

Titel:

Honorarneufestsetzung, Plausibilitätsprüfung, Falschabrechnung, Dokumentationspflicht, Schätzungsermessen

Leitsatz:

Zu den Abrechnungsvoraussetzungen der GOP 35110 EBM Ä.

Schlagworte:

Honorarneufestsetzung, Plausibilitätsprüfung, Falschabrechnung, Dokumentationspflicht, Schätzungsermessen

Vorinstanz:

SG München, Urteil vom 11.11.2021 – S 43 KA 147/18

Tenor

I. Auf die Berufung des Klägers wird unter entsprechender Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts München vom 11.11.2021, S 43 KA 147/18, der Bescheid der Beklagten vom 28.06.2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 16.05.2018 hinsichtlich seiner in Ziffer II vorgenommenen Honorarneufestsetzung in den Quartalen 1/2013 – 2/2014 aufgehoben. Die Beklagte wird insoweit zur Neubescheidung verpflichtet.

II. Im Übrigen wird die Berufung des Klägers gegen die Bescheide vom 28.06.2017 sowie 02.02.2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 16.05.2018 zurückgewiesen.

III. Die Kosten beider Rechtszüge hat der Kläger zu zwei Dritteln sowie die Beklagte zu einem Drittel zu tragen.

IV. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

1

Zwischen den Beteiligten ist streitig die Rechtmäßigkeit der Honoraraufhebungs- und -neufestsetzungsbescheide aufgrund Plausibilitätsprüfung zu den Quartalen 3/12 bis 3/14 und 1/15. Abgesetzt wurde die GOP 35110 EBM (verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen, Dauer mindestens 15 Minuten).

2

Der Kläger ist seit 2012 in W (O) als hausärztlicher Internist in Einzelpraxis zugelassen. Das Honorar war quartalsweise durch zunächst bestandskräftig gewordene Honorarbescheide festgesetzt worden (z. B. Honorarbescheid 3/2012 vom 13.02.2013).

3

Mit Schreiben vom 10.06.2015 leitete die Beklagte zunächst eine Abrechnungsprüfung der Quartale 2/2014 bis 4/2014 ein. Sie teilte mit, dass der Zeitumfang der abgerechneten Leistungen in 2/14 872,45 Quartalsstunden und an zehn Tagen der Quartale mehr als 12 Stunden beträgt. Die Werte der Folgequartale lägen noch über diesen Werten. In den Fokus genommen wurde unter anderem die GOP 35110, die an den zeitauffälligen Tagen bis zu 42 mal angesetzt worden sei, was nicht nachvollzogen werden könne. Es wurden Dokumentationen in Gestalt von Kopien der Patientenkartei bzw. Ausdrucke der elektronischen Patientenkartei vorerst für das Quartal 3/2014 nach Patientenliste angefordert.

4

Ausweislich einer Telefonnotiz vom 18.06.2015 habe der Kläger einer Mitarbeiterin der Beklagten erläutert, sehr viele Patienten aus den „L Einrichtungen“ (Anm: privates Pflegeheim) zu betreuen, die aufgrund ihrer Behinderung auch sehr zeitintensiv seien; der Kläger sei darauf hingewiesen worden, dass die GOP 35110 EBM nur angesetzt werden dürfe, wenn die Mindestgesprächszeit eingehalten worden sei. Mit Schreiben

vom 06.04.2016 erweiterte die Beklagte die Abrechnungsprüfung auf die Quartale 1 und 2/2015 und forderte weitere Patientendokumentationen an.

5

Mit Schreiben vom 03.06.2016 informierte die Beklagte darüber, dass die Abrechnung der GOP 35110 EBM in den Quartalen 2/2014 bis 2/2015 unplausibel sei. Vorgeworfen wird, dass eine Indikation zur Anwendung der psychosomatischen Grundversorgung überhaupt nicht vorhanden gewesen sei. Darüber hinaus fehle in allen geprüften Fällen die gemäß § 12 Psychotherapierichtlinie geforderte schriftliche Dokumentation der diagnostischen Erhebungen und der wesentlichen Inhalte der psychotherapeutischen Interventionen. Anhand der Dokumentationen werde kein strukturiertes therapeutisches Konzept erkennbar.

6

Im voll geprüften Quartal 3/2014 (Referenzquartal) sowie im voll geprüften Quartal 2/2015 seien 69 Ansätze in 69 Fällen bzw. 44 Ansätze in 44 geprüften Fällen nicht gerechtfertigt, was eine Fehlerquote von 100% ergebe. Das Abrechnungsverhalten in den dazwischen liegenden Quartalen 4/2014 und 1/2015 sei vergleichbar, weshalb die gleiche Fehlerquote zugrunde gelegt werde. Es ergebe sich eine Rückforderungssumme von 38.058,67 €.

7

Auf den Wunsch des Klägers kam es 29.06.2016 in der KV-Stelle Regensburg zu einem Beratungsgespräch. Der anwesende medizinische Fachexperte F informierte den Kläger beispielhaft mithilfe der eingereichten Abrechnungsfälle, welche Stichpunkte sinnvoll zum Nachweis der Leistungserbringung sein könnten. Als Beispiel sei der Patient A herausgegriffen worden, den der Kläger als typischen Patienten beschrieben habe. F fasste zusammen, dass eine mögliche Dokumentation lauten könnte „Diarrhoe funktional“ oder beispielsweise „Ich-Leistungsstörungen“ oder „Panikstörung“, sodass auch der somatische bzw. psychosomatische Hintergrund benannt und dargestellt werde, nachdem organische Ursachen durch Gastroskopie ausgeschlossen worden seien. Es müssten die Inhalte der Intervention enthalten sein. Die Grunddefizite, die zum somatischen Problem geführt hätten, seien notwendig in der Dokumentation zu nennen.

8

Am 05.07.2016 forderte die Beklagte die Patientendokumentationen von weiteren 50 Abrechnungsfällen in den Quartalen 3/2012 bis 2/2014 an.

9

Mit Bescheid vom 02.02.2017 nahm die Beklagte die Honorarbescheide der Quartale 3/2012 und 4/2012 zurück, soweit sie den Honoraranspruch für Regional- und Ersatzkassen betreffen. Das Honorar wurde sodann in konkreter Höhe niedriger festgesetzt und die Differenz von 2.869,05 € (3/2012) und 4.159,10 € (4/2012); insgesamt 7028,15 €, zurückgefordert. Sodann wurde die Auffassung der Beklagten zur fehlerhaften Abrechnung der GOP 35110 EBM wiederholt. Es wurden 17 (3/2012) bzw. 9 (4/2012) Abrechnungsfälle mit Begründung (pro Abrechnungsfall zumeist mehrere Ansätze) als in Ansehung der Abrechnung der GOP 35110 EBM grob fahrlässig fehlerhaft benannt und ausgeführt, dass damit die Abrechnungssammelerklärung jeweils ihre Garantiefunktion verloren habe. Zur Neufestsetzung des Honorars ist ausgeführt, dass im Quartal 3/2012 bei 29 von 36 geprüften Ansätzen die Abrechnung der GOP nicht gerechtfertigt gewesen sei, was einer Fehlerquote von 80,56% entspreche. Die Prüfung für das Quartal 4/2012 habe ergeben, dass das Abrechnungsverhalten im Hinblick auf die Fehlerquote vergleichbar sei. Zusätzlich sei ein Sicherheitsabschlag von 15% gewährt worden. Die Berechnungsblätter waren als Anlagen beigelegt.

10

Mit Bescheid vom 28.06.2017 hob die Beklagte sodann die Honorarbescheide für die Quartale 1/2013 – 2/2015 hinsichtlich des Honorars für Regional- und Ersatzkassen auf, setzte das Honorar aller Quartale jeweils niedriger fest und forderte die Differenz von 63.472,64 € zurück. Auch hier wurde begründet, dass die GOP 35110 EM ohne psychosomatische Indikation und ohne weitere Dokumentation angesetzt worden sei. Für jedes Quartal wurde mindestens ein Abrechnungsfall als grob fahrlässige Falschabrechnung dargestellt. In 3/2014 seien 69 von 69 geprüften Ansätzen und in 2/2015 44 von 44 geprüften Ansätzen hinsichtlich der GOP 35110 EBM nicht gerechtfertigt, was einer Fehlerquote von 100% entspreche. Die Prüfung auch der weiteren Quartale habe ergeben, dass das Abrechnungsverhalten demjenigen in den Referenzquartalen vergleichbar sei. Daher sei die Fehlerquote von 100% auf alle Quartale zu übertragen,

wobei insgesamt ein Sicherheitsabschlag von 15% abgezogen werde. Die Einzelheiten der Berechnung sei den Berechnungstabellen zu entnehmen. Zu den Quartalen 1/2013 bis 2/2014 findet sich dort eine Stichprobe nicht.

11

Die dagegen gerichteten Widersprüche wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 16.05.2018 zurück.

12

Dagegen hat der Kläger Klage erheben lassen, jedoch die Quartale 4/2014 und 1/2015 ausdrücklich von der Klage ausgenommen.

13

Zusammengefasst lässt der Kläger vortragen, dass die angegebenen Diagnosen eindeutig eine psychosomatische Erkrankung belegten oder zumindest aussagekräftige Anhaltspunkte dafür böten. Die verbale Intervention als solche sei regelmäßig nicht im Einzelnen zu dokumentieren. Es bestehe keine besondere Dokumentationspflicht im Sinne der Allgemeinen Bestimmungen des EBM, die sich aus der Präambel, der Leistungslegende oder den Anmerkungen zu GOP 35110 EBM ergebe. Aus der Allgemeinen Bestimmung nach Nummer 2.1 EBM folge, dass es für die vollständige Leistungserbringung ausreiche, wenn die Erbringung der Leistung als solches dokumentiert sei. Einzelheiten der Leistungserbringung seien nicht zu dokumentieren. Nach § 57 Abs. 1 Bundesmantelvertrag seien Befunde, die Behandlungsmaßnahmen und die veranlassten Leistungen in geeigneter Weise zu dokumentieren. Der Gesprächsinhalt der verbalen Intervention falle nicht darunter. § 12 der Psychotherapierichtlinie schreibe für die psychosomatische Grundversorgung eine schriftliche Dokumentation der diagnostischen Erhebungen voraus. Die Erfüllung dieser Dokumentationspflichten sei allerdings nicht Voraussetzung für eine vollständige Leistungserbringung und damit nicht Abrechnungsvoraussetzungen. Die Beklagte unterscheide nicht zwischen psychotherapeutischen Behandlungen und psychosomatischen Behandlungen. Aufzeichnungen über verbale Interventionen stellten keine Befunde dar.

14

Mit Urteil vom 11.11.2021 hat das Sozialgericht München die Klage abgewiesen und folgte im Wesentlichen der Argumentation der Beklagten.

15

Dagegen richtet sich die Berufung des Klägers, die unter Wiederholung und Ergänzung des bisherigen Vortrags begründet wurde.

16

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 11.11.2021 sowie den Bescheid der Beklagten vom 02.02.2017 hinsichtlich der Quartale 3/2012 und 4/2012 sowie den Bescheid der Beklagten vom 28.06.2017 hinsichtlich der Quartale 1/2013 bis 3/14 und 2/15 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 16.05.2018 aufzuheben.

17

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

18

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

19

In der mündlichen Verhandlung am 07.06.2023 schlug der Senat nach ausführlichem Hinweis einen Vergleich vor des Inhalts, dass unter Abänderung der angefochtenen Bescheide die Kürzung und Honorarneufestsetzung für die Quartale 1/2013 bis 2/2014 auf der Grundlage einer Fehlerquote von 80,56% zuzüglich eines 15%igen Sicherheitsabschlags erfolge und es im Übrigen bei den hier angefochtenen Entscheidungen bleibt. Die Kosten beider Instanzen sollte der Kläger zu 2/3 sowie die Beklagte zu 1/3 tragen.

20

Die Beklagte akzeptierte den Vergleich zur Hauptsache, wollte aber nur 10% der Kosten tragen. Auf Hinweis des Senats, wonach in einem Urteil mit einer wesentlich höheren Kostenquote als 10% zu rechnen sei, weil die Honorarneufestsetzung – anders als im Vergleichsvorschlag – nicht vorweggenommen werden könne und einzelne Quartale hinsichtlich der Honorarneufestsetzung in toto aufgehoben werden müssten, erhöhte sie auf 20%. Der Kläger stimmte dem ursprünglichen Vergleichsvorschlag zu, ging aber auf den Beklagtenvorschlag nicht ein.

21

Die Beteiligten waren mit einer Entscheidung des Senats ohne (weitere) mündliche Verhandlung einverstanden.

22

Für die weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der beigezogenen Verwaltungsakte, der Beklagten, der Streitakte des Sozialgerichts München sowie der Verfahrensakte des Bayer. Landessozialgerichts Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

23

Die zulässige Berufung erweist sich als teilweise begründet.

24

Die im Bescheid vom 28.06.2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 16.05.2018 getroffene Honorarneufestsetzungen zu den Quartalen 1/2013 bis 2/2014 erweisen sich – bei Rechtmäßigkeit der Honorarbescheidaufhebungen – als rechtswidrig. Hinsichtlich der weiteren Quartale ist der Bescheid rechtmäßig. Auch der weitere Bescheid vom 02.02.2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 16.05.2018 ist rechtmäßig. Daher war unter Abänderung des Urteils des Sozialgerichts München vom 11.11.2021 der Bescheid vom 28.06.2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 16.05.2018 hinsichtlich der Honorarneufestsetzung in den Quartalen 1/2013 bis 2/2014 aufzuheben und die Beklagte insoweit zur Neuentscheidung gemäß der Rechtsauffassung des Senats zu verurteilen.

25

Rechtsgrundlage der sachlichrechnerischen Richtigstellungen ist § 106d Abs. 2 SGB V in der hier anwendbaren Fassung. Danach stellt die Beklagte die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen fest. Die Prüfung der Abrechnungen des Vertragsarztes auf sachlichrechnerische Richtigkeit zielt auf die Feststellung, ob die Leistungen rechtmäßig, also im Einklang mit den gesetzlichen, vertraglichen oder satzungsrechtlichen Vorschriften des Vertragsarztrechts – mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebots – erbracht und abgerechnet worden sind (BSG Urteil vom 29.11.2017 – B 6 KA 33/16 R – SozR 4-2500 § 106a Nr. 17 RdNr. 19; BSG Urteil vom 2.4.2014 – B 6 KA 20/13 R – SozR 4-2500 § 117 Nr. 6 RdNr. 13; s auch BSG Urteil vom 24.10.2018 – B 6 KA 45/17 R – SozR 4-2500 § 135 Nr. 28 RdNr. 14; BSG Urteil vom 24.10.2018 – B 6 KA 42/17 R – SozR 4-2500 § 106a Nr. 19 RdNr. 10, jeweils m. w. N.). Dazu gehört auch die artzbezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität. Die näheren Einzelheiten des Plausibilitätsprüfungsverfahrens ergeben sich aus der auf der Grundlage von § 106d Abs. 6 SGB V vereinbarten „Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen“ (AbrPr-RL) in der für die geprüften Quartale jeweiligen maßgebenden Fassung. Erweist sich zumindest eine Abrechnung in einem Quartal als vorsätzlich oder grob fahrlässig falsch abgerechnet, darf die Beklagte den Honorarbescheid aufheben. Bei der dann vorzunehmenden Honorarneufestsetzung kommt der Beklagten ein Schätzungsermessen zu, welches nur bei dessen fehlerhafter Anwendung gerichtlich überprüfbar ist. Diese Grundsätze haben die Beteiligten nicht in Frage gestellt. In Frage gestellt wurde der Inhalt sowie die Abrechnungsvoraussetzungen der GOP 35110 EBM.

26

Die GOP 35110 EBM, die dem Kapitel 35 angehört, hat folgenden Wortlaut:

Verbale Interventionen bei psychosomatischen Krankheitszuständen Obligater Leistungsinhalt

* Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen,

* Systematische Nutzung der Arzt Patienten Interaktion,

* Dauer mindestens 15 Minuten ...

Kapitel 35 EBM führt die Überschrift

Leistungen gemäß den Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapierichtlinien).

27

Bereits aus dem Wortlaut der Leistungslegende ergibt sich, dass der Ansatz der Ziffer einen „psychosomatischen Krankheitszustand“ voraussetzt. Wird dieser weder in den Diagnosen noch im Zusammenhang mit der Dokumentation bei Erbringung der Leistung genannt, fehlt es an der vollständigen Erfüllung der Leistungslegende. Darüber hinaus fehlt es an der Nachvollziehbarkeit des Ansatzes (Diagnosen und Leistung passen nicht zusammen). Eine Durchsicht der Abrechnungsunterlagen durch den Senat, die auch die von der Beklagten als zumindest grob fahrlässige Falschabrechnung beanstandeten Behandlungsfälle erfasste, erbrachte, dass danach die Patienten zumeist nicht an psychosomatischen Krankheitszuständen litten; vielmehr fanden sich die Diagnose „Intelligenzminderung“ oder psychiatrische Störungen (Schizophrenie) im Diagnosefeld. Wenngleich diese Patienten einen erhöhten Zeitaufwand bei Krankheitserkennung und -behandlung nach sich ziehen, darf gleichwohl der Zeitmehraufwand nicht durch den Zifferansatz ausgeglichen werden. Der Senat bejaht zumindest das Vorliegen von grober Fahrlässigkeit.

28

Nach § 11 der Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie vom 19.02.2009 in den Fassungen des Beschlusses vom 18.04.2013, sowie in den Fassungen des Beschlusses vom 16.10.2014 wird die Psychotherapie im Sinne dieser Richtlinie in der vertragsärztlichen Versorgung ergänzt durch Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung. (...) Die psychosomatische Grundversorgung umfasst seelische Krankenbehandlung durch verbale Interventionen (...).

29

Aufgrund der Zuordnung der Leistung zu dem Kapitel Leistungen gemäß den Psychotherapierichtlinien folgt aus dem Wort gemäß bereits zwanglos die Beachtung der Psychotherapierichtlinien.

30

Nach dem folgenden § 12 PsychRI erfordern Psychotherapie und psychosomatische Grundversorgung eine schriftliche Dokumentation der diagnostischen Erhebungen und der wesentlichen Inhalte der psychotherapeutischen Interventionen.

31

In der nunmehr geltenden Fassung der Psychotherapierichtlinien, die am 18.02.2021 in Kraft trat (Beschluss vom 20.11.2020) wird die schriftliche Dokumentation in § 38 geregelt und neben der Dokumentation der diagnostischen Erhebungen und der wesentlichen Inhalte der psychotherapeutischen Interventionen eine schriftliche Dokumentation der Ergebnisse in der Patientenakte vorgeschrieben.

32

Soweit die Klägerbevollmächtigte den Begriff der „psychotherapeutischen Intervention“ abgrenzen möchte von einem Begriff „psychosomatische Intervention“, ist dem nicht zu folgen. Vielmehr wird hier das Wort „psychotherapeutisch“ als Oberbegriff der Interventionen im Sinne der Richtlinien benutzt, zumal die Psychotherapie im Sinne der Richtlinie durch Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung ergänzt wird. Nach § 12 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie vom 19.02.2009 in den Fassungen des Beschlusses vom 18.04.2013 und vom 16.10.2014 erfordern Psychotherapie und psychosomatische Grundversorgung eine schriftliche Dokumentation der diagnostischen Erhebungen und der wesentlichen Inhalte der psychotherapeutischen Interventionen. Damit werden Psychotherapie und psychosomatische Grundversorgung gleichermaßen angesprochen und eine schriftliche Dokumentation der diagnostischen Erhebungen und der wesentlichen Inhalte der psychotherapeutischen Interventionen gefordert. Würde sich der Satzbestandteil „wesentliche Inhalte der psychotherapeutischen Interventionen“ nur auf die Psychotherapie und nicht die psychosomatische Grundversorgung beziehen, hätte der Bestandteil „schriftliche Dokumentation“ zumindest wiederholt werden

müssen (z. B. schriftliche Dokumentation der diagnostischen Erhebungen und Dokumentation der wesentlichen Inhalte der psychotherapeutischen Interventionen.

33

Damit steht für den Senat fest, dass der wesentliche Inhalt der verbalen Intervention stichpunktartig zu dokumentieren ist, natürlich neben der diagnostischen Erhebung (auch) des psychosomatischen Krankheitszustands. Diese Pflicht bedurfte deshalb keiner (nochmaligen) Aufnahme in den Wortlaut der Leistungslegende der GOP 35110 EBM. Eine darüberhinausgehende Dokumentation des Gesprächsverlaufs nebst dem strukturellen Gesprächsansatz wird nach den Psychotherapierichtlinien in den damals geltenden Fassungen nicht gefordert. Indes kommt es auf die Frage der Dokumentation der wesentlichen Inhalte der verbalen Intervention im hier vorliegenden Einzelfall nicht an. Denn die Fehlerhaftigkeit der klägerischen Abrechnung ergibt sich bereits daraus, dass es in den beanstandeten Fällen der Nennung jedes psychosomatischen Krankheitszustandes, aufgrund dessen interveniert wird, fehlt.

34

Aus diesem Grund bedarf nicht der abschließenden Klärung, ob der Vertragsarzt in der Plausibilitätsprüfung die wesentlichen Inhalte der verbalen Intervention nach § 295 Absatz 1a SGB V vorzulegen hat, weil sie zu den für die Prüfung erforderlichen Befunde zu rechnen sind bzw. welche Folgen eine trotzdem erfolgte Vorlage zeitigt. Der Senat neigt jedoch zu der Auffassung, dass neben den Befunden im engeren Sinne auch die wesentlichen Inhalte der verbalen Intervention als für die Prüfung notwendige Unterlagen vorzulegen sind. Weitergehende Aufzeichnungen des Arztes, etwa zu den Details des Gesprächs, müssen nicht vorgelegt werden.

35

Aufgrund mindestens eines grob fahrlässigen Falschansatzes in jedem Quartal haben die Garantiesammelerklärungen ihre Garantiefunktion verloren. Damit erweisen sich die Aufhebungen der Honorarbescheide in den geprüften Quartalen als rechtmäßig.

36

Das in den beiden Bescheiden ausgeübte Schätzungsermessen ist – mit Ausnahme der Entscheidungen zu den Quartalen 1/2013 bis 2/2014 – beanstandungsfrei ausgeübt. Im Bescheid vom 02.02.2016 wird zu Quartal 3/2012 eine repräsentative Stichprobe von 35 Ansätzen geprüft und eine Falschabrechnung bei 29 Ansätzen, mithin eine Fehlerquote von 80,56%, festgestellt. Die Stichprobe zu dem Folgequartal 4/2012 ergibt keine wesentliche Änderung. Daher erscheint eine Kürzungsquote aller Ansätze der GOP 35110 in den beiden Quartalen in Höhe von 80,56% als schätzungsermessensgerecht.

37

Der Bescheid vom 28.06.2000 prüft als sogenanntes Referenzquartal zunächst das Quartal 3/2014 und stellt bei einer Stichprobe aus 69 Ansätzen 69 Falschabrechnungen fest. Die Betrachtung wird für das weitere Abrechnungsverhalten ergänzt um eine Prüfung einer repräsentativen Stichprobe für das Quartal 2/2015. Auch hier werden 44 falsche Ansätze im Rahmen einer repräsentativen Stichprobe von 44 Ansätzen festgestellt. Die Stichprobengröße erscheint jeweils ausreichend und die Repräsentativität gegeben. Die Quartale 4/2014 und 1/2015 hat der Kläger nicht beklagt.

38

Allerdings werden auch die vor dem sogenannten Referenzquartal 3/2014 liegenden Quartale 1/2013 bis 2/2014 aufgrund unterstellter Gleichartigkeit mit dem Verhalten im Quartal 3/2014 einer 100-prozentigen Absetzung unterworfen. Dies belegt jedoch der Bescheid vom 28.06.2017 in der Anlage durch eine repräsentative Stichprobe zu diesen Quartalen nicht (Stichprobe erst in 3/14). Vielmehr wird allein aus der 100%igen Fehlerquote des Quartals 3/2014 geschlossen, dass es in den Quartalen zuvor ebenfalls keinen rechtmäßigen Ansatz der Leistungsziffer gegeben habe. Dies obwohl die Beklagte im Bescheid vom 02.02.2017 bezogen auf die Quartale vor 1/2013 (3 und 4/2012) eine Fehlerquote von nur 80,56% festgestellt hatte. Hier wäre zu ermitteln gewesen, ob und ggf. wann es zu einem Anstieg der Fehlerquote von 80,56% auf 100% kam oder in welcher anderen Höhe die Fehlerquote anzusetzen ist. Die Beklagte wird zu diesen Quartalen jeweils die Stichprobe nachzuholen haben.

39

Verjährungs- oder Ausschlussfristen greifen nicht.

40

Die Kostenentscheidung entspricht der Obsiegens- / Unterliegensquote (6 von 10 Quartalen im Sinne der Aufhebung bei Neubescheidungsverpflichtung aufgehoben).

41

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht erkennbar.