SG München, Urteil v. 25.09.2026 – S 28 KA 500/23

Titel:

Honoraraufhebung, Neufestsetzung, Doppelbehandlung, Versorgungsbereichsgrenzen, Grobe Fahrlässigkeit, Schätzungsermessen, Dokumentationspflicht

Leitsatz:

Zur Befugnis der KV zur sachlichrechnerischen Richtigstellung bei einem Missbrauch der Kooperationsform eines versorgungsbereichsübergreifenden MVZ.

Schlagworte:

Honoraraufhebung, Neufestsetzung, Doppelbehandlung, Versorgungsbereichsgrenzen, Grobe Fahrlässigkeit, Schätzungsermessen, Dokumentationspflicht

Tenor

I. Die Klage wird abgewiesen.

II. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens, mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Widerspruchsverfahren, welche die Beklagte zu tragen hat.

Tatbestand

1
Zwischen den Beteiligten ist die Rücknahme und Neufestsetzung der Honorarbescheide für die Quartale 1/2016 bis 3/2020 (soweit sie den Honoraranspruch für Regional- und Ersatzkassen betreffen) sowie Rückforderungen der Beklagten i.H.v. insgesamt 1.597.700,88 € streitig. Die Klägerin betreibt das MVZ Gefäßzentrum ... . Die ärztliche Leitung haben R. (Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Angiologie) und M. (Fachärztin für Innere Medizin, ab 01.07.2017 mit Schwerpunkt Angiologie) inne. In dem MVZ sind weitere Fachärzte für Innere Medizin mit den Schwerpunkten Angiologie bzw. Phlebologie fachärztlich tätig; daneben war in den streitgegenständlichen Quartalen jeweils ein Internist hausärztlich tätig, der auch den Schwerpunkt Angiologie besaß.

2
Die Beklagte leitete mit Schreiben vom 12.12.2018 eine Plausibilitätskontrolle, zunächst für die Quartale 1/2016 bis 4/2016, wegen einem hohen Anteil an gemeinsamen Behandlungsfällen im hausärztlichen und fachärztlichen Bereich des MVZ ein; später weitete sie die Prüfung auf sämtliche streitgegenständliche Quartale aus.

3
Mit Schreiben vom 18.02.2019 übersandte die Klägerin die angeforderten Patientenunterlagen. Sie begründete den hohen Überschneidungsgrad zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung mit dem Umstand, dass die fachärztlich diagnostizierten Patienten zusätzlich vom hausärztlichen Internisten betreut würden, zum Beispiel zur hausärztlichinternistischen Anamnese und Untersuchung bezüglich Komorbiditäten, zur Beratung zur differenzierteren Lebensstil-Umstellung, gegebenenfalls zur Umfelddiagnostik (zum Beispiel bei idiopathischen Thrombosen) einschließlich der sich jeweils daraus ergebenden therapeutischen Konsequenzen und zur Bearbeitung anderer medizinischer Themenkreise.

4
Der von der Beklagten eingeschaltete Prüfarzt S. (Internist) kam in seinem Prüfbericht vom 02.05.2020 zu dem Ergebnis, dass die Unterlagen durchgängig angiologisch fachärztlich gut erhobene Anamnesen, Befunde und Therapieempfehlungen zeigten. Diese seien regelhaft (bis auf wenige Ausnahmen) als Arztbrief an den weiterbehandelnden Hausarzt zusammengefasst worden. Eine zusätzliche hausärztliche Betreuung oder gar eine kontinuierliche Betreuung nach 03220 und 03221 sei aber nicht nachvollziehbar dokumentiert. Auch die GOP 33042 sei nicht nachvollziehbar dokumentiert.

5
Mit Bescheid vom 03.08.2020 nahm die Beklagte die Honorarbescheide für die Quartale 1/2016 bis 4/2016 zurück, soweit sie den Honoraranspruch für Regional- und Ersatzkassen betrafen. Zugleich setzte sie das

Honorar neu fest. Danach war von der Klägerin ein Differenzbetrag von 361.213,78 € zu erstatten. Weder anhand der Patientenkarteikarten noch aufgrund der zugehörigen Befunde sei eine tatsächlich erfolgte hausärztliche Behandlung erkennbar gewesen. Dafür, dass eine hausärztliche Behandlung nicht erfolgt sei, spreche auch, dass im gesamten Prüfzeitraum auf die LANR von E. neben den Pauschalen nur insgesamt drei Einzelleistungen abgerechnet worden seien. Nahezu alle von E. abgerechneten Patienten seien durch einen weiteren Hausarzt außerhalb des MVZ behandelt worden. Den eingereichten Patientenunterlagen sei auch kein Hinweis zu entnehmen, dass der (vermeintlichen) hausärztlichen Behandlung durch E. eine bewusste Entscheidung des Patienten zugrunde gelegen habe bzw. dass der jeweilige Patient nach seinem ihn behandelnden Hausarzt gefragt worden sei. Da im gesamten Prüfzeitraum etwa 99% der im MVZ von der hausärztlichen Internistin abgerechneten Patienten einen weiteren, MVZfremden Hausarzt hätten, wäre eine Aufklärung der Patienten zwingend notwendig gewesen und hätte entsprechend vermerkt werden müssen. Werde eine solche Aufklärung nicht vorgenommen und entsprechend dokumentiert, stelle dies einen unzulässigen Eingriff in die Behandlung des vom Patienten gewählten Hausarztes und dessen Lotsenfunktion dar. Zusammenfassend sei festzustellen, dass nahezu jeder von der hausärztlichen Internistin E. abgerechnete Patient tatsächlich nicht hausärztlich, sondern rein fachärztlich behandelt worden sei. Hinsichtlich der Ziffer 33042 EBM habe der medizinische Fachexperte festgestellt, dass diese in keinem geprüften Fall vollständig erbracht bzw. deren Erbringung nachvollziehbar dokumentiert worden sei. In fast allen Fällen seien den vorgelegten Dokumentationen kein Hinweis auf die durchgeführte Sonografie-Leistung zu entnehmen. Den eingereichten Befundbögen seien fast ausschließlich Untersuchungen der (Becken-Bein-) Arterien oder Venen zu entnehmen. Teilweise seien die Leistungen auch bereits Bestandteil der GOP 13300 EBM gewesen und mit dem Ansatz dieser GOP vollständig abgegolten. R. und M. hätten bei der Abgabe der Sammelerklärung die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt und deshalb zumindest grob fahrlässig gehandelt. Es werde für sachgerecht gehalten, das gesamte im Prüfungszeitraum ausbezahlte hausärztliche Honorar für die vermeintlich gemeinsam behandelten Patienten zurückzufordern. Da der Umfang an unrechtmäßig abgerechneten Leistungen nicht für den gesamten Prüfungszeitraum exakt berechnet worden sei, sei ein Sicherheitsabschlag in Höhe von 15% gewährt worden. Hinsichtlich der 33042 EBM sei bei allen 34 geprüften Ansätzen keine ordnungsgemäße und vollständige Leistungserbringung festgestellt worden. Die Vergütung für die Leistung der 33042 EBM werde deswegen vollständig zurückgefordert, unter Gewährung eines Sicherheitsabschlags in Höhe von 30%.

6
Die Klägerin erhob Widerspruch. Die Annahme der Beklagten, hausärztliche Leistungen seien nicht erbracht worden, sei unzutreffend. Die Dokumentation sei nicht obligatorischer Leistungsinhalt der abgerechneten hausärztlichen Pauschalen. Aus dem Umstand, dass Patienten bereits in anderer hausärztlicher Behandlung gewesen seien, könne kein relevanter und tragfähiger Schluss gezogen werden. Es bestehe weder die Pflicht, den Patienten nach dem Hausarzt zu fragen noch die Pflicht zur „hausärztlichen“ Aufklärung. Die Befunde und Dokumentationen zu der 33042 EBM ließen sich den vorgelegten Unterlagen ohne weiteres qualifiziert entnehmen. Weder hinsichtlich der hausärztlichen GOPs noch hinsichtlich der abdominellen Sonografie liege eine grob fahrlässige Falschabrechnung vor.

7
Mit (Korrektur-)Bescheid vom 25.03.2021 wurden die Honorarbescheide für die Quartale 1/2016 bis 4/2016 in Gestalt des Honoraraufhebungs- und Neufestsetzungsbescheids vom 03.08.2020 abgeändert und das Honorar neu festgesetzt. Als Erstattungsbetrag wurde neu der Betrag von 358.768,62 € festgesetzt.

8
Mit Bescheid vom 30.04.2021 nahm die Beklagte die Honorarbescheide für die Quartale 1/2017 bis 3/2018 sowie 1/2019 zurück, soweit sie den Honoraranspruch für Regional- und Ersatzkassen betrafen. Zugleich kündigte sie an, dass die Neufestsetzung des Honorars zu einem späteren Zeitpunkt erfolge.

9
Der weitere von der Beklagten beigezogene Prüfexperte G. (Internist) stellte in seinem Prüfbericht vom 14.07.2021 fest, dass von 41 geprüften Patientendaten nur drei nicht hausärztlich überwiesen worden seien. Bei 27 erbrachten Abdomen-Sonografieleistungen seien nur zehn ausreichend dokumentiert gewesen. Bei den 38 (von 41) auf hausärztliche Überweisung erfolgten Fällen sei die Abrechnung hausärztlicher Leistungen aus medizinischer Sicht nicht notwendig und daher als unwirtschaftlich

anzusehen. Insgesamt sei nicht nachvollziehbar, wieso die Patienten in einer angiologischen Praxis sowohl fachärztlich als auch hausärztlich behandelt werden sollten.

10
Mit Bescheid vom 27.10.2021 nahm die Beklagte den Honorarbescheid für das Quartal 2/2019 zurück, soweit er den Honoraranspruch für Regional- und Ersatzkassen betraf. Die Neufestsetzung des Honorars zu einem späteren Zeitpunkt wurde angekündigt.

11
Am 29.10.2021 fand zwischen den Beteiligten ein Plausibilitätsgespräch statt. Von Klägerseite wurde lt. Gesprächsprotokoll ausgeführt, dass der Hausarzt für die Anamnese und der Facharzt für die weitere Behandlung zuständig gewesen sei. Typische Hausarztleistungen im MVZ seien die Blutentnahme und die Blutdruckmessung. Der Hausarzt stelle die meisten Rezepte im MVZ aus. Ziel der Behandlung durch den Hausarzt und die anschließende Behandlung durch den Facharzt sei es, dass bei Krankheitsbildern, wie beispielsweise Diabetes oder dem diabetischen Fuß eine hausärztliche Anamnese erfolge und die Begleitunterlagen gesichtet würden, um so die Fachärzte zu entlasten.

12
Mit Bescheid vom 03.02.2022 nahm die Beklagte die Honorarbescheide für die Quartale 3/2019 bis 3/2020, soweit sie den Honoraranspruch für Regional- und Ersatzkassen betrafen, zurück. Als Erstattungsbetrag wurde für die Quartale 1/2017 bis 3/2018 und 1/2019 bis 3/2020 1.238.932,26 € festgesetzt. Die Beklagte führte aus, dass für den medizinischen Fachexperten in keinem der geprüften gemeinsamen Behandlungsfälle anhand der Dokumentation eine hausärztliche Versorgung nachvollziehbar gewesen sei. Das abgerechnete hausärztliche Leistungsspektrum habe im Zeitraum der Quartale 1/2017 bis 3/2020 neben den Versichertenpauschalen nur eine unterdurchschnittliche Anzahl echter hausärztlicher Leistungen enthalten. Die GOP 03230 (problemorientiertes ärztliches Gespräch) sowie Leistungen der primären Wundversorgung (02300ff) habe das MVZ zwar im Quartalverlauf immer häufiger, aber dennoch unterdurchschnittlich oft abgerechnet. Diese Einzelleistungen seien jedoch in den geprüften Patientendokumentationen nicht vermerkt gewesen. Hätte das MVZ seine Patienten tatsächlich begleitend hausärztlich betreut, so wäre dies den Arztbriefen zu entnehmen bzw. wären die Arztbriefe an den weiter- bzw. mitbehandelnden Hausarzt nicht notwendig gewesen. Die Anstellung eines Hausarztes lediglich zur Verordnung von Medikamenten, für Blutabnahmen oder fachärztliche Eingangsuntersuchungen und -diagnostiken sei nicht nachvollziehbar. Die Zulassung im hausärztlichen Versorgungsbereich habe lediglich dem Zweck gedient, für den weit überwiegenden Anteil der Patienten des MVZ die Möglichkeit der Abrechnung einer zusätzlichen Versichertenpauschale zu schaffen und hierdurch ein deutlich höheres Honorar zu generieren, als es ohne gemeinsame Patientenbehandlung möglich gewesen wäre. Die Behandlung bzw. Abrechnung der gemeinsamen Patienten im MVZ sei nach Überzeugung der Beklagten unter missbräuchlicher Ausnutzung der Kooperationsform „MVZ“ erfolgt. Gegen eine ordnungsgemäße Erfüllung des hausärztlichen Versorgungsauftrags durch S1. und T. spreche bereits die Außendarstellung des MVZ, welches sich auf seiner Homepage als rein fachärztlichinternistisches MVZ mit dem Schwerpunkt Gefäßchirurgie darstelle. Ein Hinweis auf eine zusätzliche oder begleitende hausärztliche Versorgung der Patienten sei der Website nicht zu entnehmen. Hinsichtlich der GOP 03342 führte die Beklagte aus, das in vielen Fällen der Leistungsinhalt nicht ausreichend dokumentiert sei. Im Rahmen des Schätzungsermessens halte es die Beklagte für sachgerecht, das gesamte im Prüfzeitraum ausbezahlte hausärztliche Honorar für die vermeintlich gemeinsam behandelten Patienten zurückzufordern, unter Gewährung eines Sicherheitsabschlags in Höhe von 15%. Hinsichtlich der Ziffer 33042 habe die Beklagte die Auswertung des medizinischen Fachexperten als Referenz herangezogen, der in 17 von 27 Fällen eine fehlerhafte Abrechnung der Leistungen festgestellt habe, dies entspreche einer Fehlerquote in Höhe von 62,96%. Diese Fehlerquote sei auf sämtliche Prüfquartale umgelegt worden; zudem sei ein Sicherheitsabschlag in Höhe von 30% gewährt worden.

13
Nach der Einschätzung des Internisten F., der von der Beklagten bezüglich der Beurteilung von Abrechnungen der 33042 in den Quartalen 1/2017 bis 3/2020 beauftragt wurde, habe der kurative Ansatz in der Behandlung immer fachärztlichangiologisch bestanden, nicht hausärztlich im allgemeinen Sinne des Versorgungsschwerpunktes. In 98 von 123 Patientenfällen habe er kein Behandlungsziel im Ansatz der Ziffer 33042 finden können. Somit seien 25 von 123 Fällen indikationsbezogen richtig angesetzt, dabei aber

nur in elf von 25 Fällen dann auch in der Bilddokumentation ausreichend belegt. Wer die Leistung erbracht habe, sei aus der Kopfzeile im Bild nicht erkennbar.

14
Mit Widerspruchsbescheid vom 20.09.2023 wies die Beklagte die Widersprüche gegen die Honoraraufhebungs- und Neufestsetzungsbescheide vom 03.08.2020 in Form des Korrekturbescheids vom 25.03.2021 und 03.02.2022 zurück. Sie führte u.a. aus, dass ein außergewöhnlich hoher Anteil gemeinsamer Patientenbehandlungen zwischen den fachärztlichen und hausärztlichen Internisten der Klägerin festzustellen gewesen sei:

Quartal	Gesamtfallzahl MVZ	Fallzahl hausärztliche Internisten	Fallzahl fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt	Gemeinsame Patienten	Anteil gemeinsame Patienten (hausärztliche Internisten)	Anteil gemeinsame Patienten (fachärztliche Internisten)
1/2016	2.413	2.322	476	464	20,0%	97,5%
2/2016	2.809	2.610	581	546	20,9%	94,0%
3/2016	2.473	2.407	345	334	13,9%	96,8%
4/2016	2.675	2.656	509	508	19,1%	99,8%
1/2017	2.875	2.808	502	489	17,4%	97,4%
2/2017	2.648	2.484	732	690	27,8%	94,3%
Quartal	Gesamtfall-zahl MVZ	Fallzahl hausärztliche Internisten	Fallzahl fachärztliche Internisten ohne Schwer-punkt	Gemein-same Patienten	Anteil gemeinsame Patienten gemessen an Anzahl der hausärztlichen Internisten	Anteil gemeinsame Patienten gemessen an Anzahl der fachärztlichen Internisten
1/2016	2.413	2.322	1.988	1.799	77,5%	90,5%
2/2016	2.809	2.610	2.245	2.025	77,6%	90,2%
3/2016	2.473	2.407	2.161	2.017	83,8%	93,3%
4/2016	2.675	2.656	2.227	2.093	78,8%	94,0%
1/2017	2.875	2.808	2.374	2.320	82,6%	97,7%
2/2017	2.648	2.484	1.515	1.393	56,1%	91,9%
3/2017	2.423	2.419	1.998	1.994	82,4%	99,8%
4/2017	2.612	2.592	2.119	2.099	81,0%	99,0%
1/2018	2.605	2.318	2.045	1.758	75,8%	75,8%
2/2018	2.665	2.387	2.097	1.819	85,9%	85,9%
3/2018	2.346	1.928	1.864	1.446	76,2%	76,2%
4/2018	2.277	2.172	1.772	1.667	86,7%	86,7%
1/2019	2.590	1.906	2.171	1.487	75,0%	75,0%
2/2019	2.511	1.283	2.143	915	77,5%	77,5%
3/2019	2.396	1.187	1.961	752	76,7%	76,7%
4/2019	2.208	1.053	1.847	692	94,0%	94,0%
1/2020	2.324	1.253	1.973	902	78,0%	78,0%
2/2020	2.565	1.211	2.230	882	68,4%	68,4%
3/2020	2.696	1.067	2.372	698	65,4%	29,4%

*Die Abrechnung des Quartals 4/2018 erfolgte zusammen mit der des Quartals 1/2019. Die statistischen Werte können daher leichte Unschärfen aufweisen.

15
Besonders auffällig sei der Anteil derjenigen Patienten gewesen, die bei der Klägerin hausärztlich behandelt bzw. abgerechnet worden seien, sich im selben Quartal aber bereits in anderweitiger hausärztlicher Behandlung befunden hätten:

Quartal	Gesamtfallzahl MVZ	Fallzahl hausärztliche Internisten	Anzahl Patienten mit externem Hausarzt	Anzahl Patienten mit externem Hausarzt, gemessen an der Fallzahl der hausärztlichen Internisten
1/2016	2.413	2.322	2.313	99,61%
2/2016	2.809	2.610	2.589	99,20%
3/2016	2.473	2.407	2.372	98,55%
4/2016	2.675	2.656	2.629	98,28%
1/2017	2.875	2.808	2.366	90,17%

2/2017	2.648	2.484	2.024	83,26%
3/2017	2.423	2.419	1.985	82,06%
4/2017	2.612	2.592	2.130	82,49%
1/2018	2.605	2.318	1.932	83,38%
2/2018	2.665	2.387	2.055	86,16%
3/2018	2.346	1.928	1.569	81,80%
4/2018*	2.277	2.172		
1/2019*	2.590	1.906	1.611	84,57%
2/2019	2.511	1.283	1.160	90,41%
3/2019	2.396	1.187	1.022	86,98%
4/2019	2.208	1.053	903	85,75%
1/2020	2.324	1.253	1.048	83,71%
2/2020	2.565	1.211	952	78,61%
3/2020	2.696	1.066	870	81,61%

* Die Abrechnung des Quartals 4/2018 erfolgte zusammen mit der des Quartals 1/2019. Die statistischen Werte können daher leichte Unschärfen aufweisen.

16
Die Beklagte habe zudem festgestellt, dass ein großer Teil der bei der Klägerin behandelten Patienten aufgrund einer Überweisung, zumeist durch einen Hausarzt, vorstellig geworden sei:

Quartal	Gesamtfallzahl MVZ	Anzahl Patienten mit Überweisungsschein	Prozentualer Anteil der Patienten mit Überweisungsschein
1/2016	2.413	834	34,56%
2/2016	2.809	980	34,89%
3/2016	2.473	780	31,54%
4/2016	2.675	840	31,40%
1/2017	2.875	963	33,60%
2/2017	2.648	858	32,43%
3/2017	2.423	789	32,60%
4/2017	2.612	826	31,67%
1/2018	2.605	742	28,53%
2/2018	2.665	814	30,65%
3/2018	2.346	651	27,84%
4/2018*			
1/2019*	4.181	1.395	33,37%
2/2019	2.511	812	32,40%
3/2019	2.396	815	34,04%
4/2019	2.208	678	30,76%
1/2020	2.324	650	28,03%
2/2020	2.565	880	34,32%
3/2020	2.696	991	36,15%

*Die Abrechnung des Quartals 4/2018 erfolgte zusammen mit der des Quartals 1/2019. Die statistischen Werte können daher leichte Unschärfen aufweisen.

17
Auch der Widerspruchsausschuss sei zu der Überzeugung gekommen, dass die Klägerin tatsächlich als rein fachärztliches, auf Gefäßmedizin spezialisiertes MVZ aufgetreten sei und dementsprechend die Patienten auch nur rein fachärztlichangiologisch behandelt worden seien. Keiner der vorgelegten Unterlagen sei eine Behandlung und Betreuung durch die hausärztlichen Internisten zu entnehmen. In den Patientenunterlagen fehle bereits häufig die gem. § 10 Ultraschallvereinbarung notwendige Indikation für eine Ultraschalluntersuchung des Abdomens. Aufgrund der fehlerhaften Abrechnung der 33042 EBM stehe die Fehlerhaftigkeit der Abrechnungen für die Quartale 1/2016 bis 3/2020 fest. Der Nachweis der ordnungsgemäßen Erbringung und Abrechnung hausärztlicher Leistungen sei der Klägerin nicht gelungen. Die von der Klägerin vorgelegten Erläuterungen in Tabellenform seien nicht zum Nachweis geeignet, da es sich offensichtlich um nachträglich erstellte Darstellungen handele. Die von der Klägerin angeführten hausärztlichen Leistungen seien allesamt Inhalt der fachärztlichangiologischen Grundpauschale (vgl. 13290 ff. EBM). Die Abrechnungs- bzw. Behandlungsweise verstoße offensichtlich gegen §§ 95 Abs. 3 i.V.m. 73 Abs. 2 SGB V, da es sich um ein unzulässiges Leistungssplitting bei hausärztlicher und fachärztlicher Leistungsabrechnung handele. Im Übrigen liege ein eklatanter und offensichtlicher Verstoß gegen 24 Abs. 2 Satz 3 BMV-Ä und den der Klägerin erteilten Überweisungsauftrag vor. Den verantwortlichen Ärzten hätte

bei Beachtung der notwendigen Bestimmungen klar sein müssen, dass die über die LANR der hausärztlichen Internisten zur Abrechnung gelangten Leistungen tatsächlich nicht erbracht worden, darüber hinaus nicht dokumentiert und dazu auch nicht anderweitig indiziert und nachvollziehbar gewesen seien. Ebenso hätte auffallen müssen, dass die Klägerin in einer Vielzahl von Fällen gegen den ihr erteilten Überweisungsauftrag verstoßen habe. Bezüglich der 33042 hätte klar sein müssen, dass in einer Vielzahl der Fälle bereits keine Indikation vorgelegen habe und überdies der Leistungsinhalt oftmals nicht erfüllt worden sei. Die hohen Werte gemeinsam behandelter Patienten seien derart auffällig, dass entsprechend der Rechtsprechung des BSG ohne weiteres von einer missbräuchlichen Ausnutzung der Kooperationsform „versorgungsbereichsübergreifendes MVZ“ auszugehen sei.

18
Die Klägerin hat am 25.10.2023 Klage zum Sozialgericht München erhoben. Zur Klagebegründung hat die Klägerin u.a. ausgeführt, dass, wenn überhaupt, die Wirtschaftlichkeitsprüfung das zutreffende Prüfverfahren sei. Vorliegend erfolgte die Behandlung einheitlich durch das klägerische MVZ; dies sei anders in den von der Rechtsprechung entschiedenen Fällen des Gestaltungsmissbrauchs, in denen Patienten jeweils in verschiedenen Praxen als ein Behandlungsfall behandelt und abgerechnet worden seien. Unberücksichtigt geblieben sei, dass es sich jeweils um eine einheitliche Dokumentation des MVZ in einem Behandlungs- und Leistungsfall handele. Die Inanspruchnahme der hausärztlichen Leistungen diene dazu, den Behandlungserfolg der bei der Klägerin fachärztlich tätigen Internisten zu sichern und werde durch die hausärztliche Beratung und Aufklärung über die Inhalte des individuellen Krankheitsbildes und der verordneten Therapien auch im Sinne einer Prophylaxe geführt. Auch hinsichtlich der bereits von einem Hausarzt überwiesenen Patienten an das MVZ werde von der Beklagten verkannt, dass die für den fachärztlichen Behandlungserfolg notwendige Compliance bezogene Beurteilung in den Unterlagen der Vorbehandler nicht vorläge oder diese hierfür nicht ausreichend qualifiziert seien.

19
Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 01.07.2026 die Widersprüche gegen die Honoraraufhebungsbescheide vom 30.04.2021 und 27.10.2021 zurück. Die Klägerin erhob am 24.07.2026 Klage gegen die Honoraraufhebungsbescheide vom 30.04.2021 und 27.10.2021 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 01.07.2026 (Az. S 28 KA 105/26).

20
Mit Beschluss vom 25.08.2026 wurden die Verfahren S 28 KA 500/23 und S 28 KA 105/26 zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden und unter dem Aktenzeichen S 28 KA 500/23 fortgeführt.

21
Die Klägerin beantragt,

die Bescheide vom 03.08.2020 in Form des Korrekturbescheids vom 25.03.2021 und 03.02.2022 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 20.09.2023 sowie die Bescheide vom 30.04.2021 und 27.10.2021 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 01.07.2026 aufzuheben.

22
Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

23
Die Beklagte weist darauf hin, dass die Klägerin durch ihre Abrechnungsweise in den Quartalen bis zur Einleitung der Abrechnungsprüfung bei über 90% ihrer Patienten einen zweiten Arztfall ausgelöst hat, der zu einem erhöhten Honoraranspruch durch die Abrechnungsmöglichkeit von Leistungen aus dem Kapitel 3 des EBM geführt hat. Die vorgeblich „hausärztlichinternistische Compliance-Beurteilung“ bestehe überwiegend aus Blutdruckmessungen, Blutentnahmen, Rezeptausstellungen sowie der Ausstellung von Überweisungen. Dies erscheine im Hinblick auf die Delegierbarkeit an nichtärztliches Personal wenig glaubhaft. Aber auch „hausärztliche“ Leistungen wie Aufklärungsgespräche zu Medikamenteneinnahmen, OP-Vorbereitungen oder generell zur Erläuterung von Begleiterkrankungen, Lebenshygieneberatungen oder sonstigen Beratungen zu Risikofaktoren seien allesamt Inhalt der fachärztlichangiologischen Grundpauschale (13290 ff.). Tatsache sei, dass sämtliche Überweisungen zur fachärztlichen Mit- und

Weiterbehandlung erfolgt seien. Die von der Klägerseite dargestellte Abrechnungs- bzw. Behandlungsweise stelle ein unzulässiges Leistungssplitting dar.

24
Im Übrigen wird zur Ergänzung des Tatbestandes auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten, auch im Verfahren S 28 KA 105/26, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

25
Die Klage ist zulässig, aber unbegründet. Die Bescheide vom 03.08.2020 in Form des Korrekturbescheids vom 25.03.2021 und 03.02.2022 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 20.09.2023 sowie die Bescheide vom 30.04.2021 und 27.10.2021 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 01.07.2026 sind rechtmäßig und verletzen die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Beklagte muss allerdings als Folge der Verletzungen des Anspruchs der Klägerin auf Anhörung vor Erlass der sie belastenden Honoraraufhebungs- und Neufestsetzungsbescheide, die erst im Widerspruchsverfahren geheilt wurden, die in diesem Verfahrensabschnitt für die Klägerin angefallenen Kosten tragen.

26
Die Zulässigkeitsvoraussetzungen der fristgemäß eingelegten Anfechtungsklage (§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG) sind erfüllt. Die Klage ist jedoch nicht begründet.

27
Rechtsgrundlage für die Honoraraufhebung und Neufestsetzung ist § 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V bzw. ab 01.01.2017 § 106d Abs. 2 Satz 1 SGB V, wonach die Kassenärztliche Vereinigung die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen feststellt; dazu gehört auch die arztbezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten.

28
Zutreffend hat die Beklagte als zuständige Behörde eine sachlichrechnerische Richtigstellung in Form einer Honorarbescheidsaufhebung und -neufestsetzung vorgenommen. Die sachlichrechnerische Richtigstellung ist grundsätzlich gegenüber der Wirtschaftlichkeitsprüfung vorrangig. Denn Honoraranforderungen für fehlerhaft abgerechnete Leistungen sind unberechtigt und bedürfen keiner Prüfung auf ihre Wirtschaftlichkeit (BSG, Beschluss vom 25.10.2023, Az. B 6 KA 38/22 B, Rn. 10 m.w.N.).

29
Die Bescheide sind formell rechtmäßig. Zwar hat die Beklagte die Klägerin vor Erlass der streitgegenständlichen Honoraraufhebungs- und Neufestsetzungsbescheide ausweislich der dem Gericht vorliegenden Akten nicht gem. § 24 Abs. 1 SGB X zu sämtlichen für die Entscheidungen erheblichen Tatsachen angehört. Diese Verfahrensmängel sind jedoch unbeachtlich, weil die Anhörung im Rahmen der Widerspruchsverfahren jeweils wirksam nachgeholt worden ist (§ 41 Abs. 1 Nr. 3 i.V.m. Abs. 2 SGB X).

30
Die Beklagte hat die vierjährige bzw. ab Quartal 1/2019 (vgl. Clemens in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 5. Aufl. (Stand: 30.09.2025), § 106d Rn. 121) gem. § 106d Abs. 5 Satz 3 SGB V zweijährige Ausschlussfrist jeweils gewahrt. Dabei ist für die Fristwahrungen generell ausreichend, wenn – wie teilweise hier (s. Bescheide vom 30.04.2021 und 27.10.2021) – zunächst nur der Honorarbescheid aufgehoben wird und der Erlass des neuen Bescheids erst später – nach dem Ablauf der Vier- bzw. Zwei-Jahres-Frist – erfolgt (Clemens, ebenda, Rn. 134).

31
Die Bescheide sind auch materiellrechtlich nicht zu beanstanden.

32
Vorliegend hat die Beklagte nicht nur sachlichrechnerisch richtiggestellt, sondern die gesamten Honorarbescheide für die streitgegenständlichen Quartale wegen der Unrichtigkeit der Abrechnungs-Sammelerklärungen aufgehoben.

33

Nach der Rechtsprechung des BSG entfällt im Fall der grob fahrlässigen unrichtigen Abrechnungs-Sammelerklärung für die Kassenärztliche Vereinigung grundsätzlich die Verpflichtung, als Voraussetzung der Rechtswidrigkeit des Honorarbescheides dem Arzt mehr als eine unrichtige Abrechnung pro Quartal nachzuweisen. Sie ist rechtlich nicht gehalten, in allen Behandlungsfällen, in denen sie unrichtige Abrechnungen vermutet, den Nachweis der Unrichtigkeit zu führen. Im Ergebnis liegt somit das Honorar-Risiko auf der Seite des Arztes, der in seiner Honorarabrechnung unrichtige Angaben gemacht hat (BSG, Urteil vom 17.09.1997, Az. 6 RKa 86/95, Rn. 21). Der Wegfall der Garantiefunktion der Abrechnungs-Sammelerklärung bei Vorliegen schon einer einzelnen grob fahrlässig falschen Angabe auf einem Behandlungsausweis – mit der Folge, dass der Honorarbescheid für das Quartal im Ganzen rechtswidrig ist – unterliegt keinen Bedenken unter dem Gesichtspunkt der Verhältnismäßigkeit. Denn das bedeutet nicht, dass dem Arzt überhaupt kein Anspruch auf Vergütung für die in dem Quartal erbrachten Leistungen zusteht. Soweit davon auszugehen ist, dass Leistungen tatsächlich und ordnungsgemäß erbracht wurden, hat die Kassenärztliche Vereinigung nach Aufhebung des unrichtigen Honorarbescheides das dem Vertragsarzt für diese Leistungen zustehende Honorar neu festzusetzen. Bei der Neufestsetzung hat sie allerdings ein weites Schätzungsermessen. In aller Regel ist es nicht zu beanstanden, wenn die Kassenärztliche Vereinigung in den Fällen, in denen die vom Arzt geltend gemachte Quartalsvergütung bezogen auf den Fallwert wesentlich über dem Durchschnitt seiner Fachgruppe liegt, deutliche Abschläge gegenüber der ursprünglich geltend gemachten Honorarforderung vornimmt und sich im Wege pauschalierender Schätzung damit begnügt, ihm ein Honorar z.B. in Höhe des Fachgruppendurchschnitts – oder in KV-Bezirken mit hohen Fallwerten eventuell niedriger – zuzuerkennen (BSG, ebenda, Rn. 23). Bei Schätzungen besteht nach der Rechtsprechung kein der Gerichtskontrolle entzogener Beurteilungsspielraum. Sie gehören zu den Tatsachenfeststellungen, für die die Tatsacheninstanzen ihrerseits zuständig sind. Das Gericht hat deshalb die Schätzung selbst vorzunehmen bzw. jedenfalls selbst nachzuvollziehen (BSG, ebenda, Rn. 28).

34
Nach Überzeugung des Gerichts waren die von der Klägerin abgegebenen Abrechnungs-Sammelerklärungen über die ordnungsgemäße Erbringung der abgerechneten Leistungen in den streitgegenständlichen Quartalen aufgrund Vorliegens zumindest grob fahrlässiger Angaben unrichtig. Gem. § 45 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 SGB X liegt grobe Fahrlässigkeit vor, wenn der Begünstigte die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt hat.

35
Das klägerische MVZ hat offenkundig regelmäßig gegen die Überweisungsaufträge der überweisenden (Haus-)Ärzte verstoßen, indem die zur (fachärztlich) internistischangiologischen Mitbehandlung überwiesenen Patienten auch hausärztlich behandelt wurden. Nach den von der Beklagten analysierten Überweisungszahlen waren zwischen 27 und 34% der im klägerischen MVZ behandelten Patienten an dieses überwiesen worden. Jedenfalls die von hausärztlicher Seite ausgestellten Überweisungen erfolgten regelmäßig zur (fachärztlich) internistischangiologischen Mitbehandlung. Die Ärzte der Klägerin haben sich entgegen § 24 Abs. 2 Satz 3 BMV-Ä nicht an die Bindung der Überweisungsaufträge gehalten. Gem. § 24 Abs. 7 Satz 2 Nr. 3 BMV-Ä erfolgt die Überweisung zur Mitbehandlung zur gebietsbezogenen Erbringung begleitender oder ergänzender diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen, über deren Art und Umfang der Vertragsarzt, an den überwiesen wurde, entscheidet. Die hausärztliche Behandlung der an die Klägerin zur fachärztlichen (angiologischen) Mitbehandlung überwiesenen Patienten war vom Überweisungsauftrag nicht gedeckt; eine Abänderungsbefugnis des Überweisungsauftrags steht dem Arzt, an den überwiesen wird, grundsätzlich nicht zu. Der Ansatz hausärztlicher Leistungen, die die Ärzte der Klägerin in Überschreitung von Überweisungsaufträgen erbracht haben, ist grob fahrlässig fehlerhaft. Bei der Bindung an den Überweisungsauftrag handelt es sich um eine elementare Pflicht des Vertragsarztwesens. Die Kammer hat keine Zweifel, dass für die Leiter des klägerischen MVZ offensichtlich war, dass in zahlreichen Fällen – über alle streitgegenständlichen Quartale hinweg – gegen die Bindung an den Überweisungsauftrag verstoßen wurde.

36
In den Fällen der Überschreitung der Überweisungsaufträge, aber auch in zahlreichen anderen Fällen liegt jeweils ein weiterer, grob fahrlässiger Abrechnungsverstoß vor – die Abrechnung rechtsmissbräuchlicher Doppelbehandlungen.

37

Die Quoten der gemeinsam von der Klägerin haus- und fachärztlich behandelten Patienten (gemessen an der Patientenzahl der fachärztlichen Internisten) zeichnen ein deutliches Bild. Bis zum Quartal 4/2018, in dem die Klägerin erstmalig über die Einleitung eines Prüfverfahrens wegen des hohen Anteils gemeinsamer Patienten im haus- und fachärztlichen Bereich informiert wurde, lag die Quote gemeinsam behandelter Patienten bei mindestens 77,5%, häufig sogar über 90%. Aber auch in den Quartalen ab 1/2019 waren noch hohe Quoten zu verzeichnen, die zwischen 68,4% (1/2019) und 29,4% (3/2020) lagen. Auffällig hoch war auch der Anteil derjenigen Patienten, die bei der Klägerin hausärztlich behandelt bzw. abgerechnet wurden und sich im selben Quartal in anderweitiger hausärztlicher Behandlung befanden. Dieser Anteil lag in allen Quartalen mit Ausnahme des Quartals 2/2020 (78,61%) über 80%, in sechs Quartalen sogar über 90%.

38
Die Klägerin hat erläutert, dass die fachärztlich diagnostizierten Patienten zusätzlich vom hausärztlichen Internisten betreut würden, etwa für die hausärztlichinternistische Anamnese und Untersuchung bezüglich Komorbiditäten, für die Beratung zur differenzierteren Lebensstil-Umstellung, für eine etwaige Umfelddiagnostik einschließlich der sich daraus ergebenden therapeutischen Konsequenzen bzw. für die Herstellung der hausärztlich obligatorischen Compliance und zur umfassenden Aufklärung der Patienten bezüglich Risikofaktoren etc. In ihren patientenbezogenen, nachträglich erstellten Stellungnahmen gibt sie an, von hausärztlicher Seite sei u.a. die Blutdruckmessung, Beratungen zu verschiedenen Themen (etwa zur Notwendigkeit einer Umfelddiagnostik), Diagnostik, Blutabnahme, ABI-Messung, Rezeptausstellung und Aufklärung, z.B. über Differentialdiagnosen erfolgt.

39
Die fachkundig mit zwei Vertragsärztinnen besetzte Kammer kann die Notwendigkeit der zahlreichen Doppelbehandlungen nicht nachvollziehen. Bei den von der Klägerin in diesem Zusammenhang angeführten hausärztlichen Tätigkeiten handelt es sich um solche, die – sofern sie nicht wie etwa Blutdruckmessung oder Blutabnahme in der Regel von Medizinischen Fachangestellten vorgenommen werden – zum Behandlungsumfang des angiologischen Facharzt-Internisten gehören und Teil der angiologischen Grundpauschale (GOP 13290ff. EBM) sind. Die Kammer hat einzelne Dokumentationen/Arztbriefe gesichtet; die geprüften Dokumentationen enthielten weder Ausführungen zu einer konkreten hausärztlichen Behandlung noch Angaben, welche (mindestens zwei) Ärzte den Patienten behandelt hatten. Konkrete Gründe für die Einschaltung des hausärztlichen Internisten waren den exemplarisch gesichteten Dokumentationen in keinem einzigen Fall zu entnehmen.

40
Dadurch, dass die Ärzte des klägerischen MVZ ohne medizinisch nachvollziehbaren Grund Patienten nicht nur fachärztlich, sondern auch hausärztlich behandelt haben, haben sie die Grenzen der Versorgungsbereiche nicht eingehalten und gegen vertragsarztrechtliche Pflichten verstoßen.

41
Nach der Rechtsprechung des BSG gilt die Bindung an die Grenzen des Fachgebiets und des Versorgungsbereichs auch für Ärzte, die in einer fachgebiets- und versorgungsbereichsübergreifenden Gemeinschaftspraxis (Berufsausübungsgemeinschaft) tätig sind (BSG, Urteil vom 14.12.2011, Az. B 6 KA 31/10 R, LS/Rn. 19ff.). Zu der durch § 73 Abs. 1 Satz 1 SGB V vorgegebenen Trennung der Versorgungsbereiche hat das BSG ausgeführt: „Gerade bei fach- und versorgungsbereichsübergreifenden Gemeinschaftspraxen ist eine eindeutige Abgrenzung der jeweiligen Leistungs- und Versorgungsbereiche erforderlich, weil die Gefahr besteht, dass andernfalls die Fachgebietsgrenzen, insbesondere aber die gesetzlich vorgegebene Trennung der haus- und fachärztlichen Versorgungsbereiche unterlaufen würde. Dies gilt namentlich bei Gemeinschaftspraxen zwischen haus- und fachärztlich tätigen Internisten, denn es liegt nahe, dass Internisten, die sich aufgrund rechtlicher Vorgaben für eine ausschließlich hausärztliche bzw. ausschließlich fachärztliche Tätigkeit entscheiden mussten, bei einer Außerkraftsetzung der Versorgungsbereichsgrenzen für Gemeinschaftspraxen – sei es aus fachlichem Interesse, sei es aus praktischen Erwägungen – die Gelegenheit nutzen werden, zwischen den Versorgungsbereichen zu wechseln“ (BSG, ebenda, Rn. 24).

42

Die Bindung an die Grenzen des Versorgungsbereichs gilt im selben Maße für Ärzte eines versorgungsbereichsübergreifenden MVZ; auch das klägerische MVZ bestand in den streitgegenständlichen Quartalen aus haus- und fachärztlichen Internisten.

43
Durch die regelmäßigen, medizinisch nicht begründeten Doppelbehandlungen entstanden jeweils zwei Arztfälle mit der Folge, dass die Klägerin neben den angiologischen Gebührenziffern auch hausärztliche Gebührenziffern, insbesondere Versichertenpauschalen, abrechnen konnte. Die Beklagte hat zutreffend erkannt, dass es sich dabei um künstlich produzierte Honorarzuwächse handelt und die Rechtsprechung des BSG zur missbräuchlichen Nutzung der Kooperationsform (vgl. grundlegend BSG, Urteil vom 22.03.2006, Az. B 6 KA 76/04 R) entsprechend herangezogen.

44
Diese Rechtsprechung ist aufgrund von Fallgestaltungen, in denen Vertragsärzte nach außen eine Praxisgemeinschaft führen, die Patienten aber wie Mitglieder einer Gemeinschaftspraxis behandeln, entwickelt worden, basiert aber auf der ständigen Rechtsprechung des BSG, dass die Befugnis zur sachlichrechnerischen Richtigstellung nicht nur im Falle rechnerischer und gebührenordnungsmäßiger Fehler besteht, sondern auch Fallgestaltungen erfasst, in denen der Vertragsarzt Leistungen unter Verstoß gegen Vorschriften über formale oder inhaltliche Voraussetzungen der Leistungserbringung durchgeführt und abgerechnet hat (BSG, ebenda, Rn. 11 m.w.N.).

45
Die Kammer schließt sich der Beurteilung der Beklagten an, dass sich die Klägerin vorliegend missbräuchlich der Kooperationsform des versorgungsbereichsübergreifenden MVZ bedient hat. Die Ärzte des klägerischen MVZ haben Patienten, die sich zur fachärztlichen Behandlung vorgestellt haben bzw. zu einer solchen überwiesen wurden, ohne medizinisch nachvollziehbaren Grund und entgegen der Pflicht zur Einhaltung der Grenzen der Versorgungsbereiche auch hausärztlich behandelt bzw. abgerechnet.

46
Neben den sehr hohen Quoten gemeinsam behandelter Patienten ist auffällig, dass aus der Außendarstellung des MVZ nicht erkennbar war, dass in dem MVZ auch jeweils ein zur hausärztlichen Versorgung zugelassener Internist (mit Schwerpunkt Angiologie) tätig war. Das MVZ firmierte sowohl auf der eigenen Website als auch auf seinem Briefkopf unter dem Namen „Gefäßzentrum Münchner Freiheit“, ohne jeglichen Hinweis auf eine Zulassung zum hausärztlichen Versorgungsbereich. Den Arztbriefen des klägerischen MVZ konnte regelmäßig nicht entnommen werden, dass die Patienten im MVZ auch hausärztlich behandelt wurden. Die Arztbriefe begannen einleitend stets mit dem Standardsatz „ich berichte über Herrn/Frau …, der/die sich am … in unserer angiologischen Praxis vorgestellt hat“. In der abschließenden Unterschriftszeile wurden regelmäßig nur die Namen aller Ärzte des MVZ aufgelistet. Zudem ist den zahlreichen von der Klägerin eingereichten Dokumentationen kein Fall zu entnehmen, in dem die Klägerin die Patienten darüber aufgeklärt hat, dass sie im Rahmen der hausärztlichen Versorgung innerhalb eines Quartals an die Behandlung durch einen Hausarzt gebunden sind, soweit kein wichtiger Grund für einen Wechsel des Hausarztes vorliegt (vgl. hierzu BSG, ebenda, Rn. 25).

47
Die Kammer sieht die Argumentation der Klägerin, die nicht überwiesenen Patienten hätten in großer Anzahl die Angabe ihres Hausarztes im Rahmen der Anmeldung bei der Klägerin verweigert, als reine Schutzbehauptung an. Sie ist nicht zu vereinbaren mit den Arztbriefen, die die Ärzte der Klägerin in der ganz überwiegenden Zahl der Fälle an den jeweiligen (externen) Hausarzt des Patienten adressiert haben.

48
Die in den streitgegenständlichen Quartalen bei der Klägerin beschäftigten, zur hausärztlichen Versorgung zugelassenen Internisten (1/2016 – 4/2016: E.; 1/2017: S1.; 2/2017 – 3/2020: T.) besaßen jeweils auch den Schwerpunkt Angiologie. Es kann dahingestellt bleiben, ob – unterstellt, dass sie überhaupt die gemeinsamen Patienten behandelt haben (Anmerkung: die Dokumentationen enthalten fast keine Arztkürzel o.ä.) – der Vorwurf lautet, dass die hausärztlichen Internisten tatsächlich nicht hausärztlich, sondern fachärztlich behandelt haben oder aber, dass sie nur aufgrund eines unzulässigen Leistungssplittings hausärztlich tätig geworden sind, weil diese Tätigkeit vom eigentlich zuständigen Facharzt-Internisten hätte erbracht werden können und müssen. Da es um einen unzulässigen Wechsel zwischen den Versorgungsbereichen geht – und die behaupteten hausärztlichen Leistungen auch

Leistungsinhalt der fachärztlichangiologischen Grundpauschale sind (Anamnese, Beratung etc.), sind beide Betrachtungsweisen möglich. Im Ergebnis steht für die Kammer fest, dass die Leistungen gegen die Pflicht zur Einhaltung der Grenzen der Versorgungsbereiche erbracht bzw. abgerechnet wurden.

49
Die Kammer hat auch keine Zweifel, dass die Rechtsmissbräuchlichkeit der Doppelbehandlungen für die ärztlichen Leiter des MVZ offenkundig gewesen ist (vgl. BSG, ebenda, Rn. 28). Den ärztlichen Leitern muss bewusst gewesen sein, dass die Durchführung der zahlreichen Doppelbehandlungen keinen objektiven (medizinischen) Mehrwert für die Patienten – gerade auch im Vergleich zu einer rein fachärztlich internistischangiologischen Praxis – hatte und einzig bewirkte, dass die Zahl der abrechenbaren Leistungen zugunsten der Klägerin massiv anstieg. Der Umstand, dass für Außenstehende nicht erkennbar gewesen ist, dass die Patienten im klägerischen MVZ auch hausärztlich behandelt wurden, lässt zudem den Schluss zu, dass das Thema der Doppelbehandlungen verdeckt werden sollte.

50
Die Beklagte macht daneben geltend, dass die Ärzte der Klägerin auch gegen die hausärztliche Pflicht, einer unkoordinierten Mehrfachinanspruchnahme anderer Ärzte entgegenzuwirken, verstoßen hat (s. hierzu BSG, ebenda, Rn. 25 m.w.N. sowie Rademacker in: Rolfs/Fuchsloch/Körner/Krasney/Mutschler (Hrsg.), Kasseler Kommentar SGB V (Stand: 01.12.2016), § 76 Rn. 28). Dieser Frage muss vorliegend aufgrund der zahlreichen anderen Verstöße nicht nachgegangen werden.

51
Schließlich liegen auch hinsichtlich der Abrechnung der GOP 33042 EBM (Sonographische Untersuchung des Abdomens oder dessen Organe und/oder des Retroperitoneums oder dessen Organe einschl. der Nieren mittels B-Mode-Verfahren) über alle streitgegenständlichen Quartale hinweg zahlreiche grob fahrlässige Verstöße vor. Die Dokumentationen der Klägerin (Bilder/Karteikarten, Arztbriefe) enthalten regelmäßig nicht die gem. § 10 Abs. 2 Nr. 2 Ultraschall-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V obligatorisch anzugebende Untersucheridentifikation. In der mündlichen Verhandlung haben beide Beteiligten die Frage, ob sie einzelne Behandlungsfälle nennen könnten, in denen die Untersucheridentifikation bzgl. der GOP 33042 dokumentiert ist (Karteikarte, Bild etc.), verneint. Die Kammer sieht in der unvollständigen Dokumentation der sonographischen Untersuchungen gem. GOP 33042 EBM einen grob fahrlässigen Abrechnungsverstoß. Bei den Vorgaben der Ultraschall-Vereinbarung handelt es sich um elementare Vorschriften für Ärzte, die eine Genehmigung nach dieser Vereinbarung besitzen. Ein regelmäßiger Verstoß gegen die eindeutig benannten Dokumentationsinhalte ist grob fahrlässig.

52
Damit ist in allen streitgegenständlichen Quartalen die Garantiefunktion der Abrechnungs-Sammelerklärungen der Klägerin weggefallen.

53
Die Beklagte hat das ihr im Rahmen der Honorarneufestsetzungen zustehende weite Schätzungsermessen nach Überzeugung des Gerichts fehlerfrei ausgeübt. Die von der Beklagten vorgenommene Schätzung ist für das Gericht nachvollziehbar.

54
Das Gericht weist darauf hin, dass die von der Klägerin in zahlreichen Behandlungsfällen vorgelegten Dokumentationen (Karteikarten in elektronischer Form, Arztbriefe) nicht geeignet sind, im Fall der beanstandeten Doppelbehandlungen den Nachweis tatsächlich und ordnungsgemäß erbrachter hausärztlicher Leistungen zu erbringen. Den Dokumentationen sind keine Ausführungen zu konkreten hausärztlichen Behandlungen zu entnehmen. Ebenso wenig enthalten sie Angaben, welche (mindestens zwei) Ärzte den Patienten behandelten. Da in fast allen Fällen zudem das Kürzel des hausärztlichen Internisten fehlt, liegt bereit kein Nachweis vor, dass die Patienten überhaupt hausärztlich behandelt wurden. Die nachträglich im Verwaltungs- bzw. Klageverfahren von der Klägerin zu einzelnen Behandlungsfällen erstellten Darlegungen können die unvollständige Dokumentation nicht ersetzen bzw. heilen.

55

Der Ansatz der Beklagten, im Fall der gemeinsam haus- und fachärztlich behandelten Patienten alle hausärztlich abgerechneten Leistungen zurückzufordern, ist nicht zu beanstanden und geht grundsätzlich mit der Rechtsprechung des BSG zur missbräuchlichen Gestaltung einer Kooperationsform konform (BSG, ebenda, Rn. 22). Angesichts des Umstandes, dass die klägerischen Dokumentationen nicht geeignet sind, die Erbringung der abgerechneten hausärztlichen Leistungen nachzuweisen, kommt es aus Sicht der Kammer auch nicht darauf an, dass die Quote gemeinsamer Patienten ab dem Quartal 2/2019 unter 50% gesunken ist. Zugunsten der Klägerseite hat die Beklagte im Übrigen einen Sicherheitsabschlag von 15% gewährt; es kann dahingestellt bleiben, ob dieser Sicherheitsabschlag überhaupt hätte gewährt werden müssen.

56
Auch die Schätzung der Beklagten hinsichtlich der Honorarrückforderung zur GOP 33042 ist nicht zu beanstanden und im Ergebnis als eher moderat einzustufen. Die Beklagte hatte die von den beigezogenen Fachexperten ermittelten Fehlerquoten (1/2016 – 4/2016: 100%; 1/2017 – 3/2020: 62,96%) übertragen und zudem einen Sicherheitsabschlag von 30% gewährt. Da offensichtlich alle Dokumentationen mangels Untersucheridentifikation unvollständig sind, kommt es auf die tendenziell eher zu niedrige Anzahl geprüfter Ansätze der GOP 33042 nicht an. Aus Sicht der Kammer hätte quartalsübergreifend die GOP 33042 vollständig gestrichen werden können; der gewährte Sicherheitsabschlag i.H.v. 30% ist, wie die Beklagte im Widerspruchsbescheid vom 20.09.2023 zutreffend ausführt, großzügig bemessen.

57
Nach alledem war die Klage abzuweisen.

58
Die Kostenentscheidung basiert auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 154 Abs. 1 VwGO. Bezüglich der außergerichtlichen Kosten der Widerspruchsverfahren, die von der Beklagten zu tragen sind, verweist das Gericht auf § 63 Abs. 1 Satz 2 SGB X, wonach der Rechtsträger der Behörde, die den angefochtenen Verwaltungsakt erlassen hat, demjenigen, der Widerspruch erhoben hat, die zur zweckentsprechenden Rechtsverfolgung oder Rechtsverteidigung entstandenen Kosten auch dann zu erstatten hat, wenn der Widerspruch nur deshalb keinen Erfolg gehabt hat, weil die Verletzung einer Verfahrens- oder Formvorschrift nach § 41 SGB X unbeachtlich ist. Das war hier aufgrund der Heilung des der Beklagten unterlaufenen Anhörungsmängel in den Widerspruchsverfahren der Fall (vgl. ausführlich BSG, Urteil vom 24.10.2018, Az. B 6 KA 34/17 R, Rn. 37).