S 38 KA 452/23 ER

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Sozialgericht München
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	-
Kategorie	Beschluss
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	I. Eine gesetzliche Verpflichtung, für Plausibilitätsprüfungen einen medizinischen Fachexperten in die Prüfung mit einzubinden, besteht nicht (§§ 20, 21 SGB X). Etwas Anderes würde nur gelten, wenn es sich um reine oder schwerpunktmäßig medizinische Fragestellungen handeln würde, die einer besonderen medizinischen Sachkunde und Expertise bedürften. II. Bei den Leistungen nach GOP 98050 bis 98052 (Corona-Testungen) handelt sich um keine GKV-Leistungen, sondern vielmehr um Leistungen nach dem Bayerischen Testkonzept. Eine parallele Abrechnung von Leistungen nach dem EBM ist möglich, sofern es sich zusätzlich um eine Erkrankung oder Symptomatik handelt, die die Ansätze rechtfertigt und die ordnungsgemäß dokumentiert ist. III. Bei der Pflicht zur peinlich genauen Abrechnung handelt es sich um eine Grundpflicht und eine der tragenden Säulen des vertrauensbasierten Vertragsarztsystems. IV. Voraussetzung für die Aufhebung der Honorarbescheide verbunden mit einer Honorarneufestsetzung und Rückforderung im Rahmen der Plausibilitätsprüfung ist außerdem, dass der Pflichtverstoß verschuldet (Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit) wurde. Die mit

	dem pandemischen Geschehen (Corona) einhergehende hohe Belastung der Vertragsärzte führt nicht zu einer anderen Beurteilung des Verschuldens. V. Im Rahmen der Interessenabwägung bei einer Entscheidung über einen Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung nach § 86b Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGG, wenn die Erfolgsaussichten eines Widerspruchs/einer Klage als offen zu beurteilen sind, kommt es maßgeblich darauf an, ob die Vollziehung bei der Antragstellerin/dem Antragsteller zu einer existenziellen Notlage führt und insofern eine unbillige Härte darstellt. Entscheidend für die Einkommens-und Vermögenssituation ist der Zeitpunkt der Antragstellung bzw. der Zeitpunkt der Entscheidung des Gerichts hierüber. Künftige Ereignisse, die zu Auswirkungen auf die Einkommenssituation und/oder Vermögenssituation führen können wie zum Beispiel eine weitere Plausibilitätsprüfung oder ein Strafverfahren, sind für die Beurteilung, ob eine existenzielle Notlage vorliegt, ohne Belang.
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 38 KA 452/23 ER
Datum	04.10.2023

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	-

I. Der Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung des Widerspruchs gegen den Bescheid der Antragsgegnerin vom 20.07.2023 wird abgewiesen.

II. Die Antragstellerin trÃ¤gt die Kosten des Verfahrens.

I.
Mit Schreiben vom 17.08.2023 beantragte der ProzessbevollmÃ¤chtigte der Antragstellerin, die als praktische Ãrztin mit einem vollen Versorgungsauftrag zugelassen ist, die Anordnung der aufschiebenden Wirkung des Widerspruchs vom 16.08.2023 gegen den Honoraraufhebungs-und Neufestsetzungsbescheid vom 20.07.2023.
In diesem Bescheid wurden nach PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fung fÃ¼r die Quartal 3/20 bis 1/22 die entsprechenden Honorarbescheide zurÃ¼ckgenommen, das Honorar neu festgesetzt und Honorar in HÃ¶he von 417.542,62 â¬ zurÃ¼ckgefordert.

Zur BegrÃ¼ndung wurde in dem 48 Seiten umfassenden Ausgangsbescheid ausgefÃ¼hrt, die VertragsÃ¤rztin habe gegen den Grundsatz der peinlich genauen Abrechnung verstoÃen. ZunÃ¤chst sei eine AbrechnungsprÃ¼fung fÃ¼r das Quartal 1/21 eingeleitet worden. Dabei sei festgestellt worden, dass die KlÃ¤gerin in diesem Quartal zeitbewertete Leistungen im Umfang von 820:51 Stunden und an 13 Tagen mehr als 12 Stunden abgerechnet hatte. Parallel ermittle die Generalstaatsanwaltschaft A-Stadt-B-Stadt wegen des Verdachts des Abrechnungsbetruges (Az 111 Js 10249/22).
Im Rahmen der AbrechnungsprÃ¼fung Ã¼bersandte die Antragstellerin angeforderte Patientenunterlagen und nahm mehrfach persÃ¶nlich bzw. durch ihre ProzessbevollmÃ¤chtigten Stellung. Vorgetragen wurde fÃ¼r die WiderspruchsfÃ¼hrerin/Antragstellerin, sie sei als HausÃ¤rztin fÃ¼r zwei Seniorenstifte beauftragt worden, sowohl routinemÃ¤Ãig, als auch bei Ausbruchsgeschehen auf einzelnen Stationen PCR-Testungen auf Covid bei Bewohnern und Mitarbeitern vorzunehmen. Sie sei auch wÃ¤hrend der Corona-Pandemie mehrfach als NotÃ¤rztin tÃ¤tig gewesen und selbst am 31.03.2022 an Corona erkrankt. Die VertragsÃ¤rztin habe die Abrechnungen nicht selbst vorgenommen, sondern diese seien durch die Praxisangestellten bzw. durch ihren LebensgefÃ¤hrten erfolgt.
Die Antragsgegnerin fÃ¼hrte in dem Bescheid vom 20.07.2023 aus, sie habe am 18.11.2022 erstmalig Einsicht in die Ermittlungsakte der ZKG erhalten. Aus dieser sei hervorgegangen, dass bereits Zeugenvernehmungen durchgefÃ¼hrt wurden. Zu einer VerstÃ¤ndigung der Beteiligten Ã¼ber eine RÃ¼ckzahlung kam es nicht. So wurde das RÃ¼ckzahlungsangebot der Beklagten in HÃ¶he von 417.542,62 â¬ nicht angenommen. Denn in dieser HÃ¶he sei eine vergleichsweise Beendigung des Verfahrens nicht mÃ¶glich. Vorstellbar sei aber eine vergleichsweise LÃ¶sung nach ErhÃ¶hung des Sicherheitsabschlages von 15 % auf 35 %. Dies wiederum wurde von der Beklagten abgelehnt, weshalb die Beklagte den Bescheid vom 20.07.2023 erlieÃ.
Zur Rechtslage wurde im Bescheid vom 20.07.2023 zunÃ¤chst allgemein ausgefÃ¼hrt, bei der Pflicht zur peinlich genauen Leistungsabrechnung handle es sich um eine Grundpflicht jedes Vertragsarztes. Es kÃ¶nnten nur Leistungen abgerechnet werden, die vollstÃ¤ndig erbracht wurden. Jeder Vertragsarzt mÃ¼sse die von ihm erbrachten Leistungen dokumentieren. Die Dokumentationspflichten ergÃ¤ben sich aus Â§ 57 BMV-Ã, Â§ 4 Abs. 5 der Satzung der KVB, Â§ 295 Abs. 1 S. 1 Nr 2 SGB V und Â§ 10 der Berufsordnung fÃ¼r die Ãrzte Bayerns. Die bloÃe Abrechnung einer GebÃ¼hrenordnungsposition und die Angabe einer Quartalsdiagnose genÃ¼gten diesen Anforderungen nicht. Wenn eine

Dokumentation fehle oder der Vertragsarzt den Nachweis einer Dokumentation nicht fÃ¼hren kÃ¶nne, gehe dies zu seinen Lasten. Die Leistungen seien dann als nicht erbracht zu werten.
Konkret vorgeworfen wurde der Antragstellerin eine Falschabrechnung kurativer Leistungen fÃ¼r Testpatienten (GOP 01410, 01411, 01412, 01415 und 01418, damit verbunden Wegepauschalen nach GOP 40220, 40222 und 040224, Pauschalen nach GOP 3000 ff.), obwohl Ã¼berhaupt keine kurativen Leistungen erfolgten. Das Abrechnungsverhalten wurde tabellarisch und quartalsweise dargestellt. Folge davon sei eine nicht nachvollziehbare Anzahl an Arzt-Patienten-Kontakten pro Tag bis zu 239 Arzt-Patienten-Kontakte. Anhand von mehreren namentlich benannten Patientinnen/Patienten wurde aufgezeigt, dass nach Auffassung der Antragsgegnerin falsch abgerechnet wurde. Es hÃ¤tten zahlreiche Zeugenbefragungen von Altenheimbewohnern und Altenheimmitarbeitern stattgefunden, die bestÃ¤tigten, dass die Antragstellerin Ã¼ber mehrere Quartale hinweg fÃ¼r durchgefÃ¼hrte PCR-Testungen in Seniorenheimen unzulÃ¤ssiger Weise nicht erbrachte kurative Leistungen, vor allem Grundpauschalen und Besuchsleistungen nebst Wegepauschalen zulasten der GKV abgerechnet habe. Des Weiteren liege eine Falschabrechnung von Leistungen bei weiteren Patienten vor. So seien in groÃem Umfang Leistungen abgerechnet worden, deren vollstÃ¤ndige Erbringung nicht nachgewiesen sei. So dokumentiere die Antragstellerin zu Besuchen regelmÃ¤Ãig nur wenige, nicht aussagekrÃ¤ftige Stichworte, Diagnosen und/oder Rezepte. In einigen FÃ¤llen notiere sie lediglich die Ziffer ohne weitere Anmerkungen (einige Beispiele werden genannt). Im Ãbrigen habe auch der ProzessbevollmÃ¤chtigte der VertragsÃ¤rztin anlÃ¤sslich eines persÃ¶nlichen GesprÃ¤chs am 15.03.2023 ausgefÃ¼hrt, dass Besuche wie Wegepauschalen zwar erbracht worden seien, jedoch deren Abrechnung â nicht ganz korrektâ erfolgt sei. Selbst die VertragsÃ¤rztin habe erklÃ¤rt, sie habe ihr Dokumentationsverhalten mittlerweile angepasst. Auch dies spreche im Umkehrschluss dafÃ¼r, dass das Dokumentationsverhalten in der Vergangenheit nicht ordnungsgemÃ¤Ã gewesen sei. Im Ergebnis sei also festzuhalten, dass die VertragsÃ¤rztin die Leistungen nach den GOPs 01410 und 01413 EBM durch alle PrÃ¼fquartale hinweg oftmals fehlerhaft abgerechnet habe. Auch bei anderen abgerechneten Ziffern, wie beispielsweise den GOP 02300, 01100, 01101, 03220, 03221, 03222 EBM seien gravierende DokumentationsmÃ¤ngel festzustellen. Zusammenfassend lÃ¤gen quartals-und leistungsÃ¼bergreifend so gravierende DokumentationsmÃ¤ngel vor, dass das tatsÃ¤chliche Leistungsgeschehen nicht nachvollziehbar sei und die vollstÃ¤ndige Leistungserbringung fÃ¼r kaum eine Leistung belegt sei. Die Antragsgegnerin zeigte hierzu verschiedene Beispiele mehrseitig, tabellarisch, geordnet nach den Quartalen 3/20 bis 1/22 auf. Dabei wurden u.a. der Behandlungstag, die konkrete Dokumentation und die BegrÃ¼ndung fÃ¼r den Dokumentationsmangel angegeben.
Die VertragsÃ¤rztin habe gegen ihre Pflicht zur peinlich genauen Abrechnung schuldhaft, nÃ¤mlich wissentlich und willentlich verstoÃen, weshalb von einem vorsÃ¤tzlichen Handeln auszugehen sei. In dem Zusammenhang sei darauf hinzuweisen, dass die VertragsÃ¤rztin unter anderem im KVB-Rundschreiben vom 29.06.2020 explizit darauf aufmerksam gemacht worden sei, dass die GOP 98051 und 98052 EBM die korrekten Ziffern fÃ¼r die Abrechnung von PCR-Testungen bei symptomfreien Personen im Rahmen des Bayerischen Testangebots seien und kein

kurativer Behandlungsschein zulasten der GKV durch Einlesen der Versichertenkarte anzulegen sei. Auch auf der Homepage der KVB vom 15.09.2020 seien diese Informationen enthalten. Hinzu komme, dass sich die VertragsÃ¤rztin am 23.03.2021 bezÃ¼glich der Abrechnung von Corona-Leistungen bei der Service-und Beratungsabteilung der KVB erkundigt habe und auf das Merkblatt â□□SARS-COV-2-Tests Ã□bersicht Veranlassung & Abrechnungâ□□ hingewiesen worden sei. Hinsichtlich des restlichen Leistungsspektrums sei die Antragsgegnerin Ã¼berzeugt, dass die VertragsÃ¤rztin bei Abgabe der SammelerklÃ¤rung die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maã□e verletzt und deshalb zumindest grob fahrlÃ¤ssig gehandelt habe. So habe sie auch eingerÃ¤umt, keinerlei Kontrollmechanismen etabliert und die Abrechnung allein ihren Angestellten Ã¼berlassen zu haben. Aufgrund der Falschabrechnungen sei die Garantiefunktion der Abrechnungs-SammelerklÃ¤rung in Wegfall geraten.
Hinsichtlich der Honorarneufestsetzung und RÃ¼ckforderung bestehe ein weites SchÃ¤tzungsermessen. FÃ¼r die Berechnung der RÃ¼ckforderungssumme seien die Referenzquartale 3/20, 1/21 und 1/22 und die jeweils festgestellte Quote fehlerhaft abgerechneter Leistungen herangezogen worden. Das Abrechnungsverhalten der GOP 01410 sowie der Versichertenpauschalen nach GOP 03000 ff. auch in anderen Quartalen sei mit dem Abrechnungsverhalten in den Referenzquartalen vergleichbar. Die VertragsÃ¤rztin habe in den PrÃ¼fquartalen einen GroÃ□teil des GKV-Honorars durch die Versichertenpauschalen und Besuchsleistungen generiert (laut Tabelle: zwischen 69,83 % und 77,30 % des Gesamthonorars). Im Rahmen der zulÃ¤ssigen SchÃ¤tzung werde das restliche ausbezahlte GKV-Honorar vollstÃ¤ndig zurÃ¼ckgefordert. Zur BerÃ¼cksichtigung von UnwÃ¤gbarkeiten werde ein Sicherheitsabschlag von 15 % gewÃ¤hrt, der als sachgerecht anzusehen sei. Die vom ProzessbevollmÃ¤chtigten der Antragstellerin dargelegten Argumente fÃ¼r die ErhÃ¶hung des Sicherheitsabschlags auf 35 % wÃ¼rden nicht durchgreifen. Auch eine ErhÃ¶hung des Sicherheitsabschlags auf 20 % sei aufgrund der hohen Fallzahl nicht angezeigt.
Mit Schreiben des ProzessbevollmÃ¤chtigten vom 16.08.2023 lieÃ□ die Antragstellerin Widerspruch gegen den Bescheid vom 20.07.2023 einlegen. Dem folgte das Schreiben des ProzessbevollmÃ¤chtigten der Antragstellerin vom 17.08.2023 an das Sozialgericht MÃ¼nchen mit dem Antrag, die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs anzuordnen. Der Antrag nach Â§ 86b Abs. 1 Satz 1 Nr 2 SGG sei zulÃ¤ssig und auch begrÃ¼ndet.
Vorweg sei jedoch darauf hinzuweisen, dass die vorausgegangenen VergleichsgesprÃ¤che und Angebote mit der Antragsgegnerin stets ohne PrÃ¤judiz gefÃ¼hrt und unterbreitet worden seien. Vergleichsangebote der Antragstellerin habe die Antragsgegnerin abgelehnt. Von dem Gesamthonorar, betreffend den Zeitraum der PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fung, also Quartale 3/20 bis 1/22 in HÃ¶he von 733.777,21 â□¬ wÃ¼rden 56 % zurÃ¼ckgefordert, weshalb sich die Antragstellerin zu einer gerichtlichen KlÃ¤rung gezwungen sehe. Des Weiteren sei klarzustellen, dass â□□ anders als im streitgegenstÃ¤ndlichen Bescheid dargestellt â□□ kein EingestÃ¤ndnis dahingehend erfolgt sei, wonach eine Falschabrechnung vorliegen wÃ¼rde. Gegenteiliges werde bestritten.
Der streitgegenstÃ¤ndliche Bescheid sei rechtswidrig und verletze die Antragstellerin in ihren Rechten. Der ProzessbevollmÃ¤chtigte der Antragstellerin fÃ¼hrte aus, mittels der Patientenbeispiele in dem angefochtenen Bescheid gelinge

der Antragsgegnerin nicht der erforderliche Nachweis der Falschabrechnung. Dies betreffe beide Komplexe, auf die sich die PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fung beziehe.
Was den ersten Komplex betreffe â□□Falschabrechnung kurativer Leistungen fÃ¼r Test-Patientenâ□□, so sei zwischen kurativen Behandlungen und kurativen Leistungen zu unterscheiden. Die Corona-Testung (ICD-10-Kodierung â□□Gesundheitsuntersuchung (Z00.0,G)) sei weder eine Gesundheitsuntersuchung im originÃ¤ren Sinn jener Kodierung, noch werde sie vom Tatbestand des Â§ 25 SGB X erfasst. Die erfolgten persÃ¶nlichen Arzt-Patienten-Kontakte im Zusammenhang mit kurativen FÃ¤llen berechtigten zum Ansatz der Versichertenpauschalen nach EBM-GOP 03000 bis 03005. Ebensowenig seien die abgerechneten Besuchsziffern nach EBM-GOP 01410 und 01413 zu beanstanden. Eine Leistungsabrechnung sei grundsÃ¤tzlich auch dann zulÃ¤ssig, wenn der obligate Leistungsinhalt vor Ort nicht (mehr) erfÃ¼llt sei (vgl KÃ¶lner Kommentar zum EBM). Auch die Abrechnungen der (Mit-) Besuche seien korrekt erfolgt. Soweit die Antragsgegnerin in dem Zusammenhang auf eine gesteigerte AnsatzhÃ¤ufigkeit hinweise, sei diese Thematik der WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung zuzuordnen.
Zum Komplex â□□Falschabrechnung von Leistungen bei weiteren Patientenâ□□ habe die Antragsgegnerin die fehlende bzw. ungenÃ¼gende Patientendokumentation beanstandet. In dem Zusammenhang sei darauf hinzuweisen, dass sich die Dokumentationserfordernisse grundsÃ¤tzlich nach der jeweiligen medizinischen Behandlung richteten. Insofern hÃ¤nge die Dokumentation von den UmstÃ¤nden des Einzelfalles und insbesondere der Art der erbrachten Leistungen ab. Diese Voraussetzungen wÃ¼rden von der Antragstellerin erfÃ¼llt. Sie behandle nahezu ausnahmslos Heimbewohner in den von ihr betreuten Senioren-/Pflegeheimen. Die Patienten seien persÃ¶nlich und seit jeher der Antragstellerin bekannt. Es dÃ¼rfe daher insofern nicht verkannt werden, dass unter diesen UmstÃ¤nden eine Dokumentation grundsÃ¤tzlich knapper ausfallen kÃ¶nne als bei Patienten, die dem Behandler tendenziell unbekannt seien und die ihren (Fach-) Arzt nur Ã¤uÃ□erst selten aufsuchten. Bei der Dokumentation der Antragstellerin seien die Kopf-Angaben, Diagnosen und Rezeptausstellungen auch in einem Gesamtkontext zu lesen, insbesondere, weil sie in einem engen zeitlichen Zusammenhang stÃ¼nden. Auch habe die Antragsgegnerin die seitens der Antragstellerin regelmÃ¤Ã□ig dokumentierte Angabe einer Tagesdiagnose als eigene Dokumentation gÃ¤nzlich unberÃ¼cksichtigt gelassen. Mit diesen individuellen Tagesdiagnosen wÃ¼rden ein persÃ¶nlicher Arzt-Patienten-Kontakt und dazu getroffene individuelle Feststellungen dokumentiert.
Nachdem die Rechtsprechung fordere, dass die Dokumentation fÃ¼r einen fachkundigen Dritten selbsterklÃ¤rend sei, sei es notwendig gewesen, einen medizinischen SachverstÃ¤ndigen zur PrÃ¼fung der Patientendokumentation hinzuzuziehen. Eine solche Hinzuziehung sei nicht erfolgt, sodass dies als VerstoÃ□ gegen die Amtsermittlungspflicht der Antragsgegnerin nach Â§ 20 Abs. 2 SGB X zu werten sei. Ebenfalls wÃ¼rden die von der Antragsgegnerin benannten Patientenbeispiele mit konkret genannten Datumsangaben und EBM-GebÃ¼hrenordnungspositionen keine Falschabrechnungen jener EBM-GOPs an jenen Tagen beweisen. Zu den quartalsweise von der Antragsgegnerin aufgefÃ¼hrten BeispielfÃ¤llen nahm der ProzessbevollmÃ¤chtigte der Antragstellerin einzeln Stellung.
Auch liege ein Verschulden nicht vor. Die Antragstellerin verwahre sich gegen den

Vorwurf der vorsÃ¤tzlichen Falschabrechnung. Mangels Falschabrechnung liege auch kein grob fahrlÃ¤ssiges Handeln vor. Weder das von der Antragsgegnerin verÃ¶ffentlichte Rundschreiben vom 29.06.2020, noch das auf der Homepage verÃ¶ffentlichte Merkblatt vom 15.09.2020 sowie das zugefaxte interne Merkblatt vom 23.03.2021 enthielten den von der Antragsgegnerin behaupteten Hinweis, dass kein kurativer Behandlungsschein zulasten der GKV durch Einlesen der Versicherungskarte anzulegen sei. Bei der Darstellung der Sonder-GOPs 98050 bis 98052 sei nicht einmal ein Abrechnungsausschluss zu den Versicherten-bzw. Grundpauschalen oder den (Mit-) Besuchsziffern enthalten, wie dies Ã¼blicherweise im EBM geregelt sei. Somit sei es fÃ¼r die Antragstellerin nicht erkennbar, dass sie aufgrund eines Abrechnungsausschlusses falsch abrechnen wÃ¼rde. Allenfalls sei von einer leichten FahrlÃ¤ssigkeit, nicht jedoch von einem Vorsatz auszugehen. Auch habe die Antragstellerin nicht grob fahrlÃ¤ssig gehandelt. FÃ¼r das MaÃ□ der FahrlÃ¤ssigkeit seien die Urteils-und KritikfÃ¤higkeit, das EinsichtsvermÃ¶gen des Arztes sowie die besonderen UmstÃ¤nde des Einzelfalles maÃ□geblich. Bei den Sonder-GOPs 98050 bis 98052 handle es sich um Leistungen, die erst wenige Tage zuvor entwickelt worden seien. Deshalb seien Informationen zu AbrechnungsausschÃ¼ssen nicht vorhanden gewesen. Bei diesem Sachverhalt kÃ¶nne weder auf eine vorsÃ¤tzliche Falschabrechnung, noch auf eine grob fahrlÃ¤ssige Falschabrechnung geschlossen werden.
Die Garantiewirkung der Abrechnungs-SammelerklÃ¤rung sei daher nicht in Wegfall geraten. HÃ¶chst hilfsweise werde aber hierzu vorgetragen, dass die AusfÃ¼hrungen der Antragsgegnerin zur SchÃ¤tzung nicht Ã¼berzeugend seien, die sich das Gericht zu eigen machen kÃ¶nnte. Der ProzessbevollmÃ¤chtigte der Antragstellerin fÃ¼hrte hierzu insbesondere aus, die seitens der Antragsgegnerin durchgefÃ¼hrten Auswertungen seien nicht reprÃ¤sentativ, da mindestens 10 % der AnsÃ¤tze jenes Quartals zu Ã¼berprÃ¼fen seien. Je weniger Ã¼berprÃ¼ft werde, desto ungenauer sei das PrÃ¼fergebnis. Eine Abweichung kÃ¶nne nur durch eine erhebliche ErhÃ¶hung des Sicherheitsabschlages â□□ gewÃ¤hrt wurde ein Sicherheitsabschlag in HÃ¶he von 15 % â□□ ausgeglichen werden. BezÃ¼glich der Ã¼brigen abgerechneten Leistungen sei es notwendig gewesen, einen medizinischen SachverstÃ¤ndigen zur Beantwortung der Frage hinzuzuziehen, ob die eingereichte Patientendokumentation fÃ¼r einen fachkundigen Dritten nachvollziehbar ist. Im Falle einer 100-prozentigen Fehlerquote sei ein Sicherheitsabschlag von nur 15 % nicht nachvollziehbar. Zu beanstanden sei auch, dass der Mitbesuch nach der EBM-Nr 01413 unter Heranziehung der Feststellungen der Antragsgegnerin bei den Regressermittlungen nicht berÃ¼cksichtigt wurde. SchlieÃ□lich hÃ¤tte auch berÃ¼cksichtigt werden mÃ¼ssen, dass die Antragstellerin als â□□hausÃ¤rztliche EinzelkÃ¤mpferinâ□□ weit mehr Patienten versorgt habe als der Fachgruppendurchschnitt. Nachdem die Antragstellerin bereits vor der Corona-Pandemie Ã¼berdurchschnittliche Fallzahlen aufwies, kÃ¶nne die gegenstÃ¤ndliche Problematik mit Versichertenpauschalen bei Corona-(Test-) Patienten die weit Ã¼berdurchschnittliche Fallzahl nicht erklÃ¤ren. Im Hinblick auf die Ã¼berdurchschnittliche Fallzahl hÃ¤tte die Antragsgegnerin einen Sicherheitsabschlag von mindestens 20 % ansetzen mÃ¼ssen.
FÃ¼r den Fall, dass nicht von offensichtlichen Erfolgsaussichten einer Klage/eines Widerspruchs auszugehen sei, wÃ¼rde jedenfalls die InteressenabwÃ¤gung den Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung rechtfertigen. Die

Vollziehung des angefochtenen Verwaltungsaktes hÃ¤tte fÃ¼r die Antragstellerin eine unbillige, nicht durch Ã¼berwiegende Ã¶ffentliche Interessen gebotene HÃ¤rte zur Folge. So betrage die RÃ¼ckforderungssumme 56 % (417.542,62 â¬) des in diesem Zeitraum abgerechneten Gesamt-GKV-Honorars. Bringe man die Betriebsausgaben in Abzug, so verblieben der Antragstellerin ca. 10.000 â¬ aus dem GKV-Honorar fÃ¼r das gesamte Jahr 2021. Des Weiteren wÃ¼rde eine Vollziehung des Bescheides auch mit Blick auf das strafrechtliche Ermittlungsverfahren eine unbillige HÃ¤rte dahingehend bewirken, dass die dortige Schadensermittlung, basierend auf den AuskÃ¼nften der Antragsgegnerin, unhinterfragt Ã¼bernommen wÃ¼rde, ohne dass sich jemals ein Mediziner als fachkundiger Dritter mit dem Dokumentationsverhalten der Antragstellerin konkret befasst hÃ¤tte. SchlieÃlich sei auch mit einer AbrechnungsprÃ¼fung durch die Antragsgegnerin fÃ¼r die Folgequartale zu rechnen.
In ihrer Replik beantragte die Antragsgegnerin, den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung des Widerspruchs gegen den Bescheid vom 20.07.2023 abzuweisen. Denn es wÃ¼rden weder Erfolgsaussichten in dem anhÃ¤ngigen Widerspruchsverfahren bestehen, noch wÃ¤re dem Aussetzungsinteresse der Antragstellerin im Rahmen der AbwÃ¤gung der beiderseitigen Interessen Vorrang zu gewÃ¤hren.
Zum allgemeinen Verfahrensgang betonte Antragsgegnerin, die Darstellung der Antragstellerin sei nicht zutreffend. Vielmehr habe die Antragstellerin wiederholt Abrechnungsfehler eingerÃ¤umt. Beispielhaft wurden die Einlassungen der Antragstellerin bei dem PlausibilitÃ¤tsgesprÃ¤ch am 15.03.2023, bei der persÃ¶nlichen Ãbergabe von Patientendokumentationen am 15.09.2022, die Telefonnotiz vom 14.09.2023 sowie das Schreiben des ehemaligen ProzessbevollmÃ¤chtigten der Antragstellerin vom 19.08.2022 genannt. In letzterem sei ausgefÃ¼hrt worden, die Antragstellerin habe aufgrund Ãberlastung im Praxisalltag ihre Abrechnung vollstÃ¤ndig auf ihr Praxispersonal Ã¼bertragen. Das Praxisteam setzte sich nun einmal monatlich zusammen, um Abrechnungsfehler zu klÃ¤ren und um kÃ¼nftig nochmalige/weitere Falschabrechnungen zu vermeiden. Das impliziere in der Gesamtschau bereits im Umkehrschluss das EingestÃ¤ndnis, dass es bis dato zu Falschabrechnungen gekommen sei. SchlieÃlich habe der ProzessbevollmÃ¤chtigte im GesprÃ¤ch eine Beendigung des Verfahrens durch einen Vergleich in HÃ¶he von 257.941,40 â¬, zuletzt mit Schreiben vom 15.05.2023 einen Vergleich in HÃ¶he von 319.297 â¬ vorgeschlagen. Dass ein proaktives Angebot zur Zahlung einer solch enormen Summe lediglich âdes Friedens Willenâ erfolgt sei, erscheine unglaubwÃ¼rdig. Hinsichtlich des Komplexes âFalschabrechnung kurativer Leistungen fÃ¼r Coronatest-Patientenâ sei festzuhalten, dass die Versichertenpauschalen nicht nur einen persÃ¶nlichen Arzt-Patienten-Kontakt pro Quartal vergÃ¼teten. So werde mit den Pauschalen unter anderem auch die allgemeine und fortgesetzte Ã¤rztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines hÃ¤uslichen und familiÃ¤ren Umfeldes â¦ mit den Pauschalen abgegolten und kalkulatorisch berÃ¼cksichtigt. Somit setze die Abrechnung der Versichertenpauschale auf Originalschein einen persÃ¶nlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer kurativen Behandlung voraus.
Die Antragstellerin (richtigerweise: Antragsgegnerin) zweifle nicht daran, dass sich die Antragstellerin persÃ¶nlich bei den Patienten zur Abstrichnahme in den

Seniorenheimen befunden hatte. Entgegen den AusfÃ¼hrungen des BevollmÃ¤chtigten der Antragstellerin entspreche jedoch die reine Abstrichentnahme keiner kurativen Behandlung, die die Abrechnung einer Versichertenpauschale hÃ¤tte rechtfertigen kÃ¶nnen. Die von der Antragstellerin durchgefÃ¼hrten Corona-Testungen hÃ¤tten rein prÃ¤ventiven Charakter gehabt, wie auch aus der Stellungnahme der Antragstellerin vom 19.01.2022 hervorgehe. Dieses Bild werde auch bestÃ¤tigt durch die zahlreich geprÃ¼ften Dokumentationen. Eine Erkrankung oder weitere Symptomatik, die die Antragstellerin behandelte, sei nicht erkennbar gewesen. Wenn aus der Dokumentation hervorgegangen wÃ¤re, dass die Antragstellerin neben reinen Routine-Testungen aufgrund von konkreten Erkrankungssymptomen Testungen durchgefÃ¼hrt hatte bzw. in dem Quartal eine sonstige kurative Leistungserbringung neben den routinemÃ¤ÃigEn Corona-Testungen nachvollziehbar gewesen wÃ¤re, wÃ¤re die Abrechnung der Versichertenpauschale zulÃ¤ssig gewesen. Gerade dies sei jedoch nicht der Fall gewesen.
Auch sei es zur Falschabrechnung von Besuchsleistungen (GOP 01410 und 01413 EBM) gekommen. Denn die reine DurchfÃ¼hrung von Corona-Testungen ohne weitere kurative BehandlungsmaÃnahmen berechtige nicht zur Abrechnung von Besuchsleistungen nach der GOP 01410 und 01413 EBM, da diese eine kurative Behandlung voraussetzten und im ÃbrigEn bereits durch die Pauschalen GOP 98051 und 98052 vergÃ¼tet wÃ¼rden. Vorauszusetzen sei vielmehr, dass sich die Symptomatik bzw. die Erkrankung, weswegen der Arzt den Patienten aufsucht, in nachvollziehbarer Weise aus den Dokumentationen ergebe. Ob die Erkrankungssymptome dann gegebenenfalls nicht mehr vorgelegen hÃ¤tten, bis der Arzt beim Patienten ist, sei irrelevant. Entscheidend sei jedoch, dass sich die Dringlichkeit, wegen derer der Besuch des Arztes ursprÃ¼nglich ausgelÃ¶st wurde, in nachvollziehbarer Weise aus den Dokumentationen ergebe. Aus den eingereichten Dokumentationen seien lediglich Corona-Abstriche hervorgegangen, jedoch keine gesondert abrechenbaren Besuchsleistungen, womit eine Falschabrechnung der GOP 01413 und 03005 EBM vorliege. Es sei ab dem Quartal 2/2020 zu einer rapiden Steigung der AnsatzhÃ¤ufigkeit gekommen. Noch im Quartal 4/2019 sei die GOP 01413 EBM lediglich zweimal mit einer VergÃ¼tung in HÃ¶he von 22,94 â¬ in Ansatz gebracht worden, wÃ¤hrend im Quartal 1/2021 diese GOP 501 mal mit einer VergÃ¼tung von 39.361,23 â¬ angesetzt worden sei. Entgegen den AusfÃ¼hrungen des ProzessbevollmÃ¤chtigten der Antragstellerin bestÃ¼nden keine rechtlichen Zweifel, im Rahmen der PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fung die Steigerung der AnsatzhÃ¤ufigkeit als Indiz fÃ¼r eine Falschabrechnung heranziehen zu kÃ¶nnen. Die Fehlerquoten bei der GOP 01410 EBM hÃ¤tten zwischen 56,67 % und 70,41 % gelegen. Damit habe die Antragsgegnerin Besuchsleistungen sehr wohl auch neben den Abstrichentnahmen anerkannt, soweit die Abrechnungsvoraussetzungen erfÃ¼llt gewesen waren.
Hinsichtlich des Komplexes â Falschabrechnung bei weiteren Patientenâ wurde darauf hingewiesen, dass insgesamt 513 Patientendokumentationen angefordert und von der Antragsgegnerin vollumfÃ¤nglich Ã¼berprÃ¼ft wurden. Insofern handle es sich um eine reprÃ¤sentative PrÃ¼fmenge. Es kÃ¶nne dahinstehen, ob die Dokumentationen bei Altenheimbewohnern, die bereits einige Zeit betreut und regelmÃ¤ÃIig besucht wurden, knapper ausfallen kÃ¶nnten. Jedenfalls sei die alleinige Angabe einer GOP, von Diagnosen und Rezeptausstellungen nicht

geeignet, den obligaten Leistungsinhalt von weiteren, streitgegenstÃ¤ndlichen GOP oder auch der Versichertenpauschale nachzuweisen. Vielmehr mÃ¼sse die Dokumentation die konkrete Erkrankung sowie die vom Arzt getroffenen BehandlungsmaÃnahmen enthalten. Auch die Angabe von Tagesdiagnosen kÃ¶nne eine ordnungsgemÃ¤Ãe Dokumentation nicht ersetzen. Dass die Dokumentation der Abrechnungsziffer und einer Diagnose grundsÃ¤tzlich nicht ausreiche, um den Leistungsinhalt hinreichend nachzuweisen, entspreche der stÃ¤ndigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (zusammenfassend zuletzt BSG, Urteil vom 11.10.2022, Az B 6 KA 8/22 B; LSG Bayern, Urteil vom 20.10.2021, Az L 12 KA 4/20).
Ein VerstoÃ gegen Â§ 20 Abs. 2 SGB X liege nicht vor. Die Beiziehung eines medizinischen Fachexperten sei aus der Sicht der Antragsgegnerin nicht notwendig gewesen, zumal die Patientendokumentationen Ã¼berwiegend kaum inhaltlich Relevantes enthielten, was die Expertise eines Mediziners erfordert hÃ¤tte. Eine Pflicht zur Einbeziehung eines medizinischen Fachexperten existiere jedenfalls nicht. Davon unabhÃ¤ngig sei darauf hinzuweisen, dass es sich bei der zustÃ¤ndigen Sachbearbeiterin, die die Auswertung durchgefÃ¼hrt habe, definitiv nicht um einen medizinischen Laien gehandelt habe, sondern um eine hierfÃ¼r hinreichend qualifizierte Fachkraft, an deren ausreichender Qualifikation keine Zweifel bestÃ¼nden.
Soweit der ProzessbevollmÃ¤chtigte der Antragstellerin Patientenbeispiele angefÃ¼hrt habe, um die vermeintliche Korrektheit der einzelnen AnsÃ¤tze darzulegen, sei darauf hinzuweisen, dass die Dokumentationen der Antragsgegnerin vorgelegen hÃ¤tten und im Rahmen ihrer Auswertung umfassend berÃ¼cksichtigt wurden. Die dargelegten Argumente des ProzessbevollmÃ¤chtigten der Antragstellerin liefen aber ins Leere (Die Dokumentation bei einzelnen Patienten wurde abgebildet, aus der sich nach Auffassung der Antragsgegnerin ein VerstoÃ gegen die geltenden Dokumentationspflichten ergebe).
Die Pflichtverletzung sei auch schuldhaft erfolgt. Die festgestellten Abrechnungsfehler beruhten auf vorsÃ¤tzlichen Falschangaben der Antragstellerin bei Abgabe der jeweiligen SammelerklÃ¤rungen, soweit es sich um die unzulÃ¤ssige Abrechnung kurativer Leistungen bei rein prÃ¤ventiv erbrachten Corona-Test-Leistungen handelte. Im Rundschreiben sei ausdrÃ¼cklich darauf hingewiesen worden, dass die elektronische Gesundheitskarte fÃ¼r die Abstrichentnahme nicht einzulesen sei. Dies bedinge im Umkehrschluss, dass auch kein kurativer Behandlungsschein zulasten der GKV anzulegen sei, da das Einlesen der Versichertenkarte bei kurativen Behandlungsleistungen zulasten der GKV obligat sei. Ein ausdrÃ¼cklicher, schriftlich niedergelegter Abrechnungsausschuss sei deshalb vorliegend nicht notwendig gewesen. Auch aus der Leistungsbeschreibung der GOP 98050 ff. ergebe sich zweifelsfrei, dass diese bereits die VergÃ¼tung insbesondere fÃ¼r den Besuchsaufwand samt Wegepauschalen enthielten. Sowohl das Rundschreiben vom 26.09.2020, als auch das Merkblatt vom 15.09.2020 hÃ¤tten ausdrÃ¼cklich den Hinweis enthalten, dass Voraussetzung fÃ¼r die Abrechnung nach dem Bayerischen Testkonzept die PrÃ¼fung durch den jeweiligen Vertragsarzt sei, ob nicht vorrangig eine Abrechnung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung in Betracht komme. Auch hieraus werde deutlich, dass es sich bei den Leistungen nach dem Bayerischen Testkonzept gerade nicht um vertragsÃ¤rztliche Leistungen zulasten der GKV handle. Mit der Abrechnung der

GOP 01410/01413 EBM und den Versichertenpauschalen sowie der GOP 98050 ff. habe sich die Antragstellerin die einmalige tatsÃ¤chliche Leistungserbringung (prÃ¤ventive Corona-Testung) doppelt vergÃ¼ten lassen. Letztendlich komme es aber nicht darauf an, ob die fehlerhafte Abrechnung in Zusammenhang mit Corona-Testungen vorsÃ¤tzlich erfolgt sei. Denn die Garantiefunktion der SammelerklÃ¤rung entfalle bereits bei einer einzigen grob fahrlÃ¤ssigen Falschangabe in der Abrechnung des Vertragsarztes mit der Folge, dass der Honorarbescheid fÃ¼r das ganze Quartal rechtswidrig sei.
Auch am Vorliegen einer grob fahrlÃ¤ssigen Falschabrechnung hinsichtlich des restlichen Leistungsspektrum seitens der Antragsgegnerin bestÃ¼nden keine Zweifel. So habe die Antragstellerin selbst mehrfach eingerÃ¤umt, dass Abrechnungsfehler passiert seien und deswegen die Praxisstruktur entsprechend angepasst worden sei. Es sei auch ausgefÃ¼hrt worden, die Antragstellerin habe ihre Praxisorganisation Ã¼berprÃ¼ft und zusÃ¤tzliche PrÃ¼fstufen eingebaut. In diesem Zusammenhang sei ihr zudem aufgefallen, dass von den Mitarbeitern Herrn Ka. bzw. Herrn Ku. Merkzettel zur Abrechnung von Corona-Leistungen erstellt worden seien, die von ihr jedoch vorab nicht auf inhaltliche Richtigkeit geprÃ¼ft worden seien. Insgesamt habe sie auf die Richtigkeit der Abrechnung durch ihre Angestellten vertraut. All dies belege, dass sich die Antragstellerin nicht ansatzweise mit den einzelnen Abrechnungsvoraussetzungen beschÃ¤ftigt habe.
AbschlieÃend sei zudem darauf hinzuweisen, dass ein Arzt dazu verpflichtet sei, seine Abrechnung zu Ã¼berprÃ¼fen und peinlich genau abzurechnen (BSG, Urteil vom 24.11.1993, Az 6 RKa 70/91). Damit korrespondiere eine âHolschuldâ dahingehend, dass sich jeder Vertragsarzt fortlaufend und eigenstÃ¤ndig mit den maÃgeblichen Abrechnungsvorschriften auseinandersetzen und diese beachten mÃ¼sse. Dieser Pflicht sei die Antragstellerin vorliegend definitiv nicht nachgekommen, was anhand der gravierenden Abrechnungsfehler deutlich werde.
SchlieÃlich sei auch die RÃ¼ckforderungsberechnung der Antragsgegnerin rechtlich nicht zu beanstanden. Die sachlich-rechnerische Richtigstellung sei fÃ¼r jedes Quartal erfolgt. Die Antragsgegnerin habe in den Referenzquartalen stets eine reprÃ¤sentative Menge an AnsÃ¤tzen der Versichertenpauschale nach GOP 03000 ff. EBM Ã¼berprÃ¼ft. (Quartal 3/20: 115 AnsÃ¤tze (= 8,84 %); Quartal 1/21: 135 AnsÃ¤tze (= 8,30 %); Quartal 1/22: 165 AnsÃ¤tze (= 10,03 %). Der vom ProzessbevollmÃ¤chtigten der Antragstellerin genannte Richtwert von 10 % stelle keine verbindliche Angabe dar. Bei der GOP 01410 EBM seien teilweise sogar Ã¼ber 40 % der AnsÃ¤tze Ã¼berprÃ¼ft worden (Quartal 3/20: 240 AnsÃ¤tze (= 41,45 %); Quartal 1/21: 137 AnsÃ¤tze (= 22,73 %); Quartal 1/22: 168 AnsÃ¤tze (= 40,24 %). Trotzdem sei groÃzÃ¼giger Weise ein Sicherheitsabschlag in HÃ¶he von 15 % gewÃ¤hrt worden.
Ebenfalls sei die Anzahl der Referenzquartale mehr als ausreichend. Die Antragsgegnerin habe eine âenorme Anzahl an vollstÃ¤ndigen Patientenunterlagenâ angefordert (zunÃ¤chst 132 und spÃ¤ter nochmals 485). Anhand dieser Unterlagen seien gravierende Abrechnungsfehler Ã¼ber das ganze Leistungsspektrum hinweg festgestellt worden.
Auch bezÃ¼glich des restlichen Leistungsspektrums (GOP 01413, 02300, 03220) sei eine Menge von AnsÃ¤tzen Ã¼berprÃ¼ft worden. Dabei habe die PrÃ¼fquote sogar regelmÃ¤Ãig bei Ã¼ber 40 % bis hin zu 100 % gelegen (wird im Einzelnen ausgefÃ¼hrt). Die so ermittelten Fehlerquoten hÃ¤tten regelmÃ¤Ãig im Bereich

Ã¼ber 90 % bis zu 100 % betragen. Somit sei das Ã¼brige Leistungsspektrum in der Gesamtschau leistungsÃ¼bergreifend bis auf wenige EinzelfÃ¤lle als implausibel anzusehen. Vor diesem Hintergrund sei auch der gewÃ¤hrte Sicherheitsabschlag als groÃzÃ¼gig zu bewerten.
Dass die Antragstellerin mehr Patienten als der Fachgruppendurchschnitt behandelt habe, sei ebenfalls im Rahmen der PrÃ¼fung entsprechend Â§ 12 Abs. 3 Ziffer 1e) der AbrechnungsprÃ¼fungs-Richtlinien berÃ¼cksichtigt worden.
Abgesehen von den fehlenden Erfolgsaussichten im anhÃ¤ngenden Widerspruchsverfahren wÃ¤re auch dem Aussetzungsinteresse der Antragstellerin im Rahmen der AbwÃ¤gung der beiderseitigen Interessen kein Vorrang zu gewÃ¤hren. So habe der ProzessbevollmÃ¤chtigte der Antragstellerin die Unbilligkeit der Vollziehung der RÃ¼ckforderung nicht glaubhaft vorgetragen. Denn es sei sogar erklÃ¤rt worden, dass es der Antragstellerin trotz des Regresses immer noch mÃ¶glich sei, kostendeckend zu arbeiten. Zudem habe die Antragstellerin durch die Abstrichentnahmen in den Quartalen 3/20 bis 1/22 allein 243.589 â¬ generiert. All dies spreche auch gegen eine existenzielle Bedrohung und unbillige HÃ¤rte einer Vollziehung durch die Antragsgegnerin. Hinzu komme, dass die Antragstellerin einen Stundungsantrag gestellt habe, Ã¼ber den noch nicht entschieden worden sei. Im positiven Fall der Entscheidung wÃ¼rde es der Antragstellerin ermÃ¶glicht, die RÃ¼ckforderung nach und nach zurÃ¼ckzuzahlen, sodass die LiquiditÃ¤t der Antragstellerin gewÃ¤hrleistet sei.
Dem stÃ¼nde das Interesse der Antragsgegnerin an der Vollziehung des Bescheides gegenÃ¼ber. Zu Unrecht ausgezahlte Honorare gingen zulasten der Bayerischen Ãrzteschaft. Unter Hinweis auf den Beschluss des Sozialgerichts MÃ¼nchen vom 28.04.2021 (Az S 38 KA 62/21 ER) sei bei einer ernsthaften GefÃ¤hrdung der RÃ¼ckzahlungsforderung das Ã¶ffentliche Interesse an der sofortigen Vollziehung â was dem gesetzlich bestimmten Regelfall entspreche â bei der Vornahme der InteressenabwÃ¤gung von groÃem Gewicht.

II.
Bei dem Antrag (Schriftsatz vom 17.08.2023) handelt es sich um einen Antrag nach Â§ 86b Abs. 1 Nr. 2 SGG.
Dieser Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung des Widerspruchs, betreffend den Bescheid der Antragsgegnerin vom 20.07.2023, ist zulÃ¤ssig, aber unbegrÃ¼ndet.
Nach Â§ 86b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG kann das Gericht der Hauptsache in den FÃ¤llen, in denen Widerspruch oder Anfechtungsklage keine aufschiebende Wirkung haben, auf Antrag die aufschiebende Wirkung ganz oder teilweise anordnen.
Wie die Antragsgegnerin zutreffend ausgefÃ¼hrt hat, entfalten WidersprÃ¼che oder Anfechtungsklagen gegen die Honorarfestsetzung sowie ihre Ãnderung oder Aufhebung keine aufschiebende Wirkung (Â§ 85 Abs. 4 S. 6 SGB V). Rechtsschutz kann die Antragstellerin gem. Â§ 86b Abs. 1 Ziff. 2 SGG nur erlangen, indem seitens des Gerichts die aufschiebende Wirkung wiederhergestellt wird.
Im Rahmen der summarischen PrÃ¼fung der BegrÃ¼ndetheit des Antrags sind die Ã¶ffentlichen und privaten Interessen abzuwÃ¤gen. Bei der AbwÃ¤gung der gegenteiligen Interessen sind auch die Erfolgsaussichten in einem Hauptsacheverfahren von Bedeutung. Leitlinie ist, dass bei einem offensichtlich rechtswidrigen Verwaltungsakt, wenn der Betroffene in seinen subjektiven Rechten

verletzt ist, das Gericht die aufschiebende Wirkung wiederherstellt. Denn am Vollzug eines rechtswidrigen Verwaltungsaktes besteht kein Ã¶ffentliches Interesse. Ist der Verwaltungsakt dagegen offensichtlich rechtmÃ¤Ãig, ist von einem Ã¶ffentlichen Interesse am Sofortvollzug auszugehen. Zu beachten ist die Wertung des Gesetzgebers. Hat der Gesetzgeber fÃ¼r bestimmte Fallgruppen bestimmt (Â§ 86a Abs. 2 Nr. 2 â 4 SGG), dass Widerspruch oder Anfechtungsklage keine aufschiebende Wirkung entfalten, ist daraus der grundsÃ¤tzliche Vorrang des Vollziehungsinteresses herzuleiten. Eine solche Regelung stellt Â§ 85 Abs. 4 S. 6 SGB V dar.
Bei summarischer PrÃ¼fung des Bescheides der Antragsgegnerin sind zunÃ¤chst formelle MÃ¤ngel nicht erkennbar.
Der ProzessbevollmÃ¤chtigte der Antragstellerin vertritt die Meinung, die Antragsgegnerin hÃ¤tte die Unterlagen durch einen medizinischen Fachexperten Ã¼berprÃ¼fen lassen mÃ¼ssen, was nicht geschehen ist. Nach Â§ 20 Abs. 1 SGB X gilt der Untersuchungsgrundsatz. Danach ermittelt die BehÃ¶rde den Sachverhalt von Amts wegen. Sie bestimmt Art und Umfang der Ermittlungen. Sie bedient sich dabei der Beweismittel, die sie nach pflichtgemÃ¤Ãem Ermessen zur Ermittlung des Sachverhalts fÃ¼r erforderlich hÃ¤lt (Â§ 21 Abs. 1 SGB X). Eine gesetzliche Verpflichtung, fÃ¼r PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fungen einen medizinischen Fachexperten in die PrÃ¼fung mit einzubinden, besteht nicht. Ein ErmessensverstoÃ ist nicht ersichtlich. Etwas Anderes wÃ¼rde nur gelten, wenn es sich um reine oder schwerpunktmÃ¤Ãig medizinische Fragestellungen handeln wÃ¼rde, die einer besonderen medizinischen Sachkunde und Expertise bedÃ¼rften. Dies war hier nicht der Fall. Wie die Antragsgegnerin vorgetragen hat, erfolgte die PrÃ¼fung und Auswertung der Abrechnungen von einer qualifizierten Sachbearbeiterin, was auch in den BescheidgrÃ¼nden zum Ausdruck kommt. Insofern bestand fÃ¼r die Antragsgegnerin keine Veranlassung, die PrÃ¼fung durch einen medizinischen Fachexperten ganz oder teilweise vornehmen zu lassen.
Bei summarischer PrÃ¼fung bestehen in materieller Hinsicht ebenfalls keine Zweifel an der RechtmÃ¤Ãigkeit des Bescheides vom 20.07.2023.
Die Antragsgegnerin kam aufgrund des Aufgreifkriteriums â Quartalsarbeitszeitâ und â Tagesarbeitszeitâ 1/21 â festgestellt wurden, dass die KlÃ¤gerin im Quartal 1/21 zeitbewertete Leistungen im Umfang von 820:51 Stunden und an 13 Tagen mehr als 12 Stunden abgerechnete â zu dem Ergebnis, dass AuffÃ¤lligkeiten bestehen.
Nach Anforderung von zahlreichen Unterlagen bei der Antragstellerin erfolgte eine PrÃ¼fung der von der Antragstellerin vorgenommenen Corona-Testungen neben den kooperativen Leistungen (1. Komplex). Die Antragstellerin hat neben den Testungen nach den GOP 98050 bis 98052 Versichertenpauschalen (03000 bis 03005), Besuchsleistungen (GOP 01410, 01413) und Wegepauschalen abgerechnet. Dies war nach summarischer PrÃ¼fung unzulÃ¤ssig. Zutreffend ist, dass kein ausdrÃ¼cklicher Abrechnungsausschluss oder Hinweise bei den GOP 03000 bzw. 98050 vorhanden war. Dies erklÃ¤rt sich aber daraus, dass es sich um unterschiedliche Abrechnungssysteme handelt. Die Leistungen nach GOP 98050 bis 98052 sind nÃ¤mlich keine GKV-Leistungen. Vielmehr handelt es sich um Leistungen nach dem Bayerischen Testkonzept. Die Zahlung erfolgte nicht durch die Krankenkassen, sondern durch den Freistaat Bayern. Es war deshalb auch nicht mÃ¶glich, Abrechnungsausschlüsse zu regeln. GrundsÃ¤tzlich kÃ¶nnen

Leistungen nach den GOP 98050 bis 98052 neben anderen kurativen Leistungen in Ansatz gebracht werden. Voraussetzung ist aber, dass es sich um eine Erkrankung oder Symptomatik handelt, die die AnsÃ¤tze rechtfertigt. Dies ist zu dokumentieren. Dass eine Erkrankung oder eine weitere Symptomatik vorliegt, ist aber in der Dokumentation der Antragstellerin nicht erkennbar. Insofern ist der Ansatz der Versichertenpauschalen GOP 03000 ff. und der Besuchsziffern 01410 und 01413 nicht nachvollziehbar. Im Ãbrigen schlieÃt die GOP 98050 ff. Wegeleistungen mit ein. Auch die Antragsgegnerin bestreitet nicht, dass die Antragstellerin einen persÃ¶nlichen Arzt-Patienten-Kontakt hatte. Ein solcher genÃ¼gt jedoch nicht fÃ¼r den Ansatz der GOP 03000 EBM. Zum Leistungsgehalt gehÃ¶rt nicht nur der persÃ¶nliche Arzt-Patienten-Kontakt, sondern, dass die Abrechnung der Versichertenpauschale im Rahmen einer kurativen Behandlung erfolgte. Die Erkrankung bzw. Symptomatik, weshalb die Behandlung stattfand, war nicht erkennbar. Wie die Antragsgegnerin ausfÃ¼hrte, kam es somit zu einer doppelten VergÃ¼tung.
Was die sonstigen Leistungen betrifft (2. Komplex), hat die Antragsgegnerin die ImplausibilitÃ¤t damit begrÃ¼ndet, es lÃ¤gen erhebliche DokumentationsmÃ¤ngel vor. Bei summarischer PrÃ¼fung durch das Gericht bestÃ¤tigt sich die Ansicht der Antragsgegnerin, die Antragstellerin habe gegen die Pflicht zur peinlich genauen Abrechnung verstoÃen, indem sie ihrer Dokumentationspflicht grundsÃ¤tzlich nicht genÃ¼gt hat.
Bei der Pflicht zur peinlich genauen Abrechnung handelt es sich um eine Grundpflicht und eine der tragenden SÃ¤ulen des vertrauensbasierten Vertragsarztsystems. Diese Pflicht ergibt sich aus Â§ 32 Abs. 1 S. 1 Ãrzte-ZV, Â§ 15 Abs. 1 S. 1 BMV-Ã, Â§ 14 Abs. 1 S. 1 EKV-Ã, Â§ 57 BMV-Ã bzw. Â§ 10 Abs. 1 der Berufsordnung fÃ¼r die Ãrzte Bayerns und Art. 18 Abs. 1 Ziffer 3 Heilberufekammergesetz (HKaG). Sie ist aus der Ãberlegung heraus entwickelt worden, dass nur ein geringer Teil der Abrechnungen Ã¼berprÃ¼ft werden kann. Insofern ist sie grundlegend fÃ¼r die FunktionsfÃ¤higkeit der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung und gilt nicht nur fÃ¼r die Behandlungs-sondern auch fÃ¼r die VerordnungstÃ¤tigkeit (BSG, Urteil vom 20.03.2013, Az B 6 KA 17/12 R, Rn. 43 nach juris). Die Dokumentation dient dem Vertragsarzt zum Nachweis der ordnungsgemÃ¤Ãen Abrechnung seiner von ihm erbrachten Ã¤rztlichen Leistungen, aber auch dem Patienten im Rahmen von Strafverfahren oder im Rahmen eines Arzthaftungsprozesses. Erfolgt keine Dokumentation oder kann der Nachweis einer Dokumentation nicht gefÃ¼hrt werden, entfÃ¤llt die Garantiewirkung der AbrechnungssammelerklÃ¤rung und die abgerechneten Leistungen gelten als nicht erbracht (BayLSG, Urteil vom 7.7.2004, Az L 3 KA 510/02 ; SG Marburg, Urteil vom 13.9.2017, S 12 KA 349/16; SG MÃ¼nchen, Urteil vom 25.07.2018, Az S 38 KA 645/16). Die Dokumentation ist immer dann ordnungsgemÃ¤Ã und erfÃ¼llt den oben beschriebenen Zweck, wenn ein fachkundiger AuÃenstehender ohne weiteres in der Lage ist, zu beurteilen, ob die jeweiligen Leistungsbestandteile erfÃ¼llt sind.
Der VerstoÃ gegen die Pflicht zur peinlich-genauen Abrechnung hat zur Folge, dass damit die Garantiewirkung der Abrechnungs-SammelerklÃ¤rung (Â§ 35 Abs. 2 BMV-Ã, Â§ 34 Abs. 1, Â§ 35 Abs. 2 EKV-Ã), die eine eigenstÃ¤ndige Voraussetzung fÃ¼r die Entstehung eines Anspruchs eines Vertragsarztes auf VergÃ¼tung der von ihm erbrachten Leistungen darstellt. Ein einer solchen

AbrechnungssammelerklÃ¤rung nachfolgender Honorarbescheid ist rechtswidrig ist (vgl. zum Ganzen BSG, Urteil vom 17.09.1997, Az 6 RKa 86/95 Rn. 19f. (juris); BSG, Urteil vom 22.03.2006, Az B 6 KA 76/04 R).
Die Dokumentation der von der Antragstellerin erbrachten Leistungen ist bei summarischer PrÃ¼fung notleidend, weil entweder Ã¼berhaupt nicht vorhanden oder unzureichend. Der bloÃe Ansatz einer GebÃ¼hrenordnungsposition vermag eine ordnungsgemÃ¤Ãe Dokumentation nicht zu ersetzen.
Voraussetzung fÃ¼r die Aufhebung der Honorarbescheide verbunden mit einer Honorarneufestsetzung und RÃ¼ckforderung im Rahmen der PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fung ist auÃerdem, dass der PflichtverstoÃ verschuldet (Vorsatz oder grobe FahrlÃ¤ssigkeit) wurde. WÃ¤hrend der ProzessbevollmÃ¤chtigte der Antragstellerin der Auffassung ist, allenfalls sei der Antragstellerin leichte FahrlÃ¤ssigkeit vorzuwerfen, vertritt die Antragsgegnerin die Meinung, beim ersten Komplex handle es sich sogar um Vorsatz, beim zweiten Komplex um grobe FahrlÃ¤ssigkeit. Die Antragsgegnerin hat in ihrem Rundschreiben vom 29.06.2020 Hinweise zur Abrechnung im Zusammenhang mit Corona-Testungen gegeben. Weitere Hinweise enthÃ¤lt das Merkblatt auf der Homepage vom 15.09.2020. AuÃerdem wurde der Antragstellerin die Kopie eines Merkblattes am 23.03.2021 zugeleitet. Ein Verschulden bzw. Mitverschulden der Antragsgegnerin ist nicht ersichtlich. Vielmehr hat diese alles getan, um auf die Besonderheiten der Abrechnung im Zusammenhang mit Corona-Testungen hinzuweisen. Auch inhaltlich sind die gegebenen Hinweise klar genug und nicht zu beanstanden. Zwar wurde dort nicht ausgefÃ¼hrt, dass kein kurativer Behandlungsschein durch Einlesen der Karte anzulegen ist. Vielmehr wurde zum Ausdruck gebracht, dass die elektronische Gesundheitskarte fÃ¼r die Abstrichnahme nicht einzulesen ist. Dies bedingt im Umkehrschluss, wie die Antragsgegnerin ausfÃ¼hrt, dass kein kurativer Behandlungsschein zulasten der GKV anzulegen ist, da das Einlesen der Versichertenkarte bei kurativen Behandlungsleistungen zulasten der GKV obligat ist.
EinzurÃ¤umen ist, dass damals eine besondere Situation vorherrschte und die Regierungen und insbesondere alle Beteiligten im Gesundheitswesen mit einer Situation konfrontiert waren, die alle vor groÃe Herausforderungen stellte. Das pandemische Geschehen belastete sowohl die medizinische Versorgung stationÃ¤r, als auch ambulant. Die groÃe Verantwortung der VertragsÃ¤rzte ging einher mit einer hohen Arbeitsbelastung. Dies alles vermag die Antragstellerin aber nicht zu exkulpieren. Denn die Herausforderungen betrafen nicht nur die Antragstellerin, sondern sÃ¤mtliche an der Gesundheitsversorgung Beteiligte. Ferner ist darauf hinzuweisen, dass allein der Umstand, dass die Antragstellerin sich nicht um die Abrechnung kÃ¼mmerte, sich auf Dritte (LebensgefÃ¤hrten, Praxispersonal) verlieÃ, als grobe FahrlÃ¤ssigkeit zu werten ist. Denn mit der AbrechnungssammelerklÃ¤rung garantiert die Antragstellerin fÃ¼r die Richtigkeit der Abrechnung. Die Delegation der Abrechnung auf Dritte ohne eigene und abschlieÃende ÃberprÃ¼fung und Kontrolle durch den Vertragsarzt selbst entspricht nicht dem einer ordnungsgemÃ¤Ãen Abrechnung und der damit verbundenen Garantiefunktion. Im Ergebnis kann dahinstehen, ob die Antragstellerin vorsÃ¤tzlich gegen die Pflicht zur peinlich genauen Abrechnung verstoÃen hat (1. Komplex). Jedenfalls legen die GesamtumstÃ¤nde nahe, dass zumindest eine grobe FahrlÃ¤ssigkeit vorliegt.

SelbstverstÃ¤ndlich kann aus dem Umstand, dass zwischen der Antragsgegnerin und der Antragstellerin bzw. deren ProzessbevollmÃ¤chtigten Vergleichsverhandlungen gefÃ¼hrt wurden und beide Seiten Vergleichsangebote unterbreiteten, nicht unmittelbar abgeleitet werden, die Antragstellerin habe die PflichtverstÃ¶Ãe und ihr Verschulden eingerÃ¤umt. Ein Schuldanerkenntnis im Sinne von Â§ 781 BGB ist nicht zustande gekommen. Allerdings deutet viel darauf hin, dass Abrechnungsfehler vorliegen, wenn ein Vergleichsangebot von der Seite der Antragstellerin in erheblicher, auch nomineller HÃ¶he (ca. 3/4 der RÃ¼ckforderung) unterbreitet wird. In dem Fall ist zu vermuten, dass auch die Antragstellerin hierzu Veranlassung sah und zwar nicht allein um den Rechtsfrieden wieder herzustellen.
Bei summarischer PrÃ¼fung durch das Gericht sind die angefochtenen Bescheide auch hinsichtlich des SchÃ¤tzungsermessens rechtlich nicht zu beanstanden. Die Antragsgegnerin hat immerhin drei Quartale von insgesamt sieben Quartalen als Referenzquartale in die PrÃ¼fung mit einbezogen. Von einer ausreichenden ReprÃ¤sentativitÃ¤t ist folglich auszugehen. Soweit beanstandet wurde und sich die Antragstellerin auf die Entscheidung des Sozialgerichts MÃ¼nchen (SG MÃ¼nchen, Beschluss vom 28.04.2021, Az S 38 KA 62/21 ER) hinsichtlich der Prozentzahl der Ã¼berprÃ¼ften AnsÃ¤tze bezieht, ist zunÃ¤chst darauf hinzuweisen, dass dort lediglich die Meinung vertreten wurde, die dort in den Quartalen Ã¼berprÃ¼ften AnsÃ¤tze von mindestens 10 % seien ausreichend reprÃ¤sentativ. Es wurde somit keine feste GrÃ¶Ãe festgelegt, die als verbindlich anzusehen wÃ¤re. Allenfalls lieÃe sich die genannte Prozentzahl als Richtwert verstehen, von dem grundsÃ¤tzlich ausgegangen werden sollte, der jedoch â abhÃ¤ngig vom Einzelfall â Abweichungen zulÃ¤sst. Erforderlich ist, dass die Anzahl der AnsÃ¤tze vom Umfang her ausreicht, um als reprÃ¤sentativ angesehen zu werden. Die Antragsgegnerin ist bei GOP 03000 ff. EBM in zwei Referenzquartalen unter einem 10-prozentigen Ansatz geblieben (Quartal 3/20: 115 AnsÃ¤tze (= 8,84 %); Quartal 1/21: 135 AnsÃ¤tze (= 8,30 %); Quartal 1/22: 165 AnsÃ¤tze (= 10,03 %). Es handelt sich somit um eine lediglich geringfÃ¼gige prozentuale Unterschreitung, die nicht zu Zweifeln an der ReprÃ¤sentativitÃ¤t Anlass gibt, vor allem, weil hier die Ã¼berprÃ¼ften AnsÃ¤tze in absoluten (hohen) Zahlen fÃ¼r eine ausreichende ReprÃ¤sentativitÃ¤t sprechen. Bei der GOP 01410 EBM wurden teilweise sogar Ã¼ber 40 % der AnsÃ¤tze Ã¼berprÃ¼ft (Quartal 3/20: 240 AnsÃ¤tze (= 41,45 %); Quartal 1/21: 137 AnsÃ¤tze (= 22,73 %); Quartal 1/22: 168 AnsÃ¤tze (= 40,24 %), so dass sowohl, was die Prozentzahl, als auch die absoluten Zahlen betrifft, eine mehr als ausreichende ReprÃ¤sentativitÃ¤t gewÃ¤hrleistet ist.
Was den Sicherheitsabschlag betrifft, um UnwÃ¤gbarkeiten auszugleichen, ist jedenfalls im Rahmen des summarischen Verfahrens ein solcher in HÃ¶he von 15 %, der gewÃ¤hrt wurde, rechtlich nicht zu beanstanden. Dieser Prozentsatz entspricht grundsÃ¤tzlich dem in parallelen PlausibilitÃ¤tsverfahren. Selbst bei einer Fehlerquote von nahezu 100 % wurde der Sicherheitsabschlag in Ansatz gebracht, was als durchaus groÃzÃ¼gig zu werten ist.
Somit sind die Bescheide der Beklagten bei summarischer PrÃ¼fung als offensichtlich rechtmÃ¤Ãig anzusehen, sodass von einem Ã¶ffentlichen Interesse am Sofortvollzug auszugehen ist und aus diesem Grund der Antrag auf Herstellung der aufschiebenden Wirkung abzuweisen ist.
Selbst bei einer anderen EinschÃ¤tzung der Erfolgsaussichten des Widerspruchs

wÃ¤re allenfalls von einer ergebnisoffenen EinschÃ¤tzung auszugehen. Die dann notwendige InteressenabwÃ¤gung zwischen den Interessen der Antragstellerin und denen der Antragsgegnerin (Interesse der Antragstellerin an der Anordnung der aufschiebenden Wirkung â Interesse der Antragsgegnerin am Sofortvollzug) fÃ¼hrt zur UnbegrÃ¼ndetheit und Abweisung des Antrags. Denn der Gesetzgeber hat ausdrÃ¼cklich in Â§ 85 Abs. 4 S. 6 SGB V geregelt, dass WidersprÃ¼che und Klagen gegen Honorarbescheide keine aufschiebende Wirkung entfalten. Daraus ist der grundsÃ¤tzliche Vorrang des Vollziehungsinteresses der Antragsgegnerin herzuleiten. AuÃerdem besteht auch ein Interesse der ÃrzteschaftÃ insgesamt, dass der PlausibilitÃ¤tsbescheid vollzogen wird; dies umso mehr, als der RÃ¼ckforderungsbetrag erheblich ist und losgelÃ¶st von der Person der Antragstellerin grundsÃ¤tzlich angesichts des RÃ¼ckforderungsbetrags zu besorgen ist, dass eine spÃ¤tere Vollziehung (zum Beispiel nach Rechtskraft) deutlich erschwert, wenn nicht zur sogar unmÃ¶glich wÃ¤re. Dem steht eventuell ein Interesse des Antragstellers an der Anordnung der aufschiebenden Wirkung gegenÃ¼ber. Ein solches vorrangig zu berÃ¼cksichtigendes und das Interesse der Antragsgegnerin neutralisierendes Interesse der Antragstellerin ist insbesondere bei einer existenziellen GefÃ¤hrdung anzunehmen. Eine solche wurde zwar vorgetragen, allerdings ohne entsprechende Nachweise zu erbringen. Nach den AusfÃ¼hrungen des ProzessbevollmÃ¤chtigten der Antragstellerin verbleibt dieser unter BerÃ¼cksichtigung der RÃ¼ckforderungssumme fÃ¼r das Jahr 2021 ein ÃberschussÃ in HÃ¶he von 10.000 â¬. ZugegebenermaÃen handelt es sich hierbei um einen Betrag, der umgerechnet auf das dann Ã¼brig bleibende monatliche Honorar knapp 500 â¬ betrÃ¤gt. Zur Beurteilung der Frage, ob die Vollziehung des Bescheides zu einer existenziellen Notlage fÃ¼hren wÃ¼rde, ist aber die Einkommens-und VermÃ¶genssituation insgesamt heranzuziehen. Zur VermÃ¶genssituation wurde von der Seite der Antragstellerin nichts vorgetragen. Was die Einkommenssituation betrifft, so wurde dem Vortrag der Antragsgegnerin nicht widersprochen, die Antragstellerin habe allein durch die Abstrichentnahmen in dem Zeitraum (Quartale 3/20 bis 1/22) 243.589 â¬ generiert. Hinzu kommen dÃ¼rften noch Einnahmen aus privatÃ¤rztlicher TÃ¤tigkeit, die hier nicht bekannt sind. Soweit der ProzessbevollmÃ¤chtigte der Antragstellerin ausfÃ¼hrt, es sei mit einer weiteren PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fung fÃ¼r andere nachfolgende Quartale zu rechnen, ist dies fÃ¼r das streitgegenstÃ¤ndliche Verfahren ohne Belang. Denn es steht weder fest, ob ein solches PlausibilitÃ¤tsverfahren wirklich nachfolgt und â wenn ja â zu welchen Ergebnissen (HÃ¶he der RÃ¼ckforderung) dieses fÃ¼hrt. Auch das Ermittlungsverfahren vor der Generalstaatsanwaltschaft A-Stadt-B-Stadt wegen des Verdachts des Abrechnungsbetruges (Az 111 Js 10249/22), dessen Ausgang noch offen steht, bedarf keiner BerÃ¼cksichtigung. MaÃgeblich fÃ¼r die Einkommens-und VermÃ¶genssituation ist der Zeitpunkt der Antragstellung bzw. der Zeitpunkt der Entscheidung des Gerichts hierÃ¼ber. KÃ¼nftige Ereignisse, die zu Auswirkungen auf die Einkommenssituation und/oder VermÃ¶genssituation fÃ¼hren kÃ¶nnen, sind fÃ¼r die Beurteilung, ob eine existenzielle Notlage vorliegt, ohne Belang. Insgesamt ist daher davon auszugehen, dass die Vollziehung der RÃ¼ckforderung bei der Antragstellerin nicht zu einer existenziellen Notlage fÃ¼hrt. Eine unbillige HÃ¤rte der Vollziehung der RÃ¼ckforderung ist nicht ersichtlich. FÃ¼r die Antragstellerin wurde auÃerdem bei der Antragsgegnerin ein Antrag auf Stundung gestellt, Ã¼ber den noch nicht entschieden wurde. Angesichts

der doch erheblichen RÃ¼ckzahlungsforderung in HÃ¶he von 417.542,62 â¬ ist nicht auszuschlieÃen und eher wahrscheinlich, dass die Antragsgegnerin dem Stundungsersuchen jedenfalls teilweise stattgibt.
Aus den genannten GrÃ¼nden war der Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung des Widerspruchs gegen den Bescheid der Antragsgegnerin vom 20.07.2023 abzuweisen.
Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 197a SGG i.V.m. Â§ 154 Abs. 1 VwGO.

Â

Erstellt am: 13.10.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024