



**Im Namen des Volkes**

Verkündet am  
24. Oktober 2018

**Urteil**

in dem Rechtsstreit

BSG Az.: **B 6 KA 44/17 R**  
Schleswig-Holsteinisches LSG 13.06.2017 - L 4 KA 16/14  
SG Kiel 30.01.2014 - S 14 KA 314/10

.....,

Kläger und Revisionskläger,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,  
Bismarckallee 1 - 6, 23795 Bad Segeberg,

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 24. Oktober 2018 durch den Vorsitzenden Richter Prof. Dr. W e n n e r , die Richter G a s s e r und R a d e m a c k e r sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. E i t m a n n und W a l d h e r r für Recht erkannt:

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 13. Juni 2017 wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten des Revisionsverfahrens.

Gründe :

I

- 1 Umstritten sind sachlich-rechnerische Berichtigungen der Honorarabrechnungen des Klägers für die Quartale I/2006 bis IV/2007.
  
- 2 Die beklagte KÄV prüfte die Abrechnung des seit 1999 als Arzt für Orthopädie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Klägers anhand der Tages- und Quartalszeitprofile im Quartal I/2006. Dabei setzte sie für den orthopädischen Ordinationskomplex nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) 18210, 18211 und 18212 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen - EBM-Ä - (je nach Alter der Patienten) entsprechend den Vorgaben in Anhang 3 des EBM-Ä bei der Prüfung der Tageszeitprofile keine eigene Zeitangabe ein, während sie für die Leistungen nach GOP 18220 EBM-Ä (Beratung, Erörterung und/oder Abklärung) entsprechend der Vorgabe in Anhang 3 des EBM-Ä eine Prüfzeit von 10 Minuten berücksichtigte. Diese Prüfung ergab eine Überschreitung der Tageszeitobergrenze von 12 Stunden an 3 Tagen. Im Rahmen dieser Prüfung fiel der Beklagten auf, dass der Kläger in einer Vielzahl von Fällen am selben Behandlungstag neben dem orthopädischen Ordinationskomplex nach GOP 18210 bis 18212 EBM-Ä die Leistung nach GOP 18220 angesetzt hatte. Unter Berücksichtigung der amtlichen Anmerkung der bis zum 31.12.2007 im EBM-Ä enthaltenen GOP 18220 ("Bei der Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nrn. 18210 bis 18212 und 18220 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 18220") setzte die Beklagte für eine verfeinerte Prüfung eine Prüfzeit von 20 Minuten an. Damit ergab sich für das Quartal I/2006 an 28 Arbeitstagen eine Überschreitung der Tagesarbeitszeit von 12 Stunden. Weil die Beklagte vermutete, dass sich die hohe Quote der Parallelabrechnungen der beiden genannten Leistungspositionen nicht auf das Quartal I/2006 beschränkte, erweiterte sie ihre Prüfung auf die Quartale II/2006 bis einschließlich IV/2007. In diesen Quartalen ergaben sich teilweise noch höhere Überschreitungen der Tagesarbeitszeit von 12 Stunden unter Berücksichtigung eines mindestens 20-minütigen Arzt-Patienten-Kontaktes bei der Abrechnungskombination der GOP 18210 und 18220 EBM-Ä. Die höchste ermittelte Tagesarbeitszeit des Klägers lag oberhalb von 18 Stunden.
  
- 3 Die Beklagte hörte den Kläger an und teilte ihm mit, angesichts der ermittelten Arbeitszeiten müsse davon ausgegangen werden, dass die geforderte Mindestzeit für den Patientenkontakt bei der Abrechnung von Ordinationskomplex und Beratungsleistung am selben Behandlungstag nicht erfüllt sei. Der Kläger erklärte dazu, die von ihm verwendete Software habe ihm keine Zeitüberschreitungen angezeigt, sodass er nicht damit rechnen müsse, dass er die maßgeblichen Zeitprofile durch die Abrechnungskombination überschreite.

- 4 In Umsetzung einer entsprechenden Beschlussfassung des Plausibilitätsausschusses berichtigte die Beklagte sodann die Abrechnungen des Klägers für die 8 streitbefangenen Quartale in der Weise, dass sie jeweils die Leistung nach der GOP 18220 EBM-Ä in den Fällen strich, in denen am selben Tag auch die Leistung nach Nr 18210 bis 18212 EBM-Ä berechnet worden war. Die Beklagte ging davon aus, dass im Hinblick auf die Ergebnisse der Tageszeitprofile der Kläger die Voraussetzungen eines mindestens 20-minütigen Arzt-Patienten-Kontaktes in diesen Fällen nicht erfüllt habe, sodass die Leistungsberichtigung rechtmäßig sei.
- 5 Widerspruch und Klage gegen die Berichtigungsbescheide für die acht streitbefangenen Quartale und die Rückforderung in Höhe von 74 855 Euro sind erfolglos geblieben. Das LSG hat die Berufung gegen den klageabweisenden Gerichtsbescheid des SG zurückgewiesen. Die Beklagte habe die Plausibilität der Abrechnung des Klägers im Hinblick auf den Umfang der je Tag abgerechneten Leistungen und den damit verbundenen Zeitaufwand des Arztes (*§ 106a Abs 2 S 2 SGB V in der hier noch maßgeblichen Fassung des GMG vom 14.11.2003, BGBl I 2190 = aF*) geprüft. Die Vorgaben der auf § 106a Abs 6 SGB V aF beruhenden Abrechnungsprüfungs-Richtlinien (AbrPr-RL) seien beachtet worden. Zwar habe die Prüfzeit für den Ordinationskomplex in Anhang 3 des EBM-Ä nur 10 Minuten betragen und diese Leistung sei auch nur für das Quartalszeitprofil und nicht für das Tageszeitprofil iS des § 8 Abs 3 der AbrPr-RL maßgeblich, doch habe die Beklagte zu Recht die Zeitvorgabe in der Anmerkung zu GOP 18220 EBM-Ä bei der Prüfzeit berücksichtigt. Gegenstand der Prüfung der Richtigkeit der Abrechnung des Arztes seien nicht die Beachtung der Prüfzeiten in Anhang 3 des EBM-Ä, sondern die Voraussetzung der Abrechenbarkeit der Leistung nach Nr 18220 EBM-Ä. Dass der Kläger diese zu Unrecht abgerechnet habe, habe die Beklagte durch eine Einbeziehung der für den Ansatz dieser Position erforderlichen Zeit im Rahmen der Tages- und Quartalszeitprofile ermitteln dürfen. Unter Berücksichtigung eines Patientenkontakts von mindestens 20 Minuten seien die Tageszeitprofile des Klägers in den überprüften Quartalen an mehr als 3 Tagen auffällig iS des § 8 Abs 3 AbrPr-RL gewesen, weil die auf diese Weise ermittelte arbeitstägliche Zeit in jedem der 8 streitbefangenen Quartale an 24 bis 34 Tagen die Grenze von 12 Stunden überschritten habe.
- 6 Die Beklagte sei im Übrigen berechtigt gewesen, den Umfang der fehlerhaften Abrechnung des Klägers zu schätzen. Dieser habe die Abrechnungssammelerklärung, wonach er alle abgerechneten Leistungen tatsächlich erbracht habe, grob fahrlässig falsch abgegeben. Die Entscheidung der Beklagten, immer dann die Leistung nach GOP 18220 EBM-Ä abzusetzen, wenn sie am selben Tag wie der Ordinationskomplex abgerechnet worden sei, weil dann zu vermuten sei, dass sie jedenfalls hinsichtlich des Umfangs der ärztlichen Arbeitszeit nicht korrekt erbracht worden sei, sei Ergebnis einer rechtmäßigen Schätzung. Der Kläger habe keinen Anspruch darauf, dass die Streichung der GOP 18220 EBM-Ä an den Tagen unterbleibe, an denen er die Grenze der Auffälligkeit von 12 Arbeitsstunden (noch) nicht erreicht habe. Das Abrechnungsverhalten des Klägers zeige insgesamt, wie auch durch seine Einlassung hinsichtlich der Praxissoftware bestätigt werde, dass ihm nicht oder jedenfalls nicht hinreichend bewusst gewesen sei, dass er die beiden GOP nebeneinander nur abrechnen dürfe, wenn er tatsächlich 20 Minuten

persönlichen Kontakt mit dem Patienten gehabt habe. Das könne in den allermeisten Fällen schon im Hinblick auf die ermittelten Arbeitszeiten ausgeschlossen werden. Schließlich sei auch nicht zu beanstanden, dass die Beklagte die Summe der gekürzten GOP in Punkten mit einem Mischpunktwert aus dem Quotienten aller erbrachten, für das individuelle Gesamtvolumen (IGV) der Praxis relevanten Leistungen und dem tatsächlichen Honorar bewertet habe. Das entspreche der Vorgehensweise des BSG im Urteil vom 11.3.2009. Eine Ausnahmekonstellation, in der die zu Unrecht abgerechneten Punkte nur mit dem Punktwert für reduziert vergütete Leistungen multipliziert werden dürfen, liege nicht vor. Die Beklagte habe keine Hinweise gegeben, aus denen der Kläger habe schließen können, dass er in der von ihm praktizierten Weise abrechnen dürfe (*Urteil vom 13.6.2017*).

7 Mit seiner Revision rügt der Kläger eine Verletzung des § 106a Abs 2 SGB V aF. Das Vorgehen der Beklagten habe die für Plausibilitätsprüfungen im Sinne dieser Vorschrift geltenden gesetzlichen und untergesetzlichen Bestimmungen nicht beachtet. Die maßgeblichen Aufgreifkriterien der Tages- und Quartalszeitprofile seien nur im Quartal I/2006 - und dort auch nur hinsichtlich der Tageszeitprofile - erfüllt gewesen. Nur im Quartal I/2006 habe er unter Berücksichtigung der Prüfzeiten in Anhang 3 des EBM-Ä an 3 Tagen die tägliche Arbeitszeitgrenze von 12 Stunden reiner Behandlungszeit überschritten. Die Beklagte sei von vornherein nicht berechtigt gewesen, die Plausibilitätsprüfung auf andere Quartale auszuweiten, weil in diesen die erforderlichen Aufgreifkriterien für eine Plausibilitätsprüfung nicht erreicht worden seien. Andere Prüfzeiten als die in Anhang 3 EBM-Ä verzeichneten dürften der Beklagten keinen Anlass zur Durchführung von Plausibilitätsprüfung geben. Nach § 12 Abs 1 AbrPr-RL sei Voraussetzung für eine Fortführung der Prüfung, dass die Plausibilitätsaufgreifkriterien nach § 8 erfüllt sind. Das gelte sinngemäß immer nur für das Quartal, in dem diese Kriterien erfüllt seien, hier also nur für das Quartal I/2006. In Anhang 3 EBM-Ä sei ausdrücklich bestimmt, dass die Leistungen nach Nr 18210 bis 18212 nur im Quartalszeitprofil, die Leistung nach Nr 18220 dagegen im Tages- und Quartalszeitprofil zu prüfen seien. Die Beklagte sei davon abweichend so vorgegangen, dass sie die GOP 18220 mit der Mindestbehandlungszeit von 20 Minuten auch im Rahmen der Tageszeitprofile in Ansatz gebracht habe. Das sei unzulässig.

8 Bedenken bestünden auch gegen die Zeitvorgabe in der Anmerkung zur Nr 18220 EBM-Ä. Dem Text sei nicht eindeutig zu entnehmen, dass die Mindestzeit von 20 Minuten bei jeder nebeneinander erfolgten Erbringung des Ordinationskomplexes und der zusätzlichen Beratungsleistung eingehalten werden müsse. Die Norm sei zumindest zu unbestimmt und deshalb im Hinblick auf rechtsstaatliche Erfordernisse (*Art 20 Abs 3 GG*) unwirksam. Der Hinweis auf die zusätzlichen 10 Minuten in der Leistungslegende sowie auf die Dauer des Patientenkontaktes von mindestens 20 Minuten seien nicht als Abrechnungsvoraussetzung ausgestaltet worden. Weiterhin habe das LSG zu Unrecht angenommen, der Kläger habe die Zeitgrenze von 20 Minuten aus grober Fahrlässigkeit nicht immer beachtet. Das LSG hätte sich zu einer weiteren Sachaufklärung hinsichtlich der für die Beurteilung des Grades des Verschuldens des Klägers maßgeblichen Umstände gedrängt sehen müssen. Er - der Kläger - habe in den instanzgerichtlichen

Verfahren mehrfach darauf hingewiesen, dass sowohl die Software, die von der KÄBV zertifiziert worden sei, wie auch Hinweise in der von der Beklagten herausgegebenen Zeitschrift "Nordlicht" nicht eindeutig in dem Sinne gewesen seien, dass bei jeder Kumulation der beiden betroffenen Leistungen ein Mindestpatientenkontakt von 20 Minuten erforderlich sei. Die Beklagte habe in dieser Zeitschrift mehr oder weniger deutlich dazu aufgefordert, die Abrechnung des Ordinationskomplexes und der Beratung auf 2 Tage aufzuteilen, um der hohen zeitlichen Anforderung eines Patientenkontaktes von 20 Minuten zu entgehen. Diese Aspekte der Mitverantwortlichkeit der Beklagten bzw der nicht hilfreichen zertifizierten Software hätte die Beklagte bei Bemessung der Rückforderung berücksichtigen müssen. Nach der Rechtsprechung des BSG dürfe der "Mischpunktwert" auf der Basis einer Zusammenrechnung aller angeforderten Punkte und der tatsächlich honorierten Punkte nur regelhaft, aber nicht in Ausnahmefällen zum Ansatz kommen. Hier liege ein solcher Ausnahmefall vor. Die Berechnung der Rückforderungen auf der Basis des Mischpunktwertes erweise sich als Bestrafung eines Arztes, der alle abgerechneten Leistungen erbracht habe, während andere Ärzte Leistungen aus der Abrechnung entfernten, wenn die Praxissoftware das Erreichen der Auffälligkeitskriterien anzeige. Das sei mit Art 14 Abs 1 GG unvereinbar.

- 9 Der Kläger beantragt,  
das Urteil des Schleswig-Holsteinischen LSG vom 13.6.2017 sowie den Gerichtsbescheid des SG Kiel vom 30.1.2014 und den Bescheid der Beklagten vom 22.6.2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 1.10.2010 aufzuheben.
- 10 Die Beklagte beantragt,  
die Revision zurückzuweisen.
- 11 Sie ist der Auffassung, im Hinblick auf die bereits vorliegende Rechtsprechung des BSG sei nur noch zu klären, ob sie berechtigt gewesen sei, aufgrund der Feststellung einer zeitlichen Implausibilität der Abrechnung in einem Quartal (hier: I/2006) weitere Quartale anhand von Tageszeitprofilen zu prüfen, obwohl für diese Quartale vordergründig die Kriterien einer Implausibilität nicht erfüllt seien. Dies müsse möglich sein. Sie - die Beklagte - habe unter Berücksichtigung der Vorgaben des § 8 Abs 3 AbrPr-RL wie der Zeitangaben in Anhang 3 EBM-Ä die Abrechnung des Klägers im Quartal I/2006 geprüft und - was der Kläger selbst nicht in Abrede stelle - unter Berücksichtigung lediglich des Zeitansatzes für die Leistungen nach der GOP 18220 EBM-Ä (Beratung) an 3 Tagen eine Auffälligkeit hinsichtlich der Überschreitung der Arbeitszeit von 12 Stunden festgestellt. Damit sei sie berechtigt gewesen, die Voraussetzungen einer korrekten Abrechnung als Grundlage für evtl Honorarberichtigungen intensiver zu prüfen. Dieser Prüfung anhand eines "verfeinerten Tageszeitprofils" habe sie dann die Mindestzeit von 20 Minuten in den Fällen zu Grunde legen dürfen, in denen an einem Tag neben dem Ordinationskomplex auch die Beratung nach Nr 18220 EBM-Ä abgerechnet worden sei. Diese Prüfung habe für das Quartal I/2006 ergeben, dass der Kläger an 28 Tagen mehr als 12 Stunden tätig gewesen sein wolle. Diesen Umstand habe sie zum Anlass nehmen dürfen, die Abrechnungen des Klägers in

den Folgequartalen zu prüfen; dabei habe sich herausgestellt, dass dieselben und zum Teil noch höhere Überschreitungen der 12-Stunden-Grenze an zahlreichen Tagen in allen Folgequartalen zu verzeichnen seien. Einen bundesrechtlichen Rechtssatz, wonach sie die korrekte Leistungsabrechnung einschließlich der Erfüllung von Zeitvorgaben in Leistungslegenden nur in Quartalen prüfen dürfe, in denen auch das Aufgreifkriterium des § 8 Abs 3 der AbrPr-RL erfüllt sei, gebe es nicht. Sie - die Beklagte - dürfe nach § 106a Abs 2 SGB V aF die Richtigkeit der Abrechnung der Vertragsärzte aus jedem sachgerechten Anlass prüfen. Es könne keinem Zweifel unterliegen, dass sie die Quartale ab II/2006 näher hätte prüfen dürfen, wenn sie von anderer Seite - etwa von einem Patienten oder aus der Praxis des Klägers - einen Hinweis auf unkorrekte Leistungsabrechnung erhalten hätte. Wenn sich ein solcher Hinweis bereits aus dem unter Auffälligkeitsgesichtspunkten geprüften Quartal I/2006 ergebe, könne schlechterdings nicht angenommen werden, dass sie für die Folgequartale in Kenntnis einer nicht korrekten Abrechnung des Klägers an einer Berichtigung gehindert sei.

- 12 Den Rückforderungsbetrag habe sie übereinstimmend mit der Rechtsprechung des BSG auf der Basis eines Mischpunktwertes berechnet; dieser Mischpunktwert habe sich aus dem Verhältnis der tatsächlich honorierten zu den vom Kläger abgerechneten Punkten mit den jeweiligen Punktwerten ergeben. Ein Ausnahmefall in der Hinsicht, dass nur von den Punktwerten auszugehen sei, mit dem die vom Kläger über das IGV hinaus berechneten Leistungen honoriert worden sind, liege nicht vor.

## II

- 13 Die Revision der Klägers hat keinen Erfolg. Das LSG hat zutreffend entschieden, dass die angefochtenen Bescheide der Beklagten nicht zu beanstanden sind.
- 14 1. Rechtsgrundlage der angefochtenen Berichtigungsbescheide ist § 106a Abs 2 S 1 und 2 SGB V in der hier noch anwendbaren Fassung des GMG (*heute § 106d SGB V*). Danach stellt die KÄV die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnung der Vertragsärzte fest; Gegenstand der arztbezogenen Plausibilitätsprüfung ist insbesondere der Umfang der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand des Vertragsarztes. Die maßgeblichen Rechtsgrundsätze zur Anwendung von Tageszeitprofilen im Rahmen der Abrechnungsprüfung hat der Senat im Urteil vom 8.3.2000 (*BSGE 86, 30, 34 f = SozR 3-2500 § 83 Nr 1 S 6 f*) zusammengefasst. Danach ist die Abrechnung eines Vertragsarztes 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 Arbeitsaufwands so, wie sie abgerechnet worden sind, nicht erbracht sein können. Die anhand von (damals) gesamtvertraglich zu vereinbarenden Kriterien begründete Vermutung der Implausibilität kann zur Erstellung von Tageszeitprofilen Anlass geben. Deren Auswertung kann die Fehlerhaftigkeit der Abrechnung aufdecken, wobei kein Nachweis notwen-

dig ist, welche einzelne abgerechnete Leistung gegenüber welchen Patienten nicht - wie abgerechnet - erbracht worden ist (*zuletzt Urteil vom 21.3.2018 - B 6 KA 47/16 R - RdNr 25; zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen*).

- 15 Die näheren Einzelheiten des Plausibilitätsprüfungsverfahrens ergeben sich seit dem 1.1.2005 aus § 8 der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Inhalt und Durchführung der Abrechnungsprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen (*AbrPr-RL - DÄ 2004, A-2555*). Dazu hat der Senat im Beschluss vom 17.8.2011 - B 6 KA 27/11 B - Juris ausgeführt, dass § 8 Abs 2 AbrPr-RL gleichrangig die Ermittlung eines Tages- und eines Quartalszeitprofils vorsieht. Eine weitere Überprüfung nach § 12 erfolgt gemäß § 8 Abs 3 der Richtlinie, wenn die ermittelte arbeitstägliche Zeit bei Tageszeitprofilen an mindestens 3 Tagen im Quartal mehr als 12 Stunden oder im Quartalszeitprofil mehr als 780 Stunden beträgt. Damit stehen Tages- und Quartalszeitprofil alternativ und nicht kumulativ als Indizien für eine implausible Abrechnung nebeneinander. Daraus folgt indessen nicht, dass die Differenzierung zwischen Positionen, denen im Anhang 3 des EBM-Ä eine Prüfzeit nur für das Quartals- und nicht für das Tageszeitprofil zugeordnet ist, und solchen, die für beide Profilvarianten Bedeutung haben, obsolet wäre. Grundsätzlich sind Leistungen, denen für das Tageszeitprofil keine Prüfzeit zugeordnet ist, bei der Erstellung des Tageszeitprofils außer Betracht zu lassen und spielen deshalb auch keine Rolle für die Frage, ob iS des § 8 Abs 3 AbrPr-RL die arbeitstägliche Arbeitszeit des Arztes "bei Tageszeitprofilen" an mindestens 3 Tagen im Quartal die Grenze von 12 Stunden überschreitet. Das hat zur Folge, dass grundsätzlich der Ordinationskomplex nach den GOP 18210 bis 18212 EBM-Ä bei der Ermittlung des Tageszeitprofils außer Betracht bleibt.
- 16 Etwas anderes gilt jedoch dann, wenn in der Leistungslegende des EBM-Ä oder in einer Anmerkung zu einer einzelnen GOP, die für das Tageszeitprofil keine Bedeutung hat, im Falle der gleichzeitigen Erbringung einer auch für das Tageszeitprofil relevanten Leistung insgesamt eine Mindestleistungszeit zugeordnet ist. Dass für eine solche Kombination einer nicht tageszeitprofilgeeigneten Leistung mit einer tageszeitprofilgeeigneten Leistung im Anhang 3 des EBM-Ä keine eigene Prüfzeit vorgesehen ist, ist unschädlich, wenn und soweit sich die verbindliche Mindestzeit für die Leistungserbringung aus dem EBM-Ä selbst, nämlich hier aus der Anmerkung zu GOP 18220 ergibt. Aus dem Umstand, dass der Abrechnung des Ordinationskomplexes neben der Beratung nach GOP 18220 eine Mindestzeit von (zusätzlichen) 10 Minuten zugeordnet ist, folgt notwendig, dass die Abrechnung des Ordinationskomplexes in dieser Konstellation auch für das Tageszeitprofil Bedeutung gewinnt. Wenn der Arzt an einem bestimmten Tag den für die Berechnung des Ordinationskomplexes obligaten Leistungsinhalt eines persönlichen Arzt-Patienten-Kontakts erbringt und zusätzlich eine Beratung nach GOP 18220 abrechnet, muss dem an diesem Tag eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten zugrunde gelegen haben, und das ist für das Zeitprofil dieses Tages von Bedeutung.

- 17 In diesem Sinne hat der Senat bereits in einem Beschluss vom 11.12.2013 - B 6 KA 37/13 B - zu einer weitgehend vergleichbaren Konstellation entschieden. Zum Zweck der Tages- und Quartalszeitprofilbildung im Rahmen einer Plausibilitätsprüfung nach § 106a SGB V aF dürfen danach auch andere Zeitvorgaben als solche, welche im Anhang 3 EBM-Ä enthalten sind, herangezogen werden. Der Beschluss betraf die Anmerkung zur Gesprächsleistung nach Nr 03120 EBM-Ä, die bei Nebeneinanderabrechnung mit dem Ordinationskomplex nach Nr 03110 bis 03112 EBM-Ä eine Dauer der Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten verlangt. Die Leistungspositionen, über die der Senat am 11.12.2013 entschieden hat, entsprechen bis in die Einzelheiten der Formulierung derjenigen der hier maßgeblichen Positionen 18210 bis 18212 und 18220 EBM-Ä. Der Senat hat dazu ausgeführt, dass die Kombination einer Gesprächsleistung und des Ordinationskomplexes, die in Anhang 3 EBM-Ä nicht gesondert mit einer Mindestzeit unterlegt ist, auch nur anhand der Vorgaben in den Erläuterungen zu den Leistungslegenden des EBM-Ä geprüft werden kann. Diese Erläuterungen zu einer Position des EBM-Ä oder zu Kombinationen haben denselben Rang wie die Leistungslegende selbst (*vgl BSG SozR 4-2500 § 106 Nr 10 RdNr 16*). Damit steht fest, dass die Beklagte unter Berücksichtigung des zwingend erforderlichen Zeitaufwandes von 20 Minuten im Falle einer kombinierten Abrechnung der GOP 18210 bis 18212 EBM-Ä und 18220 EBM-Ä den Vorgaben des § 8 Abs 3 AbrPr-RL in allen 8 betroffenen Quartalen entsprochen hat. Die Bildung der Tageszeitprofile unter Berücksichtigung der Zeitgrenze von 20 Minuten ergibt nämlich, dass der Kläger an mehr als einem Drittel der Tage in den geprüften Quartalen das Aufgreifkriterium erfüllt hat, weil sich Arbeitszeiten von mehr als 12 Arbeitsstunden ergeben haben.
- 18 2. Selbst wenn mit der - nach dem oben Ausgeführten: nicht zutreffenden - Auffassung des Klägers unterstellt würde, die Prüfung nach § 8 Abs 3 AbrPr-RL könne nur anhand der im Anhang 3 EBM-Ä aufgeführten Prüfzeiten durchgeführt werden, ergäbe sich im Ergebnis nichts anderes. Jedenfalls für das Quartal I/2006 liegt bereits unter Berücksichtigung dieser Zeiten eine Auffälligkeit vor, weil der Kläger an 3 Tagen die Grenze von 12 Stunden täglicher Arbeitszeit selbst dann überschritten hat, wenn nur die Leistung nach GOP 18220 mit jeweils 10 Minuten angesetzt wird und der Ordinationskomplex ganz außer Betracht bleibt. Selbst unter dieser eingeschränkten Voraussetzung ist die Beklagte im Rahmen der Prüfung nach § 12 AbrPr-RL nicht gehindert, auch die folgenden Quartale darauf zu untersuchen, ob die Abrechnung des Klägers iS des § 106a Abs 2 SGB V aF sachlich und rechnerisch richtig ist. Ein Grundsatz des Inhalts, dass die Prüfung nach § 12 AbrPr-RL für jedes zu prüfende Quartal voraussetzt, dass zuvor die Aufgreifkriterien nach § 8 erfüllt sind, besteht nicht. Im Übrigen wäre selbst dann, wenn § 12 in diesem Sinne zu verstehen wäre, die KÄV nicht gehindert, Hinweisen auf eine inkorrekte Abrechnung eines Arztes nachzugehen und - ggf unter Berücksichtigung von verfeinerten Tageszeitprofilen - zu prüfen, ob die Abrechnung sachlich und rechnerisch richtig sein kann. Nach § 20 Abs 1 AbrPr-RL wird eine Abrechnung in der vertragsärztlichen Versorgung außerhalb der regulären Prüfungen geprüft, wenn ausreichende und konkrete Hinweise auf Abrechnungsauffälligkeiten bestehen. In diesem Sinne "konkrete" Hinweise können sich aus dem Ergebnis einer "regulären" Prüfung eines Quartals ergeben, soweit diese Muster erkennen lässt, die auf eine



systematisch unrichtige Abrechnung hindeuten. Die Wendung in § 20 Abs 2 S 1 AbrPr-RL, wonach Hinweisen nachgegangen wird, die schriftlich oder persönlich vorgetragen werden, bezieht sich vorrangig auf Informationen außerhalb des "regulären" Prüfverfahrens, also vor allem von Patienten, Praxismitarbeitern oder Kollegen. Für Hinweise, die sich unmittelbar aus den Resultaten einer regulären Prüfung ergeben, folgt daraus keine Einschränkung der Prüfungsberechtigung der KÄV. Der Kläger verkennt, dass § 8 AbrPr-RL eine Standardisierung des Auffälligkeitsprüfungsverfahrens normiert, um - auch im Interesse der Gleichbehandlung der Vertragsärzte - den KÄVen und deren Plausibilitätsprüfungsgremien Anhaltspunkte dafür zu geben, wann Implausibilitäten in den Abrechnungen der Vertragsärzte nachzugehen ist. Eine Beschränkung derart, dass die KÄV überhaupt nur weiter die Richtigkeit einer Abrechnung untersuchen darf, wenn Quartal für Quartal die Grenzwerte bei den Tagesarbeitszeiten bzw bei den Quartalszeitprofilen überschritten sind, besteht nicht.

- 19 Selbst wenn die Beklagte von einem Dritten - etwa im Wege einer Anzeige einer Mitarbeiterin des Klägers (*vgl auch insoweit § 20 Abs 1 und 2 AbrPr-RL*) - erfahren hätte, dass dort regelmäßig der Ordinationskomplex routinemäßig zeitgleich mit der Beratung nach Nr 18220 EBM-Ä zusammen abgerechnet wird, hätte sie dem näher nachgehen und die Häufigkeit dieser Abrechnungskombination sowie die sich aus der Zeitvorgabe von 20 Minuten ergebenden Tagesarbeitszeiten des Klägers ermitteln können. Eine solche Ermittlung ist durch § 8 Abs 3 AbrPr-RL nicht gesperrt.
- 20 3. Die Voraussetzungen einer unrichtigen Abrechnung des Klägers im Hinblick auf die Nichtbeachtung der zeitlichen Vorgabe von 20 Minuten für den persönlichen Patientenkontakt bei der Kombination der Abrechnung von Ordinationskomplex und Beratungsleistung sind erfüllt. Der Kläger stellt im Kern nicht in Abrede, dass er diese Grenze jedenfalls nicht immer beachtet hat, und er kann sie nach der Auswertung der Tageszeitprofile auch nicht beachtet haben. Der Wortlaut der Anmerkung zu GOP 18220 EBM-Ä ist eindeutig und kann von keinem Vertragsarzt missverstanden werden. Entgegen der Auffassung des Klägers ist die Vorgabe der Mindestzeit für den Arzt-Patienten-Kontakt auch hinreichend bestimmt. Die Wendung "Nebeneinanderberechnung" lässt erkennen, dass damit Konstellationen erfasst sind, in denen der Arzt mit seiner Abrechnung erklärt, die beiden Leistungen (im Rahmen eines einheitlichen Behandlungsablaufs) in vollem Umfang erbracht zu haben.
- 21 4. Wegen der Unrichtigkeit der Abrechnung des Klägers war die Beklagte berechtigt, diese zu korrigieren und überzahltes Honorar zurückzufordern. Grundsätzlich erfordert die sachlich-rechnerische Richtigstellung iS des § 106a Abs 2 SGB V aF kein Verschulden des Vertragsarztes. Wenn er jedoch zumindest grob fahrlässig gehandelt hat, darf die KÄV den Umfang der Unrichtigkeit schätzen, und ihr kommt insoweit das für jede Schätzung kennzeichnende Ermessen zu Gute. Davon durfte die Beklagte hier Gebrauch machen, weil der Kläger die Abrechnungssammelerklärungen für die betroffenen Quartale zumindest grob fahrlässig falsch abgegeben hat (*vgl zur Garantiefunktion der Abrechnungssammelerklärung BSG SozR 3-5550 § 35 Nr 1 und*

zum maßgeblichen Fahrlässigkeitsmaßstab Senatsurteil vom 21.3.2018 - B 6 KA 47/16 R - RdNr 35-38). Er hat gewusst oder sich zumindest vorwerfbar der naheliegenden Erkenntnis verschlossen, dass die Nebeneinanderabrechnung von Ordinationskomplex und Beratungsleistung eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten voraussetzt. Weder eine möglicherweise unzureichende Praxissoftware noch Hinweise der Beklagten in der von ihr herausgegebenen Zeitschrift "Nordlicht" entlasten den Kläger.

- 22 Der Kläger macht geltend, seine von der KÄBV zertifizierte Praxissoftware habe ihm nicht angezeigt, dass er die Auffälligkeitsgrenzen des § 8 Abs 3 AbrPr-RL infolge der häufigen Nebeneinanderabrechnung überschritten habe oder dass diese Kombination eine Mindestkontaktzeit von 20 Minuten erfordere. Das bedarf keiner näheren Aufklärung, weil beide Umstände den Kläger nicht von seiner Verantwortung für eine korrekte Abrechnung freistellen könnten (*in diesem Sinne bereits Senatsbeschluss vom 11.12.2013 - B 6 KA 37/13 B - Juris RdNr 6*).
- 23 Auf Veröffentlichungen im journalistischen Teil der von der Beklagten herausgegebenen Zeitschrift "Nordlicht" kann sich der Kläger ebenfalls nicht berufen. Ob es mit der Gewährleistungspflicht einer KÄV (§ 75 Abs 1 S 1 SGB V) vereinbar ist, in (vermeintlich) lockerer Form den Vertragsärzten Hinweise zur Abrechnungsoptimierung zu geben, ist fraglich. Jedenfalls hat die Beklagte hier nicht den Inhalt der Leistungslegende zu GOP 18220 EBM-Ä in Zweifel gezogen, sondern - vordergründig zu Recht - darauf hingewiesen, dass eine Mindestzeit von 20 Minuten nicht erforderlich ist, wenn Ordinationskomplex und Beratung an verschiedenen Tagen berechnet werden. Ob die Beklagte damit eine Verteilung der Behandlung oder (nur) der Abrechnung auf verschiedene Tage empfehlen wollte, kann offenbleiben. Der Kläger hat Ordinationskomplex und Beratung am gleichen Tag abgerechnet und gleichwohl die Mindestzeit von 20 Minuten nicht eingehalten.
- 24 5. Die Beklagte hat den Umfang der Unrichtigkeit der Abrechnung zutreffend geschätzt, indem sie die Beratungsleistung nach GOP 18220 berichtigt hat, wenn diese am selben Tag wie der Ordinationskomplex angesetzt worden ist. Damit wird der Kern der Unrichtigkeit der Abrechnungen des Klägers erfasst, nämlich die Nichtbeachtung der Zeitvorgabe von 20 Minuten Kontaktzeit bei der Erbringung beider Leistungen nebeneinander. Der Ansatz der Beklagten bei der Streichung der GOP 18220 EBM-Ä orientiert sich an der Systematik der Fassung der einschlägigen Anmerkung. Dort ist formuliert, dass eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten "Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr 18220" ist. Wenn diese Zeitvorgabe nicht beachtet worden sein kann, liegt nahe, den Ansatz dieser Position als unrichtig zu bewerten. Eine realitätsnähere Basis der Schätzung des Umfangs der Unrichtigkeit hat der Kläger nicht aufgezeigt und eine solche ist auch für den Senat nicht ersichtlich.
- 25 Die Rechtmäßigkeit der Schätzung wird nicht dadurch in Frage gestellt, dass nicht ausgeschlossen werden kann, dass der Kläger die Mindestzeitvorgabe der Abrechnungskombination in einzelnen Fällen eingehalten hat. Die Überschreitung der Grenze eines zwölfstündigen Arbeitsta-

ges iS des § 8 Abs 3 AbrPr-RL ist so deutlich erfolgt, dass dann, wenn der Kläger die Mindestzeit nach der Anmerkung zu GOP 18220 EBM-Ä beachtet hat, andere Leistungen an dem jeweiligen Tag schwerlich in der gebotenen Form und Qualität erbracht worden sein können. Die sich aus den Tageszeitprofilen ergebende Arbeitszeit des Klägers hat die Grenze von 12 Stunden täglich sehr häufig - zumindest an einem Drittel aller Arbeitstage - und vereinzelt sogar die von 18 Stunden überschritten.

- 26 6. Die Berechnung der Höhe des Rückforderungsbetrages ist nicht zu beanstanden. Die Beklagte hat die Maßgaben des Senatsurteils vom 11.3.2009 (*B 6 KA 62/07 R - BSGE 103, 1 = SozR 4-2500 § 106a Nr 7*) beachtet und einen Mischpunktwert aus den unquotiert vergüteten und den tatsächlich abgerechneten Punkten der Praxis gebildet. Eine Ausnahmekonstellation, in der zunächst die nicht oder nur eingeschränkt vergüteten Punkte zur Ermittlung des Abzugsbetrages eingesetzt werden müssen, liegt nicht vor. Entgegen der Auffassung des Klägers besteht an der richtigen Auslegung der Leistungslegende durch die Beklagte kein Zweifel. Es ist auch für den Senat nicht erkennbar, wie diese Leistungslegende missverstanden werden könnte. Eine Mitverantwortung der Beklagten für die unrichtige Abrechnung des Klägers besteht nicht. Die Beklagte hat in der schon erwähnten Veröffentlichung in der Zeitschrift "Nordlicht" allenfalls "angeregt", aus Gründen der Abrechnungsoptimierung die Abrechnung von Beratung und Ordinationskomplex auf verschiedene Tage zu verteilen. Der Kläger macht dazu jetzt geltend, er dürfe nicht dafür "bestraft" werden, dass er so ehrlich gewesen sei, diesem "Rat" nicht zu folgen und am selben Tag tatsächlich erbrachte Leistungen auch für denselben Tag abzurechnen. Dem kann schon im Ansatz nicht gefolgt werden, weil eine Kürzung des Honorars als Folge unrichtiger Abrechnung keine "Bestrafung" darstellt und Ärzte, die tatsächlich den Ordinationskomplex an einem Tag abgerechnet haben, an denen kein Patientenkontakt bestand, mit strafrechtlichen (§ 263 StGB) und zulassungsrechtlichen (§ 95 Abs 6 S 1 SGB V) Konsequenzen rechnen mussten und müssen. Im Übrigen ist der Arzt in jenem Verfahren, das zur Senatsentscheidung vom 11.12.2013 (*B 6 KA 37/13 B - Juris*) geführt hat, wegen eines deutlich geringeren Schadens, als ihn der hier klagende Arzt verursacht hat, auch disziplinarisch belangt worden; der Senat hat die Disziplinarmaßnahme mit Beschluss ebenfalls vom 11.12.2013 - B 6 KA 36/13 B - Juris gebilligt.
- 27 7. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 S 1 Teils 3 SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO. Danach trägt der Kläger die Kosten des von ihm erfolglos geführten Rechtsmittels.