitraum bis zur letzten Sitzung aufzuarbeiten und hat eine Evaluation mit dem Patienten zu erfolgen. Es ist zu evaluieren, ob die bisherige Therapie bestätigt werden kann oder ob sie zu verändern ist. Hinzu kommt das Führen der Dokumentation, dessen Umfang und Sorgfalt gerade dann zunehmen, wenn Akupunkturen in einer Häufigkeit wie bei dem Kläger vorgenommen werden. So rechnete der Kläger die Nr. 30791 in den streitbefangenen Quartalen wie folgt ab:

Quartal I/07 II/07 III/07 IV/07

absolut 907 1.470 1.959 1.533

Je 100 Fälle 58 104 121 98

Hinzu kommt, dass es sich um einen ganzheitlichen Therapieansatz handelt, bei dem nicht nur Ruhe während der Verweildauer der Nadeln von mindestens 20 Minuten notwendig ist, sondern während der gesamten Behandlung. Auch dies steht von vornherein einer "fließbandartigen" Behandlung entgegen. Wie bei Gesprächsleistungen schließt dies auch hier eine parallele Leistungserbringung aus, können also während der Durchführung der Akupunktur mit dem Patienten weitere Leistungen nicht erbracht werden. Gespräche mit dem Patienten sind zunächst Teil der Akupunkturbehandlung. Sie können gesondert nur abgerechnet werden, wenn sie separat, also außerhalb der Akupunktursitzung erfolgen, und einen anderen Therapieansatz verfolgen, soweit dieser im Sinne einer Stufentherapie nicht gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstößt. Von daher sieht die Kammer in der genannten Kalkulations- und Prüfzeit nicht lediglich einen standespolitischen Erfolg entsprechender Verbände, sondern auch das zutreffend vom Bewertungsausschuss unterstellte Erfordernis einer sorgfältigen individuellen Behandlung, das einer Vertaktung des Behandlungsablaufs insofern entgegensteht. Auch die klägerseits vorgelegten verbandspolitischen Stellungnahmen haben nicht dargelegt, welche anderen Mindest- bzw. Prüfzeiten anzusetzen wären."

Hieran hält die Kammer fest. Nach der Rechtsprechung des LSG Hessen ist angesichts der nur eingeschränkten richterlichen Kontrolle der dem Gestaltungsspielraum des Bewertungsausschusses unterliegenden Prüfzeiten der Anlage 3 EBM kein Beweis der Tatsache, dass die im Anhang 3 zum EBM festgelegte Prüfzeit von 10 Minuten für die Leistungserbringung der Akupunkturbehandlung nach der EBM-Nr. 30791 insgesamt zu hoch bemessen ist, durch ein Sachverständigengutachten einzuholen, da diese Tatsache nicht erheblich ist. Selbst unterstellt, diese Annahme sei richtig, ließe eine längere Prüfzeit für die Nr. 30791 EBM keine Rückschlüsse auf eine Überschreitung des Gestaltungsspielraums des Bewertungsausschusses im vorbeschriebenen Sinne zu (vgl. LSG Hessen, Urte. v. 13.09.2017 - [L 4 KA 65/14](#) - juris Rdnr. 55).

Der Beigeladene rechnete z. B. im Quartal die Nr. 30791 EBM 2.098 mal ab. Hierfür ist im Quartal ein Zeitaufwand von 349,7 Stunden erforderlich bzw. von täglich (.f. 65) 5,4 Stunden. Hinzu kommt die Abrechnung von 155 Leistungen nach Nr. 30790 EBM (Prüfzeit: 30 Minuten) mit einem Zeitaufwand von 77,5 Stunden im Quartal bzw. von täglich 1,2 Stunden, zusammen von 427,2 Quartalsstunden bzw. täglich 6,6 Stunden.

Von daher war auch die Einbeziehung der Akupunkturleistungen in die Zeitprofile nicht zu beanstanden.

Zutreffend weist die Beklagte darauf hin, dass nach Ziffer 1.7 Abs. 2 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM bei Gebührenordnungspositionen, bei denen eine Auf- oder Abschlagsregelung vorgesehen ist, die Prüfzeit gemäß Anhang 3 des EBM ebenfalls entsprechend anzupassen ist. Auf dieser Grundlage waren daher die Prüfzeiten für die orthopädischen Grundpauschalen nach Nr. 18210 bis 18212 EBM zu erhöhen. Der EBM-Geber berücksichtigt dadurch aufgrund entsprechender gesetzlicher Vorgaben (vgl. [§ 87 Abs. 2a Satz 1 SGB V](#) i. d. F. des ab 01.01.2004 geltenden Fassung des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) bzw. jetzt des [§ 87 Abs. 2c Satz 1 SGB V](#)) den erhöhten Betreuungsaufwand pro Patient bei der Behandlung durch eine kooperative Versorgungsform im Vergleich zur Behandlung durch eine Einzelpraxis, da in der kooperativen Versorgungsform oftmals mehrere Ärzte an der Behandlung beteiligt sind (vgl. BSG, Urte. v. 17.03.2010 - [B 6 KA 41/08 R](#) - [BSGE 106, 49](#) = SozR 4-2500 § 87 Nr. 21, juris Rdnr. 16 ff.). Der kooperativen Versorgungsformen eingeräumte höhere Vergütung entspricht eine höhere Prüfzeit. Es ist nicht ersichtlich, dass hierdurch der Gestaltungsspielraum des Bewertungsausschusses überschritten würde.

Soweit vorgetragen wird, aufgrund der Nachfolge des Dr. A. in den hälftigen Vertragsarztsitz des Beigeladenen zum Quartal I/12 sei die jeweilige Grundpauschale deshalb oft von ihm, dem Beigeladenen, abgerechnet worden, da sich viele Patienten zunächst zuerst bei ihm vorgestellt hätten, fehlt es an einem Nachweis hierfür. Herr Dr. A. überschreitet seit dem Quartal III/12 ebf. das Quartalsprofil. Mit über 318 bzw. 381 Stunden liegt er in den beiden ersten Quartalen nahe an der Obergrenze. Die sich hieraus ergebende rechnerische Durchschnittsarbeitszeit von 4,9 bzw. 5,9 Stunden täglich deuten unter Berücksichtigung eines hälftigen Versorgungsauftrags ebf. auf eine

Vollauslastung hin.

Die Änderung der Prüfzeiten hat keine Auswirkungen auf die hier streitgegenständlichen Quartale.

Der Bewertungsausschuss hat mit Beschluss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 455. Sitzung am 11. Dezember 2019 zur Neufassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. April 2020 (http://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2019-12-11_ba455_8.pdf) den EBM neu gefasst und hierbei auch die Prüfzeiten geändert. Für die hier streitgegenständlichen Quartale besteht keine Rückwirkung der erst ab 01.04.2020 geltenden Prüfzeiten.

Aus der Neufassung der Prüfzeit folgt auch nicht, dass die im hier streitgegenständlichen geltenden Prüfzeiten fehlerhaft festgesetzt wurden und damit nichtig sind.

Nach den entscheidungserheblichen Gründe Teil A und Teil E zum Beschluss des Bewertungsausschusses vom 11.12.2019 ist die Anpassung der Bewertung der Leistungen Folge der Aktualisierung und Weiterentwicklung der einzelnen Parameter des Standardbewertungssystems (StaBS). Wichtige Parameter des StaBS seien der kalkulatorische Arztlohn, die Praxiskosten und die Kalkulationszeiten der einzelnen Leistungen im EBM. Mit Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 5. Sitzung vom 11./12. Oktober 2007 sei der kalkulatorische Arztlohn zuletzt auf 105.571,80 EUR festgelegt worden. Der Bewertungsausschuss habe den kalkulatorischen Arztlohn nunmehr auf 117.060,00 EUR angehoben. Basis der Leistungsbewertung von mit dem StaBS kalkulierten Leistungen seien ärztliche und technische Kalkulationszeiten. Der Bewertungsausschuss habe die Kalkulationszeiten überprüft und zu einem großen Teil angepasst. Ausgenommen von dieser Anpassung seien zeitgebundene Leistungen (wie beispielsweise bestimmte Gespräche und psychotherapeutische Leistungen) sowie vorerst die Schnitt-Naht-Zeiten für ambulante und belegärztliche Operationen und die Zeiten dazugehöriger Anästhesieleistungen. Grundlage der Beratungen seien Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses gewesen, in denen die tatsächliche (empirische) Arbeitszeit der Ärzte für StaBS-Leistungen den im StaBS kalkulierten Zeiten gegenübergestellt worden seien. Ausgehend von diesem Ergebnis sei eine umfassende medizinische Plausibilisierung der Zeitanätze unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts sowie der Delegationsfähigkeit von Leistungen erfolgt. Als Folgeänderung der aktualisierten Kalkulationszeiten seien auch die Prüfzeiten im Anhang 3 des EBM entsprechend angepasst worden. Das StaBS folge einer betriebswirtschaftlichen Kostenarten-Kostenstellen-Kostenträger-Rechnung. Für jede Fachgruppe gebe es eine Modellpraxis, das sog. Praxisbetriebsmodell (PBM). Die derzeit in den einzelnen Praxisbetriebsmodellen des StaBS eingestellten Kosten seien auf Basis von Ergebnissen einer Sonderauswertung der Kostenstrukturerhebung im medizinischen Bereich des Statistischen Bundesamtes (KSE 2015) aktualisiert worden. Die so anhand der KSE 2015 ermittelten durchschnittlichen Praxiskosten würden kostenartenspezifisch vom Jahr 2015 auf das Jahr 2019 hochdatiert, um die Kostenentwicklung in diesem Zeitraum abzubilden (vgl. Entscheidungserhebliche Gründe Teil A und Teil E zum Beschluss des Bewertungsausschusses vom 11.12.2019, S. 1 f., http://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2019-12-11_ba455_eeg_6.pdf).

Nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung stand im Fokus der Reform die betriebswirtschaftliche Kalkulation der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen. Sie sei an die aktuelle Kostenstruktur der einzelnen Arztgruppen angepasst worden. Der kalkulatorische Arztlohn sei auf 117.060 EUR festgelegt worden. Auch die Zeiten, die Ärzte im Schnitt für eine Behandlung oder Untersuchung benötigten und die ebenfalls in die Leistungsbewertung einfließen würden, seien überprüft und angepasst worden. Dies sei dringend nötig gewesen, da sich die Kosten, aber auch die Zeiten in den vergangenen Jahren teilweise erheblich verändert hätten. So seien Ärzte immer wieder unverschuldet in eine Plausibilitätsprüfung geraten, weil die Zeiten für bestimmte Leistungen zu hoch bemessen gewesen seien. Dies sei jetzt geändert und eine moderne Gebührenordnung geschaffen worden. Der Aufbau und die Struktur des EBM seien von der Reform unberührt geblieben. Auch bei der Abrechnung der einzelnen Leistungen habe sich für die Ärzte und Psychotherapeuten kaum etwas geändert. Strukturelle Änderungen, wie punktuelle inhaltliche Erweiterungen der Leistungsbeschreibung oder redaktionelle Klarstellungen, seien in Abstimmung mit den Berufsverbänden auf das Nötigste reduziert worden. Dass mit der Reform nur wenige Leistungen neu in den EBM aufgenommen würden und sich die Honorierung kaum ändere, hänge damit zusammen, dass es kein zusätzliches Geld gebe. Denn als der Bewertungsausschuss im Jahr 2012 die Reform beschlossen habe, sei vereinbart worden, dass die Änderungen im EBM für die Krankenkassen ausgabenneutral erfolgen müssten (vgl. KBV Praxismaterialien, Neuer EBM ab 1. April 2020 beschlossen, https://www.kbv.de/html/1150_43443.php). Die Bewertung ärztlicher Leistungen erfolge weiterhin auf Grundlage des StaBS. Die Systematik des StaBS sei grundsätzlich beibehalten und insb. in den drei Punkten kalkulatorischer Arztlohn, Praxiskosten auf Basis der Kostenstrukturstatistik des Statistischen Bundesamtes und Kalkulationszeiten der einzelnen Leistungen aktualisiert worden. Die Zeitanätze aller Leistungen im EBM seien überprüft worden. Dabei sei die tatsächliche (empirische) Arbeitszeit der Ärzte den kalkulierten Zeiten gegenübergestellt worden mit dem Ergebnis, dass die abgerechneten Zeiten etwa doppelt so hoch lägen wie die Jahresarbeitszeit. Davon ausgehend habe eine medizinische Plausibilisierung der Zeitanätze unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts sowie der Delegationsfähigkeit von Leistungen stattgefunden. Im Ergebnis führe die Plausibilisierung dazu, dass die Zeiten um durchschnittlich ca. 30 % gesenkt würden. Durch die Absenkung der Kalkulationszeiten gehe kein Vergütungsvolumen verloren. Nicht in den Zeiten abgesenkt worden seien Leistungen mit einer festen Taktung wie Gesprächsleistungen oder Anästhesien (vgl. KBV, Weiterentwicklung des EBM, <https://www.kbv.de/html/weiterentwicklung-ebm.php>).

Für das Fachgebiet der klägerischen Praxis zeigt folgende Tabelle die Änderungen bei einzelnen Leistungen. Für die Punktebewertung wurde zur Vergleichbarkeit nicht auf die streitgegenständlichen Quartale, sondern auf das Quartal IV/13 abgestellt, dem ersten Quartal nach Umstellung des Orientierungswerts und kalkulatorischer Punktwerts auf 10 Cent je Punkt, was nicht zur Veränderung der Bewertung, aber zur Absenkung der Punktezahl geführt hatte.

Nr. EBM Legende (Kurzfassung) Kalkulationszeit (Minuten) Bewertung (Punkte) Prüfzeit (Minuten) I/12 II/20 IV/13 II/20 I/12 II/20
18210 Grundpauschale bis 5. 19 14 175 182 17 13
18211 Grundpauschale 6.- 59. 20 15 182 192 18 14
18212 Grundpauschale ab 60. 23 17 210 222 21 16
18310 Zusatzpauschale Behandlung Stütz- und Bewegungsapparat K 20 15 216 233 18 14
18311 Zusatzpauschale Behandlung Stütz- und Bewegungsapparat E 20 13 217 218 18 12
18320 Zusatzpauschale Orthopädische Funktionsdiagnostik 18 12 161 154 16 11
18330 Zusatzpauschale Diagnostik Funktionsstörung der Hand 20 13 217 212 18 12

18331 Zusatzpauschale Diagnostik Wirbelsäule 15 10 168 168 13 9
18340 Behandlung von sekundär heilenden Wunden 18 12 272 271 16 11
18700 Zusatzpauschale Behandlung von Rheumatoider Arthritis 20 19 212 250 18 17

18220 Zuschlag für die orthopädische Grundversorgung KA 26 31
18222 Zuschlag 18220 KA 8
18227 Zuschlag 18210 bis 18212 KA 2
18228 Zuschlag 18210 bis 18212 TSS-Vermittlung

30790 Eingangsdiagn. u. Abschlussuntersuchung Körperakupunktur 42 40 470 516 30 29
30791 Durchführung einer Körperakupunktur 13 5 212 166 10 4

Die Aufstellung zeigt, was auch für die übrigen Fachgruppen gilt, eine Absenkung der Kalkulations- und Prüfzeiten eines Großteils der Leistungen, ohne dass zwingend in gleichen Umfang eine Absenkung der Bewertung in Punkten erfolgt.

Maßgeblich der Neubewertung der Kalkulations- und Prüfzeiten waren nach der Begründung des Bewertungsausschusses und der Stellungnahme der KBV eine medizinische Plausibilisierung der Zeitansätze unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts sowie der Delegationsfähigkeit von Leistungen. Damit kommt der Bewertungsausschuss seiner Nachbesserungspflicht als Normgeber nach. Sie ist die Kehrseite seines Einschätzungs- und Prognosespielraums. Ob der normgeberischen Entscheidung eine gültige Prognose zugrunde liegt, ist grundsätzlich aus einer ex-ante-Perspektive im Hinblick auf die verfügbaren Informationen und Erkenntnismöglichkeiten zu beurteilen. Die Prognose wird nicht dadurch ungültig und rechtswidrig, dass sie sich im Nachhinein als falsch erweist. Allerdings kann ein grob unzutreffendes Ergebnis ein Indiz für die Ungültigkeit einer Prognose sein. Der Normgeber darf gerade in komplexen Sachgebieten auch neue Konzepte praktisch erproben und Erfahrungen sammeln. Auch nach dem Erlass einer Regelung muss der Normgeber aber die weitere Entwicklung beobachten, erlassene Normen überprüfen und ggf. revidieren, falls sich herausstellt, dass die ihnen zugrunde liegenden Annahmen fehlerhaft waren oder nicht mehr zutreffen (vgl. BVerfG, Urte. v. 19.09.2018 - [2 BvF 1/15](#) - [BVerfGE 150, 1](#), juris Rdnr. 175 f.). Eine Nachbesserungspflicht besteht dann, wenn sich im Vollzug von ursprünglich gerechtfertigten Regelungen herausstellt, dass die die Norm legitimierenden Gründe weggefallen oder die Auswirkungen für einzelne Normadressaten unzumutbar geworden sind (vgl. BSG, Beschl. v. 11.03.2009 - [B 6 KA 31/08 B](#) - juris Rdnr. 22; BSG, Urte. v. 07.02.1996 - [6 RKa 42/95](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 12](#), juris Rdnr. 20 jeweils m.w.N.) oder wenn der Normgeber aufgrund der in der Zwischenzeit gewonnenen Erfahrungen und der geänderten Verhältnisse die tatsächlichen Bedingungen mittlerweile anders einschätzt (vgl. BSG, Beschl. v. 18.08.2010 - [B 6 KA 18/10 B](#) - [SozR 4-2500 § 95 Nr. 17](#), juris Rdnr. 7).

Die Festlegung der hier maßgeblichen Prüfzeiten beruht auf dem Jahr 2005 bzw. der Akupunkturleistungen auf dem Jahr 2006. Es sind keine Umstände ersichtlich, dass die hier maßgeblichen Prüfzeiten im streitgegenständlichen Zeitraum bereits unvertretbar oder willkürlich festgesetzt worden wären. Allein aus einer anderen Einschätzung oder Festlegung der Prüfzeiten zu einem wesentlich späteren Zeitpunkt kann auf eine Fehlerhaftigkeit in der Vergangenheit kein Rückschluss gezogen werden. Von daher kann auch dahingestellt bleiben, ob rechtspolitische Absicht der EBM-Reform auch war, die zeitbezogenen Prüfverfahren zu reduzieren.

Verjährung bzw. Ausschluss einer Berichtigung wegen Zeitablaufs ist nicht eingetreten. Die Beklagte kann eine Berichtigung innerhalb von vier Jahren vornehmen (vgl. BSG Urte. v. 15.11.1995 - [6 RKa 57/94](#) - [SozR 3-5535 Nr. 119 Nr. 1](#), juris Rdnr. 10; BSG, Urte. v. 28.03.2007 - [B 6 KA 22/06 R](#) - [BSGE 98, 169](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 35](#), juris Rdnr. 16 m. w. N.).

Hinsichtlich eines Verschuldens weist die Beklagte zutreffend darauf hin, dass angesichts des Abrechnungsumfangs grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Der Beigeladene hat mit den Quartalsprofilzeiten nicht nur seinen halben Versorgungsauftrag überschritten, sondern in erheblichem Maße auch die zeitliche Obergrenze eines vollen Versorgungsauftrags, so dass er nicht den Leistungsinhalt aller Leistungen vollständig hat erbringen können.

Nicht zu beanstanden war auch die Berechnung des Berichtigungsbetrages. Im Rahmen ihres Schätzungsermessens hat die Beklagte den Leistungsanteil abgeschöpft, der im Quartal auf die von dem Beigeladenen erbrachten Leistungen jenseits der zeitlichen Quartalsgrenze von 390 Stunden entfällt.

Der Rechengang über die Feststellung eines Überschreitungsprozentsatzes bedeutet letztlich, dass die Beklagte einen erwirtschafteten Minutenpreis für alle abgerechneten Leistungen ermittelt hat. Auf diese Weise hat die Beklagte alle Vergütungsanteile und evtl. Sachkostenerstattungen einbezogen. Dies war von der Kammer nicht zu beanstanden. Die hier zu Tage tretende systematisch fehlerhafte Abrechnung hat die Beklagte damit zu Gunsten der Klägerin nur auf die Tage bezogen, an denen eine Überschreitung der Grenze vorliegt. Evtl. Sachkostenerstattungen sind Teil des Vergütungsanspruchs, unabhängig davon, ob sie gesondert ausgewiesen werden oder ob sie als Teil der Leistungsbewertung mit der Abgeltung der Leistung indirekt erstattet werden. Diese Vorgehensweise wäre nur dann im Hinblick auf den Grundsatz der Gleichbehandlung zu beanstanden, wenn die Klägerin eine signifikant von ihrer Fachgruppe bzw. ihre Fachgruppe von den übrigen Fachgruppen abweichende Kostenerstattung hätte, also ein ganz wesentlicher Teil des Vergütungsanspruchs ein bloß "durchlaufender" Posten wäre, was hier aber nicht der Fall ist.

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

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

hinausgehende Leistungen nicht mehr gesondert oder geringer vergütet werden.

Ausgangspunkt der Berechnung des Umfangs einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung ist [§ 106a Abs. 2 Satz 6 SGB V](#). Danach ist bei den "Prüfungen" von dem jeweils angeforderten Punktzahlvolumen unabhängig von honorarwirksamen Begrenzungsregelungen auszugehen. Bereits aus dem Wortlaut der Regelung folgt daher, dass im Rahmen der Prüfungen wegen sachlich-rechnerischer Richtigstellung grundsätzlich auf das jeweils angeforderte Punktzahlvolumen abzustellen ist. Ob und inwieweit das "angeforderte Punktzahlvolumen" tatsächlich vergütet wird, ist zunächst ohne Bedeutung (vgl. BSG, Urt. v. 13.02.2019 - [B 6 KA 58/17 R](#) - SozR 4-2500 § 106a Nr. 22 (vorgesehen), juris Rdnr. 17 ff.).

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

Nach allem war die Klage abzuweisen.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2020-08-31