S 24 KA 3534/17

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	5
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	Landessozialgericht Baden-Württemberg

[L 5 KA 3574/18](#)

[S 24 KA 3534/17](#)

Im Namen des Volkes Urteil

Der 5. Senat des Landessozialgerichts Baden-Württemberg in Stuttgart hat auf Grund der mündlichen Verhandlung vom 20.11.2019 für Recht erkannt:

Normenkette

-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 24 KA 3534/17
Datum	21.09.2018

2. Instanz

Aktenzeichen	L 5 KA 3574/18
Datum	20.11.2019

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 21.09.2018 wird zurückgewiesen. Der Kläger hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen. Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird endgültig auf 271.022,59 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Umstritten sind sachlich-rechnerische Berichtigungen der Honorarabrechnungen

des KlÄrger f¼r die Quartale 1/2012 bis 4/2014.

Der KlÄrger nimmt seit dem Quartal 3/2005 als Facharzt f¼r Allgemeinmedizin mit Sitz in F. an der vertragsÄrztlichen Versorgung teil. Mit Bescheid vom 01.07.2005 erhielt er die Genehmigung zur Durchf¼hrung und Abrechnung der chirotherapeutischen Leistungen nach den Geb¼hrenordnungspositionen (GOP) 30200 (Chirotherapeutischer Eingriff an einem oder mehreren ExtremitÄtengelenken) und 30201 (Chirotherapeutischer Eingriff an der WirbelsÄule) des Einheitlichen Bewertungsma¼stabes f¼r Ärztliche Leistungen (EBM).

Mit Honorarbescheid vom 16.07.2012 verg¼tete die beklagte KassenÄrztliche Vereinigung dem KlÄrger f¼r das Quartal 1/2012 u.a. Leistungen der GOPen 30201, 30420ff. (Krankengymnastik (Einzelbehandlung)) und 35110 (Verbale Intervention bei psychosomatischen KrankheitszustÄnden) EBM. F¼r die Quartale 2/2012 bis 4/2014 erfolgten die Verg¼tungen mit Honorarbescheiden vom 15.10.2012, 15.01.2013, 15.04.2013, 15.07.2013, 15.10.2013, 15.01.2014, 15.04.2014, 15.07.2014, 15.10.2014, 15.01.2015 und 15.04.2015, wobei ab dem Quartal 4/2013 anstelle der GOP 03212 die GOPen 03220 (Zuschlag f¼r die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverÄndernden chronischen Erkrankung), 03221 (Zuschlag f¼r die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverÄndernden chronischen Erkrankung) und 03230 (Problemorientiertes Ärztliches GesprÄch das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist) verg¼tet worden sind.

Mit Schreiben vom 10.06.2015 setzte die Beklagte den KlÄrger davon in Kenntnis, dass die Auswertung seiner Zeitprofile in den Abrechnungsquartalen 1/2014 bis 4/2014 auffÄllige Quartalarbeitszeiten von bis zu 1.515 Stunden und einer Minute bzw. Tagesarbeitszeiten von bis zu 65 Stunden und 31 Minuten ergeben habe. Einen besonders hohen Anteil hÄtten die Leistungen nach den GOPen 03220, 03221, 03230, 30201, 30420 und 35110 EBM. AuffÄllig sei auch ein routinemÄßiger Ansatz der ICD10-Diagnose Z73 (Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der LebensbewÄltigung (z.B. im Quartal 1/2014 bei 491 von 583 FÄllen)). Der KlÄrger wurde hierzu und zu der Frage, ob er die Leistung nach der GOP 30420 EBM selbst oder durch einen Physiotherapeuten erbringe, um Stellungnahme gebeten.

Unter dem 18.06.2015 ÄuÄerte sich der KlÄrger dahingehend, dass er die Leistungen der GOP 30201 EBM selbst erbringe. F¼r die GOP 30420 EBM, die er selbst erst seit dem Jahr 2011 kenne, seien 15 Minuten und ein Betrag von 9,66 EUR anzusetzen. "Dies" ergÄbe einen "Stundenbetrag" von 38,64 EUR. Hiermit f¼hle er sich vÄllig unterbezahlt. Wenn er diese GOP ernst nÄhme, m¼sste er die Beklagte wegen Versto¼es gegen die gesetzlichen Mindestlohnregeln verklagen. Auch sollte die GOP, wie die GOP 30201 EBM, mindestens vier bis f¼nfmal pro Quartal und nicht nur zweimal ansetzbar sein. Bzgl. der GOPen im Zusammenhang mit lebensverÄndernden Krankheiten und psychosomatischen GesprÄchen sei zu konstatieren, dass diese Probleme in F. "zum Doktor" und nicht wie in seiner w. Heimat zum Pfarrer getragen w¼rden. Den zeitlichen und emotionalen sowie

organisatorischen Aufwand, den er und seine Helferinnen damit hätten, müsste er "irgendwie" in Rechnung stellen bzw. stellen können. Außerdem erspare er der Beklagten bzw. den Kassen und damit der gesamten Bevölkerung mit seinem Tun die Kosten hunderter bzw. inzwischen tausender Knie-TEPs, Hüft-TEPs und Bandscheibenoperationen.

Mit Schreiben vom 25.06.2015 informierte die Beklagte den Kläger über eine Beschwerde seiner Patientin J. M. (im Folgenden: M.), in der diese den Vorwurf erhebe, dass er falsche Diagnosen angegeben und nicht erbrachte Leistungen abgerechnet habe. Der Kläger wurde zur Stellungnahme und Vorlage der kompletten Patientendokumentation von M. aufgefordert.

Unter Vorlage seiner Unterlagen und Beifügung einer bereits unter dem 24.10.2014 erfolgten Stellungnahme, wonach die Diagnosen J32.9, M41.99, M54.14, M54.17, M62.88 und Z73 bzgl. M. bei ihm irrtümlich vermerkt worden seien und deshalb auch die entsprechenden Abrechnungsziffern nicht korrekt seien, räumte der Kläger unter dem 06.07.2015 diesen Vorwurf ein. Richtig sei die Diagnose Sinusitis.

Mit Bescheid vom 02.09.2015 entschied die Beklagte nach einer Sitzung des Plausibilitätsausschusses am 08.07.2015 die ursprünglichen Honorarbescheide für die Quartale 1/2012 bis 4/2014 aufzuheben, die Neufestsetzung der Vergütung des Honorars nach Feststellung des entstandenen Schadens durchzuführen und die weiterführende Präfung namentlich benannte Patientendokumentationen anzufordern. Anlass für die Plausibilitätsprüfung seien die auffälligen Quartalsarbeitszeiten (Quartale 1/2013, 2/2013 und 4/2013 bis 4/2014) und auffällige Tagesarbeitszeiten in sämtlichen Quartalen gewesen. Die Zeiten stellten sich im Einzelnen wie folgt dar:

Quartal Quartalsarbeitszeit

1/2012 561:27 18:41 18:21 2/2012 607:11 14:36 12:20 12:20 13:02 13:55 13:17
13:37 14:56 12:39 3/2012 707:24 14:47 12:52 13:18 13:47 12:40 12:27 12:24
24:00 12:52 15:31 14:12 4/2012 778:02 12:18 12:18 12:40 16:48 14:40 14:02
12:06 16:18 14:46 17:54 14:49 18:17 15:24 1/2013 1021:46 15:37 16:28 16:34
15:37 24:47 14:16 16:39 17:28 14:15 15:21 15:26 13:19 14:30 12:43 13:50 13:49
2/2013 1153:16 15:28 12:46 17:38 14:50 17:18 14:02 12:05 16:02 17:56 16:25
21:59 14:03 23:15 19:33 18:06 18:28 20:33 15:29 15:27 13:31 16:30 17:29 16:38
17:57 13:59 26:20 19:32 20:15 15:47 44:13 13:05 13:51 26:19 15:14 22:24 3/2013
583:34 14:34 16:57 13.18 12.54 12:44 21:37 14:23 15:38 30:37 15:09 12:18 20:16
24:20 18:21 40:35 39:41 13:33 4/2013 1290:48 20:38 30:57 29:29 21:05 27:15
24:17 25:18 23:52 29:21 21:48 14:40 13:03 18:28 13:29 16:35 20:53 16:30 13:01
22:02 20:07 19:55 17:37 20:39 15:30 12:34 17:42 16:22 20:52 15:30 13:07 18:17
12:17 18:09 16:54 16:01 13:50 16:16 26:28 21:22 18:49 17:12 25:44 21:29 1/2014
1374:36 31:24 24:42 25:16 31:46 21:29 65:31 25:31 24:07 27:27 24:10 42:38
19:07 12:03 22:44 17:16 15:33 18:39 22:12 27:20 16:04 26:47 20:48 20:02 17:42
26:42 13:20 17:30 15:57 17:45 12:06 19:49 16:16 20:51 14:21 23:12 14:03 27:29
12:17 19:05 13:04 16:38 13:42 16:30 2/2014 1319:21 24:42 14:11 24:26 16:43

26:45 27:23 13:45 38:35 24:39 32:04 30:00 19:44 43:55 33:00 34:10 14:59 34:55
23:18 25:26 22:16 26:31 25:33 29:27 20:59 30:47 19:06 18:40 18:39 17:57 16:25
12:12 23:15 16:49 20:43 23:35 19:13 19:21 19:01 12:06 3/2014 1515:01 32:56
15:50 41:58 34:08 46:49 35:44 19:36 48:21 26:32 37:25 23:58 20:04 32:01 22:04
30:58 23:30 21:14 36:35 24:11 22:37 19:39 25:10 34:18 34:09 15:35 21:16 24:38
17:07 19:36 18:05 13:37 27:10 25:31 14:53 24:09 16:04 15:12 13:54 25:43 21:49
20:54 12:23 14:23 4/2014 1467:53 18:06 33:18 37:09 26:42 38:07 36:29 49:23
33:06 17:04 33:48 26:36 39:16 28:09 15:15 40:22 34:04 23:11 21:48 34:57 29:00
37:16 22:12 14:36 29:52 23:08 20:43 18:43 18:24 15:07 19:02 12:37 28:00 13:09
13:34 18:51 13:48 12:45 15:45 15:36 18:25 21:02

Ausschlaggebend hierfür seien die häufigen Ansätze der GOPen 03220, 03221, 03230, 30201, 30420 und 35110 EBM sowie der routinemäßige Ansatz der ICD-Diagnose Z73. Parallel zur Zeitprofilprüfung habe es eine Beschwerde seiner Patientin M. gegeben, wonach er Leistungen zu Unrecht abrechnet habe. Die Stellungnahme des Klägers zu den enorm auffälligen Tages- bzw. Quartalsarbeitszeiten bzw. der dazu führenden auffälligen GOPen enthalte, so der Plausibilitätsausschuss begründend, keine entlastenden Argumente. Auf die extrem hohen Tagesarbeitszeiten von bis zu 65:31 Stunden bzw. Quartalsarbeitszeiten von bis zu 1.515:01 Stunden sei der Kläger nicht eingegangen. Er habe auch keine klärenden Angaben zu den erwähnten abgerechneten Leistungen gemacht. Man habe den Eindruck gewonnen, dass GOPen abgerechnet worden seien, um seinem, des Klägers, organisatorischen Aufwand Rechnung zu tragen. Auch der Sachverhalt zu der Patientin M. habe nicht zur Entlastung beitragen können. Zur Fristwahrung habe sich, so die Beklagte weiter, der Plausibilitätsausschuss veranlasst gesehen, zunächst die Honorarbescheide für die Quartale 1/2012 bis 4/2014 aufzuheben. Für die weiterführende Prüfung werde gebeten, von namentlich benannten 49 Patienten die komplette Patientendokumentation einzureichen.

Hiergegen erhob der Kläger am 08.09.2015 Widerspruch. Zur Begründung führte er über sein Vorbringen im Rahmen der Anführung hinaus aus, die Beklagte habe sich mit seinen Argumenten inhaltlich nicht auseinandergesetzt. Man ziehe sich an einem einzigen Patientenfall, bei dem er nicht erbrachte "Chiroziffern" angesetzt habe, um mit diesem "extrem unangenehmen, ekligen Patientenkontakt" wenigstens Geld zu verdienen, "hoch". Dass nun im Gegenzug seine Quartale von 1/2012 bis 4/2014 aufgehoben würden, halte er für grob unverhältnismäßig. Er bestreite nicht, dass seine GOPen an vielen Stellen unplausibel seien, unplausibel sei aber auch das Gesamtsystem. Auch erscheine ihm die Wahl der Quartale völlig willkürlich. Nachdem er in den davor liegenden Quartalen immer höchst regelkonform abgerechnet habe, sei er in den Jahren 2012 bis 2014 von der Beklagten (endlich) anständig bezahlt worden. Im Übrigen seien den Hausärzten Baden-Württembergs ohne eine fachlich-sachliche Erklärung 2012 zunächst 30 %, später bis 50 % und im Quartal 4/2013 sogar 55 % ihrer Leistungen nicht ausgezahlt worden. Zwei 50 % Minusquartale in Folge hätten bedeutet, dass er erneut Insolvenz hätte anmelden müssen. Seine seit 2012 praktizierte und nunmehr beanstandete "Ziffernansetzpraxis" sei als reaktive, suggestive Insolvenzprophylaxe, also als Notwehr, zu werten. Der damalige

Prozessbevollmächtigte des Klägers brachte über das Vorbringen des Klägers hinaus ergänzend vor, dass der Kläger mit hohem Engagement ärztliche Leistungen erbringe, ohne adäquat bezahlt zu werden. Auch nach seiner Insolvenz in den Jahren 2011 bis 2013 könne von einer allenfalls erträglichen, jedoch keinesfalls und nie von einer "übermäßigsten" Einnahmesituation ausgegangen werden. Die besondere Situation der Hausärzte und vor allem der Kläger, hier eine zumindest angemessene, aber immer noch an der untersten Stufe sich bewegende und kaum die Aufwendungen tragende Abrechnung zu erreichen, spiele eine Rolle. Der Kläger bemühe sich seit Jahren offen und mit medizinpolitischen Gründen eine auch nur annähernd leistungsadäquate Abrechnung seiner Leistungen als Hausarzt zu erhalten. Die Beratung, Auskunftserteilung und das Abrechnungsverhalten der Beklagten empfinde er als grob rechtswidrig und falsch. Bis zum Jahr 2011 habe er verschiedene GOPen nicht gekannt und daher jahrelang nicht abgerechnet, weil er auf diese nicht hingewiesen worden sei. Nicht zuletzt sei die eingeleitete Plausibilitätsprüfung auch unzulässig. Es handle sich um eine offensichtliche Retourkutsche des Vorstands der Beklagten. Was die 65 Stunden anbelange, dürften diese Zahlenangabe an einer noch nicht gut eingearbeiteten Helferin liegen, was dem Kläger beim Unterschreiben wohl entgangen sei. Die anderen "auffälligen" Zeiten seien angesichts seiner Praxis als Hausarzt, seiner Berufsauffassung und seiner speziellen Behandlungsarten in Wirklichkeit keine Auffälligkeiten und zum anderen Teil durch Überschneidungen nachvollziehbar.

Die angeforderten Patientendokumentationen legte der Kläger nicht vor.

Mit Bescheid vom 30.06.2016 entschied die Beklagte nach einer Sitzung des Plausibilitätsausschusses am 16.12.2015 für die Quartale 1/2012 bis 4/2014 eine Berichtigung der GOPen 30201, 30420 ff. und 35110 EBM auf den Fachgruppendurchschnitt durchzuführen und setzte eine Rückforderung aus der Neufestsetzung der Vergütung des Honorars in Höhe von 271.022,59 EUR fest. Zur Begründung ihrer Entscheidung führte sie aus, die Auswertung der Zeitprofile habe gezeigt, dass die Überschreitungen hauptsächlich durch die GOPen 03220, 03221, 03230, 30201, 30420 ff. und 35110 EBM verursacht worden seien. Bei Prüfung der Einzelfallnachweise sei aufgefallen, dass routinemäßig die Kombination der GOPen 30201, 30420 und 35110 EBM unter Angabe des ICD-Codes M99.8 (Sonstige biomechanische Funktionsstörungen im Lumbal- und/oder Thorakalbereich), M41 (Skoliose) und Z73 abgerechnet worden seien. Dies sei auch bei der Patientin M. der Fall gewesen. Die GOPen 30201, 30420 und 35110 EBM stellten sich pro Arzt-Patienten-Kontakt wie folgt dar und würden im EBM-Anhang 3 mit insgesamt 38 Minuten bewertet:

Quartal	Gesamtfallzahl	Ansatz der Kombination	insgesamt	ICD M 41	ICD M99.8	ICD Z73																
1/2012	327	226	225	225	54	2/2012	348	254	210	253	207											
3/2012	361	317	247	317	268	4/2012	385	362	251	362	325											
1/2013	486	498	325	496	438	2/2013	562	551	523	549	490											
3/2013	279	278	161	268	200	4/2013	567	564	485	509	470											
1/2014	576	575	526	491	2/2014	553	558	543	508	494	3/2014	631	631	610	564	581	4/2014	616	595	585	527	564

Die Stellungnahmen des Klägers könnten die Implausibilitäten nicht

ausräumen. Bemängelungen an den Abrechnungsbestimmungen und die Darlegung von finanziellen Situationen vermöchten die hohen Arbeitszeiten nicht zu erklären. Bzgl. der GOP 30201 EBM stehe in der Leistungslegende des EBM, dass diese Leistung bis zu zweimal im Behandlungsfall berechnungsfähig sei. Weitere Behandlungen könnten nur im Einzelfall mit aussergewöhnlicher Begründung erfolgen. Zur Abrechnung der GOP 30420 EBM, die der Kläger nach seinen Angaben persönlich durchgeführt habe, sei laut EBM-Anhang 3 eine Dauer von mindestens 15 Minuten vorgeschrieben. Dieselbe Zeit sei auch für den Arzt-Patienten-Kontakt gem. GOP 35110 EBM vorgesehen. Berechnungsfähig sei eine Leistung oder ein Leistungskomplex nur, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht worden sei. Der Plausibilitätsschuss sei zur Überzeugung gekommen, dass aufgrund der hohen Arbeitszeiten die damit verbundenen abgerechneten Leistungen nach den GOPen 30201, 30420 ff. und 35110 EBM nicht immer vollständig erfüllt und entsprechend der Leistungslegende erbracht worden sein könnten. Bei der Schadensbemessung stehe ihm, so der Plausibilitätsschuss weiter, ein umfassendes und gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbares Schätzungsermessen zu. Die sich aus der Neufestsetzung ergebende Rückforderung von insgesamt 271.022,59 EUR werde dem Honorarkonto des Klägers zum Quartal 2/2016 belastet. In der Anlage zum Bescheid schlüsselte die Beklagte die Rückforderung wie folgt auf:

Quartal GNR LB Ansatz je 100 Fälle Praxis Ansatz je 100 Fälle PG Ansatz GOP
gesamt Fallzahl kurativ gesamt GNR- Wert Kärzung in % GNR Honorar Kärzung
in Euro 1/12 30201 R 174,31 8,38 570 327 4,48 EUR 95 2.554,28 EUR 2.431,48 EUR
30420 R 160,55 9,25 525 327 5,94 EUR 94 3.117,24 EUR 2.937,64 EUR 30420A R
7,65 1,27 25 327 5,94 EUR 83 148,44 EUR 123,80 EUR 30420Z O 160,24 9,59 524
327 -1,43 EUR 94 -749,32 EUR -704,47 EUR 35110 R 144,04 13,55 471 327 9,63
EUR 91 4.537,89 EUR 4.111,01 EUR 2/12 30201 R 187,64 8,07 653 348 4,34 EUR 96
2.832,06 EUR 2.710,26 EUR 30420 R 176,44 8,56 614 348 5,75 EUR 95 3.528,36
EUR 3.357,18 EUR 30420A R 6,03 1,36 21 348 5,75 EUR 77 120,68 EUR 93,49 EUR
30420Z O 175,57 8,86 611 348 -1,43 EUR 95 -873,73 EUR -829,64 EUR 35110 R
139,37 13,20 485 348 9,32 EUR 91 4.522,40 EUR 4.094,07 EUR 3/12 30201 R
239,61 8,43 865 361 4,01 EUR 96 3.467,26 EUR 3.345,27 EUR 30420 R 187,81
10,22 678 361 5,31 EUR 95 3.600,94 EUR 3.404,99 EUR 30420A R 6,65 1,44 24 361
5,31 EUR 78 127,47 EUR 99,87 EUR 30420Z O 187,81 10,59 678 361 -1,43 EUR 94
-696,54 EUR -914,87 EUR 35110 R 171,47 13,31 619 361 8,62 EUR 92 5.334,57 EUR
4.920,49 EUR 4/12 30201 R 219,22 8,34 844 385 3,96 EUR 96 3.341,21 EUR
3.214,10 EUR 30420 R 187,27 9,34 721 385 5,25 EUR 95 3.781,92 EUR 3.593,30
EUR 30420A R 5,71 1,74 22 385 5,25 EUR 70 115,40 EUR 80,23 EUR 30420Z O
187,27 9,73 721 385 -1,43 EUR 95 -1.031,03 EUR -977,46 EUR 35110 R 184,94
14,09 712 385 8,51 EUR 92 6.060,09 EUR 5.598,39 EUR 1/13 30201 E 6,17 0,57 30
486 7,07 EUR 91 212,20 EUR 192,60 EUR 30201 R 217,90 7,56 1059 486 3,07 EUR
97 3.253,22 EUR 3.140,35 EUR 30420 E 5,35 0,99 26 486 9,37 EUR 81 243,64 EUR
198,56 EUR 30420 R 200,21 9,65 973 486 4,07 EUR 95 3.960,54 EUR 3.769,64 EUR
30420A R 6,79 1,38 33 486 4,07 EUR 80 134,33 EUR 107,03 EUR 30420Z O 205,56
9,95 999 486 -1,43 EUR 95 -1.428,57 EUR -1.359,42 EUR 35110 E 4,53 0,43 22 486
15,21 EUR 91 334,52 EUR 302,77 EUR 35110 R 181,69 12,76 883 786 6,60 EUR
93 5.832,18 EUR 5.422,59 EUR 2/13 30201 E 12,28 0,62 69 562 7,07 EUR 95 488,01

EUR 463,37 EUR 30201 R 252,85 7,73 1420 562 7,07 EUR 97 10.043,13 EUR
9.736,10 EUR 30420 E 9,25 1,22 52 562 9,37 EUR 87 487,29 EUR 423,02 EUR
30420 R 186,83 9,19 1049 562 9,37 EUR 95 9.830,61 EUR 9.347,05 EUR 30420A R
6,94 1,28 39 562 9,37 EUR 82 365,53 EUR 298,11 EUR 30420Z O 195,91 9,61 1100
562 -1,43 EUR 95 -1.573,00 EUR -1.495,84 EUR 35110 E 8,54 0,45 48 562 15,21
EUR 95 729,88 EUR 691,42 EUR 35111 E 4,45 0,49 25 562 15,21 EUR 89 380,15
EUR 338,29 EUR 35110 R 178,47 13,37 1002 562 15,21 EUR 93 15.236,40 EUR
14.094,97 EUR 3/13 30201 E 11,11 0,66 31 279 7,07 EUR 94 219,27 EUR 206,24
EUR 30201 R 265,23 7,95 740 279 7,07 EUR 97 5.233,69 EUR 5.076,82 EUR 30420
E 8,60 2,07 24 279 9,37 EUR 95 224,90 EUR 212,87 EUR 30420 R 182,80 9,61 510
279 9,37 EUR 93 4.779,44 EUR 4.433,26 EUR 30420A R 6,45 1,48 18 279 9,37 EUR
77 168,71 EUR 130,00 EUR 30420Z O 191,04 10,01 533 279 -1,43 EUR 95 -762,19
EUR -722,25 EUR 35110 E 8,60 0,46 24 279 15,21 EUR 95 364,94 EUR 345,42 EUR
35110 R 184,59 13,37 515 279 15,21 EUR 93 7.831,10 EUR 7.263,89 EUR 4/13
30201 E 16,75 0,64 95 567 10,40 EUR 96 988,00 EUR 950,25 EUR 30201 R 278,66
8,60 1580 567 4,76 EUR 97 7.526,60 EUR 7.294,31 EUR 30420 E 11,46 1,69 65 567
9,40 EUR 85 611,00 EUR 520,90 EUR 30420 R 179,01 10,57 1015 567 4,52 EUR 94
4.591,38 EUR 4.320,27 EUR 30420A R 6,17 1,79 35 567 4,52 EUR 71 158,33 EUR
112,40 EUR 30420Z O 190,48 10,95 1080 567 -1,43 EUR 94 -1.544,40 EUR
-1.455,62 EUR 35110 E 11,46 0,47 95 567 7,10 EUR 96 674,50 EUR 646,84 EUR
35110 R 181,48 12,35 1580 567 3,42 EUR 93 5.398,32 EUR 5.030,96 EUR 1/14
30201 E 15,10 0,69 87 576 7,19 EUR 95 625,74 EUR 597,15 EUR 30201 R 281,08
8,30 1619 576 7,19 EUR 97 11.644,20 EUR 11.300,36 EUR 30420 E 9,72 2,12 56
576 9,52 EUR 78 533,21 EUR 416,91 EUR 30420 R 179,86 10,29 1036 576 9,52 EUR
94 9.865,09 EUR 9.300,70 EUR 30420A R 8,16 1,80 47 576 9,52 EUR 78 447,59 EUR
348,86 EUR 30420Z O 189,58 10,89 1092 576 -1,43 EUR 94 -1.561,56 EUR
-1.471,86 EUR 35110 E 10,07 0,50 58 576 15,40 EUR 95 893,09 EUR 848,75 EUR
35110 R 184,90 13,20 1065 576 15,40 EUR 93 16.398,30 EUR 15.227,63 EUR 2/14
30201 E 21,16 0,73 117 553 7,19 EUR 97 841,51 EUR 812,48 EUR 30201 R 275,77
8,06 1525 553 7,19 EUR 97 10.968,40 EUR 10.647,82 EUR 30420 E 13,74 1,96 76
553 9,52 EUR 86 723,67 EUR 620,44 EUR 30420 R 176,49 10,69 976 553 9,52 EUR
94 9.293,52 EUR 8.730,61 EUR 30420A R 8,50 1,38 47 553 9,52 EUR 84 447,54 EUR
374,88 EUR 30420Z O 190,24 11,20 1052 553 -1,54 EUR 94 -1.620,08 EUR
-1.524,70 EUR 35110 E 14,10 0,54 78 553 15,40 EUR 96 1.201,04 EUR 1.155,04
EUR 35110 R 162,46 12,98 1009 553 15,40 EUR 92 15.536,32 EUR 14.295,02 EUR
3/14 30201 E 19,65 0,86 124 631 7,19 EUR 96 891,84 EUR 852,81 EUR 30201 R
276,07 8,46 1742 631 7,19 EUR 97 12.529,07 EUR 12.145,12 EUR 30420 E 12,52
1,80 79 631 9,52 EUR 86 752,26 EUR 644,11 EUR 30420 R 178,92 10,98 1129 631
9,52 EUR 94 10.750,41 EUR 10.090,68 EUR 30420A R 6,50 1,50 41 631 9,52 EUR 77
390,39 EUR 300,30 EUR 30420Z O 191,44 11,60 1208 631 -1,54 EUR 94 -1.860,32
EUR -1.747,60 EUR 35110 E 13,31 0,54 84 631 15,40 EUR 96 1.293,40 EUR
1.240,93 EUR 35110 R 183,04 13,18 1155 631 15,40 EUR 93 17.784,03 EUR
16.503,47 EUR 4/14 30201 E 12,95 0,81 79 610 7,19 EUR 94 568,21 EUR 532,67
EUR 30201 R 283,44 8,23 1729 610 7,19 EUR 97 12.435,60 EUR 12.074,52 EUR
30420 E 8,36 1,41 51 610 9,52 EUR 83 485,60 EUR 403,70 EUR 30420 R 184,59
10,89 1126 610 9,52 EUR 94 10.721,82 EUR 10.089,28 EUR 30420A E 0,33 0,17 2
610 9,52 EUR 48 19,04 EUR 9,23 EUR 30420A R 5,74 1,29 35 610 9,52 EUR 78
333,25 EUR 258,36 EUR 30420Z O 192,95 11,19 1177 610 -1,54 EUR 94 -1.812,58

EUR -1.707,46 EUR 35110 E 185,74 13,66 1133 610 15,40 EUR 93 17.445,65 EUR
16.162,63 EUR 35110 R 8,69 0,56 53 610 15,40 EUR 94 816,11 EUR 763,52 EUR
271.022,59 EUR

Hiergegen erhob der Kläger am 08.07.2016 Widerspruch. Er trug vor, er behandle überwiegend ältere Patienten und Rentner mit Rückenproblemen, wobei er die Patienten zunächst ausführlich anhre, um die eigentliche Genese der Beschwerden im anamnestischen Gespräch zu erkunden, bevor er mit der Behandlung beginne. Darin liege auch die als auffällig bemängelte häufige Kombination mit dem ICD-10-Diagnoseschlssel. Die von den "auffälligen" Zeiten betroffenen Patienten seien alle mehr oder weniger psychisch überlagert. Sie seien keine "normalen" Patienten, sondern "Extrempatienten". Er habe die "auffälligen" Zeiten an den jeweils betroffenen Patienten mit dem ärztlichen Inhalt und am jeweiligen Behandlungstag auch wirklich erbracht. Die Abrechnung der an einem bestimmten Tag erbrachten mehreren ärztlichen Leistungen seien jedoch auf verschiedene nachfolgende Tage verteilt worden. Hierbei habe man nicht auf die Einhaltung der Tagesgrenzen geachtet. Nach der chiropraktischen Behandlung erteile er ausführliche Ratschläge bzw. Hinweise zu notwendigen Verhaltensänderungen und weise die Patienten in notwendige gymnastische Übungen ein. Diese, seine "Philosophie" der ärztlichen Tätigkeit, entspringe seiner verfassungs- und grundrechtlich geschtzten ärztlichen Diagnose- und Therapiefreiheit. Für den Fall, dass er von ihm tatsächlich erbrachte ärztliche Leistungen nicht abgerechnet hätte, hätte er sich selbst massiv geschädigt. Im übrigen komme eine Berichtigung und Rückforderung nach Erlass der Honorarbescheide nur in engen, hier nicht vorliegenden Grenzen in Betracht und vor dem Regress habe auch keine Beratung stattgefunden. Hätte es eine solche zeitnah nach dem Jahr 2005, spätestens aber nach den nun bemängelten Abrechnungen ab dem Quartal 1/2012 gegeben, wäre es nicht zu diesen Honorarabrechnungen gekommen. Nicht zuletzt seien die Tages- und Quartalszeiten kein Beweis für ein unredliches, schädigendes und zur Rückzahlung verpflichtendes Verhalten, sie seien nur Indizien. Auerdem sei der Ansatz des Fachgruppendurchschnitts für die Bemessung der Höhe der Rückforderung willkürlich, da in der Verfahrensordnung der Beklagten keine entsprechende Regelung verankert sei. Er könne sich auch nicht auf eine gesetzliche Grundlage stützen. Komme es zu dieser Rückforderung, müsse er seine Praxis schließen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 22.05.2017 wies die Beklagte  nach persönlicher Anhörung des Klägers vor dem Plausibilitätsausschuss am 14.12.2016  den Widerspruch des Klägers gegen den Bescheid vom 02.09.2015 und vom 30.06.2015 zurück. Zur Begrndung ihrer Entscheidung führte sie aus, es sei richtig, dass es sich bei den überschrittenen Tages- und Quartalszeiten um keinen Beweis für unredliches und schädigendes Verhalten handle, diese stellten vielmehr ein Aufgreifkriterium dar. Wenn die Überschreitung der Zeitprofile auch nach der Berücksichtigung aller entlastenden Gründe aber nicht plausibel sei, müsse die Abrechnung berichtigt werden. Überschreitungen der Tagesprofilzeiten von bis zu 65 Stunden (am 20.01.2014) seien ein sicheres Indiz für Abrechnungsfehler. An diesem Tag sei die

GOP 30420 EBM mit je 15 Minuten Dauer 97 mal (24 Stunden und 15 Minuten), die
 GOP 35110 EBM mit je 16 Minuten Dauer ebenfalls 97 mal (was wiederum $\frac{1}{4}$ den
 routinemässigen Ansatz spreche; 25 Stunden und 52 Minuten) und 112 mal die
 GOP 30201 EBM (13 Stunden und 4 Minuten) abgerechnet worden. In diesem
 Umfang könne von einer nicht gerechtfertigten Bereicherung gesprochen werden.
 Dass die Überschreitung der Tagesarbeitszeiten von bis zu 65:31 Stunden dadurch
 zustande gekommen sei, weil ärztliche Leistungen auf verschiedene nachfolgende
 Tage verteilt worden seien, ergebe aufgrund der durchschnittlichen
 Tagesarbeitszeiten (nach Regelwerk) keinen Sinn. Teile man die gesamten
 Tagesprofilzeiten des beispielhaften Quartals 4/2014 in Höhe von 1.137:04
 Stunden durch die Anzahl der Arbeitstage (57), ergebe dies eine durchschnittliche
 Tagesarbeitszeit von 19:56 Stunden. Konkret sei die Tagesarbeitszeit von 12
 Stunden allein im Quartal 4/2014 42 mal mit bis zu 49 Stunden und 48 Minuten
 überschritten worden. Abgesehen davon sei der Vertragsarzt verpflichtet, seine
 erbrachten Leistungen korrekt und zeitnah, das heisse unter dem Datum der
 Erbringung, abzurechnen. Da die Überschreitung der Zeitprofile nicht habe
 plausibilisiert werden können, sei der Kläger zur Übersendung von
 Patientendokumentationen aufgefordert worden. Nachdem er dieser Aufforderung
 nicht nachgekommen sei, habe er, so der Plausibilitätsprüfungsausschuss, unter
 Berücksichtigung der Stellungnahmen nach Aktenlage entschieden. Dass der
 Kläger die GOP 30201 EBM nach seinem Vortrag bis zum Jahr 2011 nicht gekannt
 habe, könne nicht nachvollzogen werden, nachdem er am 27.06.2005 die
 Genehmigung der GOPen 30200 und 30201 EBM beantragt und unter dem
 01.07.2005 die Abrechnungsgenehmigung erhalten habe. Auch erfolle der bloße
 Hinweis des Klägers zu notwendigen Verhaltensänderungen bzw. zu
 gymnastischen Übungen nicht den Leistungsinhalt nach der GOP 30420 EBM.
 Obligatorischer Leistungsinhalt sei insoweit die krankengymnastische Behandlung
 mit einer Mindestdauer von 15 Minuten. Dies habe zur Folge, dass der Kläger
 beispielsweise im Quartal 4/2014 bei insgesamt 1.222 abgerechneten Ansätzen
 (der GOP 30420 EBM) 305:30 Stunden die aktive Bewegungstherapie hätte
 durchführen müssen. Die Abweichung dieser GOP zur Präggruppe betrage
 damit 1.595,04 %, die GOP 30201 EBM weiche sogar um 3.343,99 % ab. Die
 Kombination der GOPen 30201, 30420, 35110 EBM mit dem
 ICD-10-Diagnoseschlüssel Z73 sei in diesem Quartal vom Kläger bei insgesamt
 562 von 610 Patienten abgerechnet worden, was 92 % entspreche. Dies liege für
 einen Allgemeinmediziner mit der Zusatzbezeichnung Sportmedizin und
 Chirotherapie weit über dem Durchschnitt seiner Fachgruppe. Auffällig sei auch
 die Ansatzhäufigkeit der routinemässigen Ansätze der GOPen 30201, 30420
 und 35110 EBM im Vergleich zur Fallzahl:

Quartal	GKV Honorar Euro	Fallzahl	kurativ	Anzahl GOP	Ansatz in Fällen	Honorar Euro	Abweichung PGR in %
20121	21.969,10	327	570	253	2.554,28	1980,07	525 242 3.117,24
20122	24.557,53	348	653	288	2.832,06	2225,15	614 279 3.528,36
20123	27.678,10	361	865	313	3.467,26	2742,35	678 303 3.600,94
20124	29.781,43	385	844	344	3.341,21	2528,54	721 333 3.781,92
20131	33.040,12	486	1.089	476	3.465,49	2652,70	999 459 4.204,23
20132	84.635,75	562	1.489	550	10.531,11	3069,26	1.101 530 10.317,69

1781,94	20133	40.691,06	279	771	279	5.452,97	3105,80	534	270	5.004,22
1538,70	20134	45.165,83	567	1.675	563	6.072,79	3117,97	1.080	545	5.202,26
1453,67	20141	79.011,70	576	1.706	575	12.270,06	3194,55	1.092	549	10.398,24
1427,64	20142	71.872,05	553	1.642	551	11.809,76	3274,20	1.052	527	10.017,36
1405,06	20143	85.063,02	631	1.873	629	13.471,18	3083,21	1.214	605	11.559,95
1436,44	20144	81.366,17	610	1.808	609	13.003,67	3182,28	1.177	591	11.207,63
1468,70										

Quartal	Fallzahl	kurativ	Anzahl	GOP	Ansatz	in FÄllen	Honorar	Euro	Abweichung			
PGR in %	20121	327	471	237	4.537,89	963,03	20122	348	485	249	4.522,40	955,83
	20123	361	619	311	5.334,57	1187,31	20124	385	712	358	6.060,10	1213,49
	20131	486	905	480	6.166,69	1311,75	20132	562	1.075	547	16.346,55	1236,69
	20133	279	539	275	8.196,09	1297,90	20134	567	1.094	557	8.514,61	1405,07
	20141	576	1.123	569	17.291,50	1323,14	20142	553	1.087	548	16.737,19	1353,85
	20143	631	1.239	624	19.077,62	1332,17	20144	610	1.186	596	18.261,55	1267,30

Auch die praktische VorfÄhrung einer physiotherapeutischen Behandlung durch den KIÄrger sowie seine ErklÄrungen und ErlÄuterungen vor dem PlausibilitÄtsprÄfungsausschuss habe, so der Ausschuss, keine entlastenden Argumente ergeben. Bei der Schadensbemessung stehe ihm, dem PlausibilitÄtsausschuss, ein SchÄtzungsermessen zu. Die KÄrzung auf den Fachgruppendurchschnitt sei eine durchaus gÄngige KÄrzungsmethode bei ZeitprofilÄberschreitungen durch einzelne GOPen.

Hiergegen hat der KIÄrger am 26.06.2017 Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG) erhoben. Zu deren BegrÄndung hat er sein bisheriges Vorbringen wiederholt und ergÄnzend insbesondere noch einmal hervorgehoben, dass er die Ärztlichen Leistungen tatsÄchlich erbracht habe, lediglich die Abrechnung sei an nachfolgenden Tagen erfolgt, wobei er nicht darauf geachtet habe, ob die Arbeitszeiten auffÄllig Äberschritten worden seien. Die Kombination der GOPen mit dem ICD-10-DiagnoseschlÄssel stelle keine AuffÄlligkeit dar, sie entspreche dem Zuschnitt seiner Patienten. Die Forderung der Beklagten beruhe auf einer reinen Retourkutsche aufgrund seiner politischen ÄuÄerungen. Es sei, so der KIÄrger, ausdrÄcklich, "wahr, er habe, um das F. Unrecht endlich (!) auszugleichen, im besagten Zeitraum etwas hÄher abgerechnet" (Schriftsatz vom 08.01.2018, Bl. 100 der SG-Akte). Bei AbwÄgung der Interessen sei allenfalls eine KÄrzung auf 50 % Äber dem Fachgruppendurchschnitt hinzunehmen. Nachvollziehbar bzw. eventuell sachgerecht wÄre auch gewesen, ihn bezÄglich der GOPen 30201 und 30420 EBM auf den Durchschnitt aller Allgemeinmediziner/HausÄrzte, die die Zusatzbezeichnung Chirotherapie hÄtten, und bei der GOP 35110 EBM auf den Durchschnitt aller Ärzte, die die KV-interne Weiterbildung psychosomatische Grundversorgung hÄtten, zu KÄrzen. Nicht sachgerecht sei die KÄrzung auf den Fachgruppendurchschnitt aller HausÄrzte/Allgemeinmediziner, von denen geschÄtzt 80 % diese Zusatzbezeichnung bzw. KV-interne Weiterbildung nicht besÄÄen. AuÄerdem hat der KIÄrger auf seine erheblichen finanziellen Schwierigkeiten hingewiesen.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten. NachtrÄgliche Richtigstellungen

seien zulässig. Eine nach den Vorschriften zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung rechtmäßige Teilaufhebung von Honorarbescheiden mit Wirkung für die Vergangenheit ist gemäß [Â§ 50 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) eine entsprechende Rückzahlungsverpflichtung des Leistungsempfängers aus. Aus der Tatsache, dass Leistungen in den Vorquartalen unbeanstandet in die Abrechnung übernommen worden seien, könne kein Vertrauensschutz hergeleitet werden. Vor Ablauf der vierjährigen Ausschlussfrist könne von einer konkludenten Bestätigung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit nicht ausgegangen werden. Diese Ausschlussfrist sei für alle streitgegenständlichen Quartale im Zeitpunkt des Erlasses des Rückforderungsbescheides vom 30.06.2016 noch nicht abgelaufen gewesen. Der Honorarbescheid für das am längsten zurückliegende Quartal 1/2012 sei frühestens Mitte Juli 2012 erlassen worden. Der Kläger könne sich auch nicht darauf berufen, sie, die Beklagte, sei ihrer Verpflichtung, ihn auf ihr bekannte Ungewissheiten hinzuweisen, nicht nachgekommen. Die zeitlichen Unregelmäßigkeiten hätten ihr erst aufgrund der Erstellung von Tagesprofilen auffallen können. Der Kläger könne auch nicht ernsthaft behaupten wollen, er habe trotz eindeutiger Vorgaben in den Leistungslegenden nicht gewusst, dass die GOPen 30420 f und 35110 EBM auch angesetzt werden könnten, wenn die dort vorgeschriebenen Mindestzeiten nicht eingehalten worden seien. Nach Erstellung der Tagesprofile seien in den streitgegenständlichen Quartalen Arbeitszeiten von bis zu weit über 24 Stunden ermittelt worden. Dabei hätten sich folgende Spitzenarbeitszeiten ergeben:

Quartal	Arbeitstag	Arbeitszeit	Quartal	Arbeitstag	Arbeitszeit
1/2012	02.03.2012	18 h 41 min	1/2012	05.03.2012	18 h 21 min
2/2012	13.04.2012	14 h 36 min	2/2012	19.06.2012	14 h 56 min
3/2012	20.09.2012	15 h 31 min	3/2012	07.09.2012	24 h 00 min
4/2012	17.12.2012	17 h 54 min	4/2012	19.12.2012	18 h 17 min
1/2013	25.02.2013	24 h 47 min	1/2013	04.03.2013	17 h 28 min
2/2013	10.06.2013	26 h 20 min	2/2013	18.06.2013	44 h 13 min
3/2013	25.09.2013	40 h 35 min	3/2013	26.09.2013	39 h 41 min
4/2013	07.10.2013	30 h 57 min	4/2013	14.10.2013	29 h 29 min
1/2014	20.01.2014	65 h 31 min	1/2014	27.01.2014	42 h 38 min
2/2014	10.04.2013	38 h 35 min	2/2014	17.04.2014	43 h 55 min
3/2014	07.07.2014	46 h 49 min	3/2014	10.07.2014	48 h 21 min
4/2014	20.10.2014	49 h 23 min	4/2014	30.10.2014	40 h 22 min

Ergebe sich in einem Tagesprofil eine tägliche Arbeitszeit, die der Arzt unmöglich geleistet haben könne, so sei die Schlussfolgerung gerechtfertigt, dass er nicht alle abgerechneten Leistungen vollständig erbracht habe. Diese Schlussfolgerung sei ohne Weiteres für solche Tage gerechtfertigt, an denen sich aufgrund der abgerechneten Leistungen eine Arbeitszeit von über 24 Stunden oder eine nahe an 24 Stunden heranreichende Arbeitszeit ergebe (vgl. Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg, Urteil vom 13.11.2002 [L 5 KA 4454/00](#) -, in juris). In die ermittelten Arbeitszeiten seien dabei unvermeidbare Handlungen, wie die tägliche Organisation des Praxisablaufs, das Anleiten und Überwachen des Praxispersonals bei delegationsfähigen Leistungen, die Auswertung von Befundunterlagen, Dokumentationen, Arztbriefen usw., persönliche Bedürfnisse, privatärztliche Behandlungen, Behandlungen aus BG- und Unfallversicherungsfällen sowie

Nachtruhe noch gar nicht mit eingeflossen. Auch Leistungen des organisierten Notfalldienstes, Leistungen aus unvorhergesehener Inanspruchnahme des Vertragsarztes außerhalb der Sprechstundenzeiten und bei Unterbrechung der Sprechstunde mit Verlassen der Praxis seien außer Betracht geblieben. Zudem seien im Anhang 3 zum EBM behandlungsfall- und krankheitsfallbezogene ärztliche Leistungen aufgeführt, die ebenfalls nicht den Tagesprofilen unterliegen. Dass er die Leistungen nicht vollständig erbracht haben könne, ergäbe sich erst recht daraus, als sie, die Beklagte, bei der Ermittlung der Tagesprofile aus Gründen der Rechtssicherheit ausschließlich Minimalwerte eingestellt habe. Die Abrechnungssammelerklärungen des Klägers, mit der dieser die Richtigkeit der in Ansatz gebrachten Leistungen bestätigt habe, seien damit falsch. Sie, so die Beklagte weiter, müsse damit dem Kläger nicht mehr als eine unrichtige Abrechnung pro Quartal nachweisen. Dabei habe der Kläger auch zumindest grob fahrlässig gehandelt. Der EBM enthalte seit Jahren Mindestzeitvorgaben. Es müsse jedem Vertragsarzt klar sein, dass die Leistungslegende nur dann erfüllt sei, wenn die Gespräche oder andere Leistungen auch die vorgegebene Mindestzeit gedauert hätten. Im Hinblick auf die zeitliche Größenordnung hätte sich dem Kläger die Unrichtigkeit seiner Abrechnungen aufdrängen müssen. Darüber hinaus sei jeder Vertragsarzt zu peinlich genauen Dokumentationen verpflichtet. Ärzte müssten in den Abrechnungsunterlagen für die vertragsärztlichen Leistungen gemäß [§ 295 Abs. 1 Nr. 2](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) die von ihnen erbrachten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung, bei ärztlicher Behandlung mit Diagnosen aufzeichnen und übermitteln. Der Kläger könne sich somit auch mit seinem Vortrag, die an einem bestimmten Tag erbrachten Leistungen seien auf verschiedene nachfolgende Tage verteilt worden, ohne darauf zu achten, ob an diesen Tagen die Arbeitszeiten voll bzw. mehr als voll gewesen seien, nicht entlasten. Für die korrekte Abrechnung bleibe ein Vertragsarzt auch dann verantwortlich, wenn er sich personeller Hilfe in Form von Helferinnen bediene. Darüber hinaus habe der Kläger in seinem Schriftsatz vom 08.01.2018 auch selbst zugestanden, im besagten Zeitraum höher abgerechnet zu haben. Da die hohen Tagesarbeitszeiten insbesondere auf dem sehr hohen Ansatz der GOPen 30201, 30420 ff., 35110 EBM beruhten, habe sie, die Beklagte, in Ausübung ihres Schätzungsermessens diese GOPen auf den Fachgruppendurchschnitt gekürzt. Die vom Kläger immer wieder geltend gemachten kompensatorischen Einsparungen gegenüber den Krankenkassen könnten bei sachlich-rechnerischen Richtigstellungen keine Rolle spielen.

Mit Gerichtsbescheid vom 21.09.2018 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung seiner Entscheidung hat es ausgeführt, die Voraussetzungen für eine nachträgliche sachlich-rechnerische Richtigstellung der Abrechnungen des Klägers in den Quartalen 1/2012 bis 4/2014 seien erfüllt. Der Kläger habe in sämtlichen Quartalen 1/2012 bis 4/2014 mehrfach die Auffälligkeitsgrenze der Tagesarbeitszeiten von 12 Stunden überschritten und teilweise Arbeitszeiten von deutlich über 24 Stunden abgerechnet. Um zu prüfen, ob sich die Auffälligkeiten der Zeitprofile zugunsten des Arztes erklären ließen, habe die Beklagte den Kläger zu der Abrechnung befragt und Patientendokumentationen angefordert. Dass der Kläger letztere nicht vorgelegt habe, gehe zu seinen Lasten.

Von Amts wegen habe die Beklagte beim Kläger keine Umstände feststellen können, die die teilweise exorbitanten angegebenen Arbeitszeiten (bis zu 65 Stunden täglich) nachvollziehbar gemacht hatzen. Auch sie, so die Kammer weiter, könne dem Vorbringen des Klägers solche Besonderheiten nicht entnehmen. Der Vortrag des Klägers, er sei unterbezahlt, wenn er die Abrechnungsvorschriften ordnungsgemäß anwende, und er müsse zum Ausgleich für empfundenes Unrecht etwas herher abrechnen, zeige vielmehr, dass sich die Auffälligkeiten der Abrechnung schlicht dadurch erklären ließen, dass der Kläger nicht oder nicht vollständig erbrachte Leistungen abgerechnet habe. Unplausible Tagesarbeitszeiten ergäben sich in sämtlichen Quartalen im übrigen nicht erst unter Berücksichtigung der Prefzeiten, sondern bereits dann, wenn lediglich auf den obligaten Leistungsinhalt der abgerechneten GOPen abgestellt werde. Insoweit werde auf die Berechnungen im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes (Beschluss vom 07.12.2016,  S 11 KA 6178/16 ER) verwiesen. Daraus ergebe sich, dass der Kläger unter Berücksichtigung des obligaten Leistungsinhalts der GOP 30420 EBM sowie der GOP 35110 EBM mit einer Dauer von jeweils mindestens 15 Minuten allein für diese Leistungen an einzelnen Tagen der Quartale 1/2012 bis 4/2014 zwischen 11 Stunden, in der Regel jedoch zwischen 18 und 32 Stunden und 45 Minuten aufgewendet habe. Neben diesen obligatorischen Mindestzeiten müssten alle anderen abgerechneten kassenärztlichen Leistungen, ärztlichen Tätigkeiten bei Privatpatienten oder Selbstzahlern und Aufgaben der Praxisleitung und organisation verrichtet werden. Wie dies  neben privaten Aktivitäten des täglichen Lebens  möglich sein solle, habe der Kläger nicht ausgeführt. Im übrigen seien die abgerechneten Zeiten mit Spitzenwerten von über 24 Stunden pro Tag schlichtweg unmöglich zu leisten. Dies habe der Kläger auch teilweise eingeräumt. Sofern er, wie von ihm angegeben, die Leistungen an anderen Tagen als den angegebenen erbracht haben sollte, wäre die Abrechnung ebenfalls falsch; es würde aber auch die auffälligen Quartalarbeitszeiten nicht erklären. Die Abrechnungen des Klägers seien letztlich fehlerhaft. Damit entfalle die Garantiefunktion der Abrechnungssammelerklrung. Dies habe zur Folge, dass eine Voraussetzung für die Festsetzung des Honoraranspruches des Vertragsarztes fehle und der auf der Honorarabrechnung des Vertragsarztes in Verbindung mit seiner Bestätigung der ordnungsgemäßen Abrechnung beruhende Honorarbescheid rechtswidrig sei. Die Beklagte sei in diesem Fall berechtigt und verpflichtet, den entsprechenden Honorarbescheid aufzuheben und das Honorar neu festzusetzen. Sie sei rechtlich nicht gehalten, in allen Behandlungsfällen, in denen sie unrichtige Abrechnungen vermute, den Nachweis der Unrichtigkeit zu führen. Die Berechnung des Berichtigungsbetrags sei nicht zu beanstanden. Die Beklagte sei berechtigt, das dem Vertragsarzt zustehende Honorar zu schtzen. Ein der Gerichtskontrolle entzogener Beurteilungsspielraum der Beklagten bestehe insoweit nicht. Sofern der Verwaltungsakt überzeugende Ausführungen zur Schätzung enthalte, reiche es aber aus, wenn das Gericht sich diese Ausführungen zu eigen mache und sie in seinen Entscheidungsgründen nachvollziehe. Dass die Beklagte sich im Wege pauschalierender Schätzung damit begnige, dem Arzt ein Honorar in Höhe des Fachgruppenschnitts zuzuerkennen, sei, zumal der Kläger keine konkreten Anhaltspunkte vorgetragen habe, die eine andere einzelfallbezogene Honorarschtzung ermöglichen

würden, nicht zu beanstanden. Die Rückforderung des Honorars sei auch nicht wegen Ablaufs der vierjährigen Ausschlussfrist rechtswidrig. Diese sei bei Erlass des Bescheids vom 30.06.2016 noch nicht abgelaufen gewesen. Im Übrigen habe die Beklagte ohnehin bereits mit bestandskräftig gewordenem Bescheid vom 02.09.2015 die Honorarbescheide für die Quartale 1/2012 bis 4/2014 zur Fristwahrung aufgehoben, sodass mit Bescheid vom 30.06.2016 nur noch die Neufestsetzung der Vergütung erfolgt sei.

Gegen den ihm am 28.09.2018 zugestellten Gerichtsbescheid richtet sich die Berufung des Klägers vom 05.10.2018. Zur Begründung beruft er sich weiterhin darauf, dass das Plausibilitätsverfahren an allen Enden völlig unverhältnismäßig und willkürlich sei. Er habe in erheblich geringerem Ausmaß als im Plausibilitätsverfahren angegeben, höher abgerechnet. Es sei offensichtlich über zwei Jahre Munition gegen ihn gesammelt worden. Wenn es um irgendetwas Sachliches ginge, hätte die Beklagte dieses Verfahren schon nach zwei bis drei Quartalen einleiten können. Im Übrigen hat er die Ausführungen zu seinen finanziellen Schwierigkeiten vertieft und sein Vorbringen im Zusammenhang mit seinem Verhältnis zum Vorstand der Beklagten Fechner weiter ergänzt.

Mit Beschluss vom 13.08.2019 hat der erkennende Senat des LSG Baden-Württemberg den Antrag des Klägers auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe abgelehnt.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 21.09.2018 sowie den Bescheid der Beklagten vom 02.09.2015 und den Bescheid vom 30.06.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22.05.2017 aufzuheben; hilfsweise den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 21.09.2018 abzuändern und den Bescheid der Beklagten vom 02.09.2015 und den Bescheid vom 30.06.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22.05.2017 mit der Maßgabe aufzuheben, dass die Beklagte über die sachlich-rechnerische Berichtigung in den Quartalen 1/2012 bis 4/2014 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut entscheidet.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie tritt der Berufung entgegen und verweist auf ihr erstinstanzliches Vorbringen, den aus ihrer Sicht zutreffenden Gerichtsbescheid des SG sowie die aus ihrer Sicht zutreffenden Ausführungen des erkennenden Senats im Beschluss vom 13.08.2019.

In der mündlichen Verhandlung vor dem Senat haben der Kläger und die Beklagte auf Nachfrage bestätigt, dass der Kläger über die KV-interne Weiterbildung zur psychosomatischen Grundversorgung verfügt. Die Beklagte hat

ergänzend ausgeführt, dass als Vergleichsgruppe die der Internisten und Allgemeinmediziner, die hausärztlich tätig seien, angesetzt worden sei. Über die Genehmigung zur Abrechnung der chirotherapeutischen Ziffern verfügten ca. 11,5 % dieser Praxen, verbale Intervention dürften ca. 85 % dieser Praxen abrechnen.

Der Senat hat die von der Staatsanwaltschaft F. im Verfahren 430 Js 2 /17 beim Kläger sichergestellten Patientendokumentationen beigezogen.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Prozessakten beider Rechtszüge sowie die bei der Beklagten geführten Verwaltungsakten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht (vgl. [Â§ 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG)) eingelegte Berufung des Klägers ist statthaft, da der nach [Â§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) erforderliche Wert des Beschwerdegegenstands von 750,00 EUR überschritten wird, und auch im übrigen zulässig.

Der Senat entscheidet über die Berufung in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus dem Kreis der Vertragsärzte und Psychotherapeuten, da vorliegend eine Angelegenheit der Vertragsärzte i.S.d. [Â§ 12 Abs. 3 Satz 2 SGG](#) gegenständlich ist.

Gegenstand des Verfahrens ist der Bescheid der Beklagten vom 02.09.2015 und der Bescheid vom 30.06.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22.05.2017. Mit diesen Bescheiden hat die Beklagte ihre für die Quartale 1/2012 bis 4/2014 ergangenen Honorarbescheide aufgehoben und mit Bescheid vom 30.06.2016 in diesen Quartalen eine Berichtigung der GOPen 30201, 30420ff und 35110 EBM auf den Fachgruppendurchschnitt vorgenommen, das Honorar des Klägers neu festgesetzt und das Honorarkonto des Klägers mit einer Rückforderung aus der Neufestsetzung der Vergütung i.H.v. 271.022,59 EUR belastet.

Die Berichtigung der Honorarbescheide für die Quartale 1/2012 bis 4/2014 und die damit verbundene Festsetzung der Rückforderung bzgl. der GOPen 30201, 30420ff und 35110 EBM ist indessen nicht zu beanstanden. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen.

Rechtsgrundlage für die sachlich-rechnerische Berichtigung von Vertragsarzt abrechnungen bzw. die Aufhebung bereits ergangener Honorarbescheide und die Rückforderung von Vertragsarzt honorar ist [Â§ 106a Abs. 2 SGB V](#) (hier noch i.d.F. des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14.11.2003, BGBl. 2190 (a.F.); heute [Â§ 106d Abs. 2 SGB V](#)) i.V.m. [Â§ 50 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#); ergänzende Regelungen enthalten bzw. enthielten zu dem für die Rückforderung maßgeblichen Zeitpunkt [Â§ 45 Bundesmantelvertrag Ärzte \(BMV-Ä\)](#) und [Â§ 34 Ersatzkassenvertrag Ärzte \(EKV-Ä\)](#).

Nach [Â§ 106a Abs. 1 SGB V](#) a.F. stellt die Kassenärztliche Vereinigung die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte fest. Gegenstand der arztbezogenen Plausibilitätsprüfung ist gem. [Â§ 106a Abs. 2 SGB V](#) a.F. insbesondere der Umfang der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand des Vertragsarztes. Bei der Prüfung ist ein Zeitrahmen für das pro Tag höchstens abrechenbare Leistungsvolumen zu Grunde zu legen; zusätzlich können Zeitrahmen für die in längeren Zeitperioden höchstens abrechenbaren Leistungsvolumina zu Grunde gelegt werden. Soweit Angaben zum Zeitaufwand nach [Â§ 87 Abs. 2 Satz 1](#) zweiter Halbsatz SGB V bestimmt sind, sind diese bei den Prüfungen zu Grunde zu legen. Die Abrechnung eines Vertragsarztes ist falsch, wenn die Prüfung der von diesem Arzt an einem beliebigen Tag abgerechneten Leistungen erkennen lässt, dass diese unter Berücksichtigung des für die einzelnen Leistungen erforderlichen zeitlichen persönlichen Arbeitsaufwand so, wie sie abgerechnet worden sind, nicht erbracht sein können (vgl. BSG, Urteil vom 24.10.2018, [âB 6 KA 44/17 R](#) [âB m.w.N.](#)).

In Übereinstimmung mit den Vorgaben aus [Â§ 106a Abs. 2 Satz 4 SGB V](#) a.F. und [Â§ 8 AbrPr-RL](#) hat die Beklagte der Ermittlung der täglichen Arbeitszeiten und der Quartalsarbeitszeiten des Klägers hier den vom Bewertungsausschuss auf der Grundlage von [Â§ 87 Abs. 2 Satz 1](#) i.V.m. [Â§ 106a Abs. 2 SGB V](#) a.F. in Anhang 3 zum EBM-Ä festgelegten Zeitaufwand für die von dem Kläger abgerechneten Leistungen, d.h. 7 Minuten für die GOP 30201 EBM, 15 Minuten für die GOP 30420 EBM und 16 Minuten für die GOP 35110 EBM und für diese GOPen damit insgesamt 38 Minuten, zugrunde gelegt (BSG, Urteil vom 24.10.2018, [âB 6 KA 42/17 R](#) -, in juris). [Â§ 8 Abs. 2 AbrPr-RL](#) sieht insoweit gleichrangig die Ermittlung eines Tages- und eines Quartalzeitprofils vor. Eine weitere Überprüfung nach [Â§ 12](#) erfolgt gemäß [Â§ 8 Abs. 3 AbrPr-RL](#), wenn die ermittelte arbeitstägliche Zeit bei Tageszeitprofilen an mindestens drei Tagen im Quartal mehr als 12 Stunden und im Quartalszeitprofil mehr als 780 Stunden beträgt.

Die Bildung der Tageszeitprofile ergibt im vorliegenden Fall Auffälligkeiten i.S. des [Â§ 8 Abs. 3 AbrPr-RL](#). Der Kläger hat die Grenze der arbeitstäglichen Arbeitszeit unter Berücksichtigung der GOPen 30201, 30420 und 35110 EBM in Anhang 3 zum EBM-Ä festgelegten Prüfzeiten in den Quartalen 2/2012 bis 4/2014 jeweils an deutlich über drei Tagen im Quartal überschritten und teilweise Arbeitszeiten von weit über 24 Stunden täglich abgerechnet. Lediglich im Quartal 1/2012 wurde die tägliche Arbeitszeit von 12 Stunden nur an zwei Tagen überschritten. Dies führt jedoch nicht dazu, dass die Beklagte gehindert wäre, auch das Quartal 1/2012 darauf zu untersuchen, ob die Abrechnung des Klägers im Sinne des [Â§ 106a Abs. 2 SGB V](#) a.F. sachlich und rechnerisch richtig ist. Ein Grundsatz des Inhalts, dass die Prüfung nach [Â§ 12 AbrPr-RL](#) für jedes zu prüfende Quartal voraussetzt, dass zuvor die Aufgreifkriterien nach [Â§ 8](#) erfüllt sind, besteht nicht. Im Übrigen wäre selbst dann, wenn [Â§ 12](#) in diesem Sinne zu verstehen wäre, die Kassenärztliche Vereinigung nicht gehindert, Hinweisen auf eine inkorrekte Abrechnung eines Arztes nachzugehen und [âB ggf.](#) unter Berücksichtigung von verfeinerten Tageszeitprofilen [âB](#) zu prüfen, ob die Abrechnung sachlich und rechnerisch richtig sein kann. Nach [Â§ 20 Abs. 1 AbrPr-RL](#)

wird eine Abrechnung in der vertragsärztlichen Versorgung außerhalb der regulären Praxistätigkeiten gefordert, wenn ausreichende und konkrete Hinweise auf Abrechnungsauffälligkeiten bestehen (vgl. BSG, Urteil vom 24.10.2018, [B 6 KA 44/17 R](#) Rdnr. 18, a.a.O.). In diesem Sinne "konkrete" Hinweise können sich aus dem Ergebnis einer "regulären" Praxistätigkeit eines Quartals ergeben, soweit diese Muster erkennen lässt, die auf eine systematisch unrichtige Abrechnung hindeuten. Dies war hier, nachdem die arbeitsärztliche Arbeitszeit auch in diesem Quartal bereits zweimal überschritten wurde und sich auch in diesem Quartal schon ein routinemäßiger Ansatz der GOPen 30301, 30420 und 35110 EBM im Vergleich zur Fallzahl abzeichnete, der Fall. Der Beklagten war es demzufolge nicht verwehrt, auch das Abrechnungsquartal 1/2012 einer näheren Überprüfung zu unterziehen.

Die Auffälligkeiten der Zeitprofile lassen sich bei der von der Beklagten daraufhin weiter anzustellenden Praxistätigkeit nach § 12 AbrPr-RL zugunsten des Klägers auch nicht erklären. Mit seinem Vorbringen macht der Kläger, der selbst einräumt, dass seine abgerechneten GOPen an vielen Stellen unplausibel sind (Bl. 4321 Vw-Akte), keine substantiierten Angaben zu Umständen, die ein erhöhtes Stundenaufkommen plausibel erscheinen lassen könnten. Sein so sein Vorbringen besonderes Patientenkontext ältere Menschen vermag diese Arbeitszeiten nicht zu erklären. Sein Vorbringen, er fühle sich unterbezahlt und die GOP 30420 EBM sollte auch nicht nur zweimal pro Quartal, sondern mindestens vier- bis fünfmal pro Quartal ansetzbar sein, lässt vielmehr erkennen, dass er zumindest zum Teil bewusst höher abrechnete, um zu einer aus seiner Sicht angemessenen Bezahlung zu kommen. Dies stellt er im Kern auch nicht in Abrede. Auch sein Vortrag, wonach er der Beklagten bzw. den Kassen und damit der gesamten Bevölkerung mit seinem Tun die Kosten hunderter bzw. inzwischen tausender Knie-TEPs, Hüft-TEPs und Bandscheibenoperationen erspart habe, entbindet ihn nicht davon, ordnungsgemäß abzurechnen. Dies berechtigt ihn keinesfalls dazu, Leistungen in einem Umfang anzusetzen, die er unter Berücksichtigung der Tagesarbeitszeiten nicht erbracht haben kann. Es verhält sich auch nicht so, dass allein die Falschabrechnung im Fall der Patientin M. zur Aufhebung der Honorarbescheide geführt hat, weshalb er die Aufhebung als grob unverhältnismäßig erachtet. Die Berichtigung erfolgte nicht nur deshalb, weil der Kläger im Fall der Patientin M. falsch abrechnete, sondern weil er in diesen Quartalen, wie sich aus den Tageszeit- und den Quartalsprofilen ergibt, deutlich zu hoch abrechnete. Etwas anderes vermag auch nicht der Aspekt zu rechtfertigen, dass er nach seinem Vortrag bis zum Jahr 2011 verschiedene GOPen nicht gekannt habe und deshalb jahrelang nicht abgerechnet habe, weil er auf diese nicht hingewiesen worden sei. Abgesehen davon, dass er selbst die Abrechnung der chirotherapeutischen GOPen im Jahr 2005 beantragt und eine entsprechende Genehmigung erhalten hatte, was gegen seine Unkenntnis spricht, würde eine unterlassene Abrechnung in Vorquartalen keinesfalls dazu berechtigen, entsprechende Abrechnungen in den Folgequartalen "nachzuholen". Soweit der Kläger sich dahingehend einräumt, dass die Abrechnung von an bestimmten Tagen erbrachten ärztlichen Leistungen auf verschiedene nachfolgende Tage verteilt worden seien, wobei nicht auf die Einhaltung der Tagesgrenzen geachtet worden sei, vermag dies auch nicht. Der Vertragsarzt ist nach [§ 295 SGB V](#)

verpflichtet, seine erbrachten Leistungen korrekt und zeitnah, d.h. unter dem Datum der Erbringung abzurechnen. Im Übrigen ergibt sich beim Kläger auch wie die Beklagte zu Recht ausführt etwa im Quartal 4/2014 eine durchschnittliche Tagesarbeitszeit von 19:56 Stunden, weshalb eine Abrechnung am Tag der Erbringung der Leistung zu keinem anderen Ergebnis führen würde, auch an diesem Tag wäre die Tagesarbeitszeit von 12 Stunden deutlich überschritten. Letztlich kann der Kläger auch nicht mit Erfolg geltend machen, dass er aufgrund seines außergewöhnlichen individuellen Leistungsvermögens und seiner ärztlichen "Philosophie" in der Lage sei, neben der Praxisorganisation einschließlich der Anleitung und Überwachung von Hilfspersonal und neben der bei Praxen dieser Größenordnung typischerweise auch zu erwartenden Behandlung von Privatpatienten und von Versicherten anderer Kostenträger regelmäßig abrechenbare ärztliche Leistungen allein für gesetzlich krankenversicherte Patienten im Umfang von mehr als 12 Stunden täglich bzw. von mehr als 780 Stunden im Quartal zu erbringen (vgl. BSG, Urteil vom 24.10.2018, Az. [B 6 KA 42/17 R](#) -, Rd. 22, a.a.O.). Auch finanzielle Probleme rechtfertigen nicht die Nachvollziehbarkeit seiner Abrechnungen.

In den angefochtenen Bescheiden hat die Beklagte die vom Kläger abgerechneten Leistungen im Einzelnen ausgewertet und ist auf dieser Grundlage nachvollziehbar zu dem Ergebnis gekommen, dass die Abrechnungskombinationen, die der Kläger regelhaft abgerechnet hat, so nicht erbracht worden sein können.

Wegen der Unrichtigkeit der Abrechnungen des Klägers war die Beklagte berechtigt, diese zu korrigieren und rückbezahlt Honorar zurückzufordern (BSG, Urteil vom 28.08.2013, Az. [B 6 KA 50/12 R](#) -, in juris).

Das Recht (und die Pflicht) der Kassenärztlichen Vereinigung zur Berichtigung bereits erlassener Honorarbescheide (nachgehende Richtigstellung) unterliegt nicht der Verjährung. [§ 106a Abs. 2 SGB V](#) a.F. verdrängt als bereichsspezifische Sondervorschrift des zweiten Abschnitts des vierten Kapitels des SGB V unabhängig von der Wahrung oder Nichtwahrung der Ausschlussfrist von vier Jahren gemäß [§ 37 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) die allgemeine Regelung in [§ 45 SGB X](#) zur nachträglichen Korrektur rechtswidrig begünstigender Verwaltungsakte. Vertrauensschutz kann der Vertragsarzt gegen die nachgehende Richtigstellung von Honorarbescheiden innerhalb der Ausschlussfrist nicht einwenden (BSG, Urteil vom 24.10.2018 Az. [B 6 KA 34/17 R](#) -, in juris mit weiteren Ausführungen zu Vertrauensausschlussstatbeständen nach Ablauf der Ausschlussfrist).

Die Ausschlussfrist ist hier gewahrt. Der älteste Honorarbescheid datiert auf den 16.07.2012, der Rückforderungsbescheid vom 30.06.2016 erging damit vor Ablauf der vierjährigen Ausschlussfrist. Darüber hinaus hat die Beklagte die Honorarbescheide vorab bereits mit Bescheid vom 02.09.2015 aufgehoben.

Grundsätzlich erfordert die (nachgehende) sachlich-rechnerische Berichtigung von Honorarabrechnungen iS des [§ 106a Abs. 2 SGB V](#) kein Verschulden des Vertragsarztes. Wenn er jedoch zumindest grob fahrlässig gehandelt hat, darf die

Kassenärztliche Vereinigung den Umfang der Unrichtigkeit schätzen, ihr kommt insoweit das jede Schätzung kennzeichnende Ermessen zu Gute (BSG, Urteil vom 24.10.2018, [âĀĀ B 6 KA 44/17 R](#) -, Rd. 21, a.a.O.). Davon durfte die Beklagte hier Gebrauch machen, weil der Kläger die Abrechnungssammelerklärungen für die betroffenen Quartale zumindest grob fahrlässig falsch abgegeben hat. Er hat gewusst, dass er teilweise zu viel abgerechnet hat. Dies ergibt sich eindeutig aus seinem Vortrag, dass er allein, "um das F. Unrecht endlich auszugleichen, im besagten Zeitraum etwas höher abgerechnet" habe und auch sein Vorbringen, wonach er, wenn er die GOPen ernst nehme, völlig unterbezahlt wäre und deshalb etwas höher ansetzen müsste, belegt sein Wissen um die Falschabrechnung. Dies hat er auch in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat eingeräumt.

Die Schätzung des neu festzusetzenden Honorars eröffnet der Beklagten jedoch keinen der Gerichtskontrolle entzogenen Beurteilungsspielraum. Vielmehr hat das Gericht die Schätzung selbst vorzunehmen bzw. jedenfalls selbst nachzuvollziehen. Die Verpflichtung zur eigenen Schätzung bedeutet allerdings nicht, dass das Gericht nunmehr erneut alle Schätzungsgrundlagen erhebt und eine völlig eigene Schätzung vornimmt. Sofern der Verwaltungsakt überzeugende Ausführungen zur Schätzung enthält, reicht es aus, wenn das Gericht sich diese Ausführungen zu Eigen macht und sie in seinen Entscheidungsgründen nachvollzieht (vgl. BSG, Urteil vom 17.09.1997, [âĀĀ 6 RKa 86/95](#) -, in juris). Der Senat macht sich, wie das SG, die zutreffenden Ausführungen in den Bescheiden der Beklagten zu Eigen. Der Senat sieht es im Wege der Schätzung ebenfalls als gerechtfertigt an, dem Kläger bezüglich der GOPen 30201, 30420 und 35110 EBM ein Honorar in Höhe des Fachgruppendurchschnitts (Internisten und Hausärzte, die hausärztlich tätig sind) zuzuerkennen. Es ist in der Regel nicht zu beanstanden, wenn sich die Beklagte im Wege pauschalierender Schätzung damit begnügt, dem Arzt ein Honorar in Höhe des Fachgruppendurchschnitts zuzuerkennen (BSG, Urteil vom 17.09.1997, [âĀĀ 6 RKa 86/95](#) -, BSG, Urteil vom 26.01.1994, [âĀĀ 6 RKa 29/91](#) -, beide in juris). Konkrete Anhaltspunkte dafür, eine Kürzung nur auf 50 % über dem Fachgruppendurchschnitt vorzunehmen, hat der Kläger nicht aufgezeigt. Solche sind auch für den Senat nicht ersichtlich. Die vom Kläger vorgeschlagene Vorgehensweise der Gleichstellung mit Orthopäden hält der Senat nicht für sachgerecht, nachdem der Kläger als Hausarzt abrechnet und die Vergütung nicht aus dem Fachärzteropf erfolgt. Auch ein Abstellen auf den Durchschnitt aller Ärzte, die die KV-interne Weiterbildung psychosomatischer Grundversorgung bzw. die Zusatzbezeichnung Chirotherapie haben, ist nicht angebracht. Über die Weiterbildung psychosomatische Grundversorgung und die Möglichkeit der entsprechenden Abrechnung verfügen rund 85 % aller Ärzte, die sich in der Vergleichsgruppe befinden, die Abrechnung der GOP 35110 EBM ist für die Vergleichsgruppe mithin prägend. Auch die Tatsache, dass nur rund 11 % der Ärzte in der Vergleichsgruppe über die Genehmigung zur Abrechnung der chirotherapeutischen GOPen verfügen, führt zu keinem anderen Ergebnis. Abgesehen davon, dass insoweit eine Schätzung und nicht eine im einzelnen zu begründende Abrechnung vorzunehmen ist, handelt es sich bei der Praxis des Klägers hinsichtlich der Altersstruktur der Patienten nach Durchsicht der von der

Staatsanwaltschaft sichergestellten Patientendokumentationen auch um eine Praxis, die bzgl. der Patienten vom Durchschnitt einer Hausarztpraxis nicht abweicht, so dass keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich sind, dass die Abrechnung der chirotherapeutischen Ziffern des Klägers vom Durchschnitt der Vergleichsgruppe gravierend abweicht. Die Rechtmäßigkeit der Schätzung wird auch nicht dadurch in Frage gestellt, dass nicht ausgeschlossen werden kann, dass der Kläger die Mindestzeitvorgaben der Abrechnungskombinationen in einzelnen Fällen eingehalten hat. Soweit er bezüglich einzelner GOPen die Grenze beachtet hat, kann er andere Leistungen an dem jeweiligen Tag schwerlich in der gebotenen Form und Qualität erbracht haben. Die sich aus den Tageszeitprofilen ergebende Arbeitszeit des Klägers hat die Grenze von 12 Stunden täglich sehr häufig und vereinzelt sogar mit über 20 Stunden, teilweise sogar über 30 und 40 Stunden und einmalig mit 65:41 Stunden überschritten.

Anhaltspunkte dafür, dass die Berechnung der Höhe des Rückforderungsbetrags auf dieser Grundlage unrichtig wäre, sind für den Senat nicht erkennbar. Solche hat auch der Kläger nicht vorgebracht.

Die Kostenentscheidung folgt aus [Â§ 197a SGG](#) i.V.m. [Â§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtordnung.

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [Â§ 52 Abs. 3](#) Gerichtskostengesetz.

Gründe für die Zulassung der Revision ([Â§ 160 Abs. 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Erstellt am: 09.01.2020

Zuletzt verändert am: 23.12.2024