



Die Plausibilitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung in der radiologischen Praxis

Inhalt

- I. Einleitung**
- II. Rechtsgrundlagen der Plausibilitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung**
- III. Wirtschaftlichkeitsprüfung (§§ 106a, 106b SGB V)**
 - 1. Prüfung ärztlicher Leistungen (§ 106a SGB V)**
 - 2. Prüfung ärztlich verordneter Leistungen (§ 106b SGB V)**
- IV. Plausibilitätsprüfung und Abrechnungsprüfung (§ 106d SGB V)**
- V. Besonderer Fall der Praxisgemeinschaft**
- VI. Sonstiger Schaden (§ 48 BMV-Ä)**
- VII. Fazit und Praxishinweise**

I. Einleitung

Während es in der Ausgabe der RöFo 11/2025 um die Prüfung der Erfüllung des Versorgungsauftrages eines Radiologen in der vertragsärztlichen Versorgung ging, knüpft dieser Beitrag ebenfalls an die Prüfzeiten nach Anhang 3 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (im Folgenden: EBM) an. Die Betrachtung richtet sich hier aber nicht auf die Unter-, sondern auf die Überschreitung der Tages- und Quartalsprofile und andere Kriterien bei Plausibilitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Vertragsarztrecht.

In Zeiten des hohen Kostendrucks auf die gesetzlichen Krankenversicherungen können einerseits die Bewertungen der radiologischen Leistungen im EBM herabgesetzt werden und andererseits Leistungsausweitungen in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (im Folgenden: MGV) sowie der extrabudgetären Vergütung durch den Gesetzgeber weiter beschränkt werden. Diese Maßnahmen betreffen die Einnahmenseite des radiologischen Vertragsarztes (Die in diesem Beitrag verwendeten Personenbezeichnungen beziehen

sich gleichermaßen auf weibliche und männliche Personen. Auf eine Doppelnennung wird zugunsten einer besseren Lesbarkeit verzichtet). Plausibilitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen setzen als Regress im Nachgang einer Honorarabrechnung an und können sich empfindlich nachteilig und nachträglich auf das Ergebnis einer radiologischen Praxis auswirken.

Nachstehend erfolgt ein Überblick über die verschiedenen Verfahren, Fristen und erste Ansätze, wie sich eine radiologische Praxis gegen Regresse wehren kann.

II. Rechtsgrundlagen der Plausibilitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung

Der radiologische Vertragsarzt kennt die Wirtschaftlichkeitsprüfung bereits seit dem Jahr 1977 aus der Sozialgesetzgebung. Der Gesetzgeber hatte diese durch das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz vom 27.06.1977 eingeführt und in den folgenden Jahrzehnten mehrfach reformiert und ausgeweitet.

Heute regeln die §§ 106 bis 106d SGB V sowie §§ 45 bis 53 BMV-Ä die sachlich-rechnerische Richtigstellung, Plausibilitätsprüfungen (§ 46 BMV-Ä und § 106d SGB V) und Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§47 BMV-Ä und §106c SGB V) und die Feststellung sonstiger Schäden (§48 BMV-Ä) in der ambulanten Versorgung.

Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen überwachen gemäß § 106 SGB V die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch Beratungen und Prüfungen. Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird von der Prüfungsstelle nach § 106c SGB V durch arztbezogene Prüfungen ärztlicher Leistungen nach § 106a SGB V und arztbezogene Prüfungen ärztlich verordneter Leistungen nach § 106b SGB V geprüft. Die Prüfungen werden auf der Grundlage der Daten durchgeführt, die der Prüfungsstelle nach § 106c SGB V gemäß §§ 296 Absatz 1, 2 und 4 SGB V sowie § 297 Absatz 2 SGB V übermittelt werden. Die abstrakte Regelung des § 12 SGB V, nach der Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen, rückt aufgrund der besonderen Regelungen in den Hintergrund.

Der Gesetzgeber unterstreicht die Bedeutung der Wirtschaftlichkeitsprüfung, was sich an § 106 Absatz 4 SGB V zeigt: Werden Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht im vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend den geltenden Vorgaben durchgeführt, haften die zuständigen Vorstandsmitglieder der Krankenkassenverbände und Kassenärztlichen Vereinigungen persönlich. Die Aufsichtsbehörde hat den Verwaltungsrat der betroffenen Krankenkasse oder die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung zu veranlassen, das Vorstandsmitglied auf Ersatz des aus der Pflichtverletzung entstandenen Schadens in Anspruch zu nehmen, falls das Regressverfahren nicht bereits von sich aus eingeleitet wurde.

III. Wirtschaftlichkeitsprüfung (§§ 106a, 106b SGB V)

1. Prüfung ärztlicher Leistungen (§ 106a SGB V)

Die Prüfung kann neben dem zur Abrechnung geltend gemachten Leistungsvolumen auch Überweisungen sowie sonstige veranlasste ärztliche Leistungen, insbesondere aufwändige

medizinisch-technische Leistungen, umfassen (§ 106a Absatz 1 Satz 2 SGB V). Veranlassung für eine Prüfung besteht nach Absatz 2 aus Sicht eines radiologischen Vertragsarztes bei begründetem Verdacht auf fehlende medizinische Notwendigkeit der Leistungen (Fehlindikation), bei begründetem Verdacht auf fehlende Eignung der Leistungen zur Erreichung des therapeutischen oder diagnostischen Ziels (Ineffektivität), bei begründetem Verdacht auf mangelnde Übereinstimmung der Leistungen mit den anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung (Qualitätsmangel), insbesondere in Bezug auf die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, sowie bei begründetem Verdacht auf Unangemessenheit der durch die Leistungen verursachten Kosten im Hinblick auf das Behandlungsziel.

Für die Bestimmung der Vergleichsgruppe in statistischen Vergleichsprüfungen gilt: Die Prüfungsgremien sind verpflichtet, eine homogene und methodisch korrekte Vergleichsgruppe zu bilden. Radiologische Vertragsärzte bilden nach der Systematik des Vertragsarztrechts eine eigene Fachgruppe. Das Bundessozialgericht (BSG) hat wiederholt betont, dass Prüfungsgremien bei der Bildung synthetischer Vergleichsgruppen einen systematischen Fehler vermeiden müssen: Werden in die Vergleichsgruppe Praxen aufgenommen, deren Abrechnungsdaten auch Leistungen anderer Fachrichtungen enthalten, verfälscht dies den Vergleichswert und belastet den geprüften Arzt zu Unrecht (BSG, Urt. vom 13.05.2020, Az. B 6 KA 2/19R, Az. B 6 KA 3/19R und Az. B 6 KA 25/19R) Dieser Grundsatz gilt für die Radiologie uneingeschränkt. Enthält die Vergleichsgruppe Praxen mit abweichendem Leistungsspektrum, ist der Bescheid methodisch fehlerhaft und angreifbar. Zudem hat das BSG festgestellt, dass das Heranziehen von Abrechnungsdaten aus dem Bezirk einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung offenzulegen ist; fehlt diese Offenlegung, leidet der Bescheid an einem Begründungsmangel (BSG, Urt. vom 13.05.2020, Az. B 6 KA 25/19R).

Die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis liegt bei einer Überschreitung des Fachgruppenn Durchschnitts um 40% beim Gesamtfallwert. Bei Prüfung einzelner Gebührenordnungspositionen setzt die Rechtsprechung nach dem Sozialgericht (im Folgenden: SG) München die Grenze erst bei ca. 100% Überschreitung an (SG München, Urt. v. 20.07.2023, Az. S 38 KA 5022/23). Diese Schwellenwerte sind für die Radiologie bedeutsam: Eine Auffälligkeit bei einer

einzelnen radiologischen Leistungsziffer löst erst oberhalb dieses Schwellenwerts eine Rechtsvermutung der Unwirtschaftlichkeit aus. Es ist die elementare Eigenschaft einer Rechtsvermutung, dass diese durch einen Verfahrensbeteiligten durch Darlegungen und ggf. Beweise widerlegt werden kann. Anderenfalls würde es sich um eine gesetzliche Fiktion handeln, die generell unwiderlegbar ist, sofern sie nicht gegen Verfassungsrecht verstößt.

Liegt ein offensichtliches Missverhältnis vor, trifft den Vertragsarzt eine Darlegungslast für Praxisbesonderheiten. Diese müssen spezifisch und nachweisbar sein. Ein pauschaler und allgemeiner Hinweis auf einen Praxisschwerpunkt genügt diesen Anforderungen nicht. Der Radiologe muss die konkrete Patientenstruktur und den kausalen Zusammenhang dieser Patientenstruktur für die statistisch auffällige Häufigkeit der Gebührenordnungspositionen darlegen (BSG, Urt.v. 11.12.2002, Az. B 6 KA 1/02 R; BSG, Urt.v. 13.05.2020, Az. B 6 KA 2/19R). Für radiologische Praxen bedeutet dies: Spezialangebote wie z. B. interventionelle Radiologie, PET-CT oder onkologische Nachsorge müssen als Praxisbesonderheiten mit Patientenzahlen und ggf. medizinischer Begründung belegt werden.

Das SG München hat zudem entschieden, dass die Wahl der Prüfmaßnahme (Beratung oder Kürzung) ebenso wie die Kürzungshöhe im Ermessen des Prüfungsgremiums steht. Liegt ein besonderer Umstand vor – etwa eine jahrzehntelange beanstandungsfreie Abrechnung und eine Auffälligkeit in nur einzelnen Quartalen – ist dieser bei der Entscheidung zu berücksichtigen (SG München, Urt. v. 20.07.2023, Az. S 38 KA 5022/23).

Für Prüfungen von Amts wegen gilt seit Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsstärkungsgesetzes (im Folgenden: TSVG) – für Verfahren, die ab dem Jahr 2019 ihren Anfang nahmen – eine zweijährige Frist: Die Festsetzung einer Nachforderung oder einer Kürzung muss für ärztliche Leistungen innerhalb von zwei Jahren ab Erlass des Honorarbescheides und für ärztlich verordnete Leistungen innerhalb von zwei Jahren ab dem Schluss des Kalenderjahres, in dem die Leistungen verordnet worden sind, erfolgen. Für Richtgrößenprüfungen, die in der Radiologie keine praktische Bedeutung haben, galt diese Frist bereits seit dem Jahr 2008.

Bei diesen Fristen handelt es sich um gesetzliche

Ausschlussfristen. Nach dem Wortlaut und der Begründung des Gesetzgebers im TSVG sollte es sich um eine gesetzliche Ausschlussfrist handeln, damit die Krankenkassen und Prüfungsgremien zügiger als in der Zeit vor dem TSVG handeln müssen (Bundestag-Drucksache 19/8351, Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) vom 13.03.2019, Seite 194, Zu Nummer 56a (§ 106) Zu Buchstabe b). In der Begründung der Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit vom 13.03.2019 heißt es: „Zur Erhöhung der Planungssicherheit der vertragsärztlichen Leistungserbringer, die bislang nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts [sic] (BSG) für ärztliche Leistungen bis zu vier Jahre nach Erlass des Honorarbescheides (vgl. BSG, Urteil vom 19.08.2015, Az: B 6 KA36/14 R, RdNr. 23) von einer Nachforderung oder einer Kürzung im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung betroffen sein können, wird mit der Regelung die Ausschlussfrist auf zwei Jahre gesetzlich festgelegt.“ (Quelle wie vorstehend). Eine Verlängerung der gesetzlichen Frist durch die Prüfungsstelle dürfte, wenn die Sozialgerichtsbarkeit die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichtes (im Folgenden: BVerwG) übernehme, ausscheiden – selbst dann, wenn der vertragsärztlich tätige Radiologe zustimmt und dies einseitig schriftlich erklärt (vgl. BVerwG, Beschl. v. 20.01.2014, Az. 2 B 6.14). Eine Hemmung nach § 45 Absatz 2 SGB I in Verbindung mit § 203 BGB einer Ausschlussfrist würde ein Verhandeln in der Sache voraussetzen, die reine Verlängerung einer Frist ist kein Verhandeln in der Sache.

Für antragsgebundene Wirtschaftlichkeitsprüfungen gilt: Der Antrag ist für ärztliche Leistungen spätestens 18 Monate nach Erlass des Honorarbescheides und für ärztlich verordnete Leistungen spätestens 18 Monate nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Leistungen verordnet worden sind, bei der Prüfungsstelle nach § 106c SGB V einzureichen. Die Festsetzung einer Nachforderung oder einer Kürzung muss innerhalb weiterer zwölf Monate nach Ablauf dieser Frist erfolgen.

Gezielte Beratungen sollen nach dem Gesetzgeber weiteren Maßnahmen in der Regel vorangehen. Ergänzend hat das BSG klargestellt, dass für die Festsetzung einer Beratung – abweichend von der zweijährigen Frist für den Richtgrößenbescheid – die allgemeine vierjährige Aus-

schlussfrist gilt. Die verkürzte Zweijahresfrist erfasst nach dem Wortlaut des Gesetzes allein die Festsetzung eines Mehraufwands, nicht die Beratung (BSG, Urt. v. 06.04.2022, Az. B 6 KA 6/21R). Eine Beratung ist damit ein belastender Verwaltungsakt, der selbständig angefochten werden kann und der – wie das BSG bestätigt hat – auch in anderen Verfahren (z.B. Disziplinar- oder Zulassungsentziehungsverfahren) Bedeutung erlangen kann. Für den radiologischen Vertragsarzt bedeutet dies: Beratungsbescheide sind nicht als bloße Formalien zu behandeln; sie sollten umgehend rechtlich geprüft werden. Zudem gibt es die Beratung nur einmal, so dass es bei einer Wiederholung der Prüfung bezüglich eines anderen Zeitraums anschließend zu einem Regress kommen kann.

2. Prüfung ärztlich verordneter Leistungen (§ 106b SGB V)

Der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen nach § 106b SGB V kommt in der Radiologie regelmäßig in Bezug auf Sprechstundenbedarf und Kontrastmittel Bedeutung zu. Nachforderungen sind seit dem TSVG auf die Differenz der Kosten zwischen der wirtschaftlichen und der tatsächlich ärztlich verordneten Leistung begrenzt. Etwaige Einsparungen begründen keinen Anspruch zugunsten des verordnenden Arztes; diese verbleiben den Kostenträgern.

Zuständig für Regresse wegen unzulässiger Verordnung von Sprechstundenbedarf sind ausschließlich die gemeinsamen Prüfungseinrichtungen – Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss. Eine Zuständigkeitsverlagerung auf die Kassenärztliche Vereinigung durch gesamtvertragliche Vereinbarung ist nach dem BSG unzulässig (BSG, Urt. v. 11.12.2019, Az. B 6 KA 23/18 R). Für Kontrastmittel und sonstigen radiologischen Sprechstundenbedarf bedeutet dies: Regressbescheide der Kassenärztlichen Vereinigung – soweit diese nicht auf sachlich-rechnerische Richtigstellung gestützt sind – sind auf ihre Zuständigkeit zu prüfen. Hinsichtlich der Rechtswidrigkeit der Ausschreibung von Kontrastmitteln durch die Krankenkassen und der Bezugsverpflichtung für Radiologen erfolgt ein Verweis auf den Beitrag RöFo 8/2020, Seiten 797 bis 800, der sich ausführlich mit diesem Thema befasst.

Hinsichtlich der Differenzkostenberechnung nach § 106b Absatz 2a SGB V besteht in der Rechtsprechung noch keine abschließende Einigkeit.

Das Landessozialgericht (im Folgenden: LSG) Berlin-Brandenburg (LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 26.04.2023, Az. L 7 KA 19/22 KL) und das Bayerische LSG (Bayerisches LSG, Urt. v. 08.02.2023, Az. L 12 KA 31/22) haben entschieden, dass die Differenzkostenberechnung bei unzulässigen Verordnungen – also solchen, die von vornherein von der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossen sind – nicht anwendbar ist. Nur bei unwirtschaftlichen Verordnungen im engeren Sinne ist die Kostendifferenz zu bilden. Für den Radiologen bedeutet dies: Bei unzulässig verordnetem Kontrastmittel oder unzulässigem Sprechstundenbedarf wird der volle Verordnungsbetrag als Regress festgesetzt, ohne dass eine wirtschaftliche Alternative gegengerechnet wird.

IV. Plausibilitätsprüfung und Abrechnungsprüfung (§ 106d SGB V)

Die Kassenärztliche Vereinigung stellt die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der radiologischen Vertragsärzte fest. Dazu gehört unter anderem die arztbezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität, auf Einhaltung der Vorgaben nach § 295 Absatz 4 Satz 3 SGB V sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten.

Gegenstand der arztbezogenen Plausibilitätsprüfung ist insbesondere der Umfang der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand des Arztes. Vertragsärzte und angestellte Ärzte sind entsprechend des jeweiligen Versorgungsauftrages gleich zu behandeln (§ 295 Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 SGB V). Aus den Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen gemäß § 106 d Abs. 6 SGB V (Abrechnungsprüfungsrichtlinien) § 8 Absatz 4 folgt eine statistische Auffälligkeit bei der Überprüfung des Umfangs der abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den Zeitaufwand, wenn die ermittelte arbeitstäglich Zeit bei Tageszeitprofilen an mindestens drei Tagen im Quartal mehr als zwölf Stunden oder im Quartalszeitprofil mehr als 780 Stunden überschreitet. Ein reduzierter Umfang des Versorgungsauftrages bzw. des Tätigkeitsumfangs des angestellten Arztes ist anteilig zu berücksichtigen. Maßgeblich für die Berechnungen der Zeitprofile sind die Prüfzeiten nach dem Anhang 3 des EBM. Die Prüfungsgremien müssen ihren Bescheid hinreichend begründen. Dies folgt generell und unabhängig von den Verfahren im

Sozialrecht aus § 35 SGB X. In der Begründung sind nach Absatz 1 dieser Regelung die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe mitzuteilen, die die Behörde zu ihrer Entscheidung bewogen haben. Die Begründung von Ermessensentscheidungen muss auch die Gesichtspunkte erkennen lassen, von denen die Behörde bei der Ausübung ihres Ermessens ausgegangen ist. Ein Bescheid, der sich nicht mit dem Vortrag des Vertragsarztes zu Praxisbesonderheiten auseinandersetzt, leidet an einem Begründungsdefizit und ist nach dem SG München anfechtbar (SG München, Urt. v. 20.07.2023, Az. S 38 KA 5022/23). Dies gilt unmittelbar für Bescheide in Plausibilitätsprüfungen einer Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber radiologischen Praxen. Ebenso wie in der Wirtschaftlichkeitsprüfung hinsichtlich der Prüfung ärztlicher Leistungen gilt für Maßnahmen einer Kassenärztlichen Vereinigung eine Ausschlussfrist von zwei Jahren nach dem Erlass des Honorarbescheides gemäß § 106 d Absatz 5 Satz 3 SGB V. „Maßnahmen“, dies sind regelhaft Rückforderungen, sind daher innerhalb dieser Frist von einer Kassenärztlichen Vereinigung festzusetzen.

Exkurs: Datenschutz und Befundüberlassung (§ 295 Absatz 1a SGB V)

Gesetzliche Grundlage für die Überlassung von Befunden in den Verfahren vor der Kassenärztlichen Vereinigung ist § 295 Absatz 1a SGB V. Die radiologischen Vertragsärzte sind danach verpflichtet und befugt, auf Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigungen die für die Prüfung erforderlichen Befunde vorzulegen. Daten, die die Kassenärztliche Vereinigung nicht anfordert, dürfen nicht proaktiv übermittelt werden. Übersieht eine Kassenärztliche Vereinigung die Bedeutung bestimmter Daten, die aus der Perspektive des Radiologen relevant sind, ist sie auf deren Bedeutung hinzuweisen und anzuregen, diese Daten in eigener Zuständigkeit anzufordern.

V. Besonderer Fall der Praxisgemeinschaft

Ein besonderer Fall der Abrechnungsprüfung ist die Prüfung von Praxisgemeinschaften. In einer Praxisgemeinschaft nach § 33 Absatz 1 Ärzte-Zulassungsverordnung (Ärzte-ZV) findet die gemeinsame Nutzung von Praxisräumen und Praxiseinrichtungen sowie die gemeinsame Beschäftigung von Hilfspersonal durch mehrere Vertragsärzte statt. Die Prüfung von

Praxisgemeinschaften auf den Vorwurf des Gestaltungsmissbrauchs ist in der Rechtsprechung umfassend ausdifferenziert. Die folgenden Grundsätze sind auf radiologische Praxisgemeinschaften – insbesondere in Ärztehäusern oder MVZ-Strukturen – unmittelbar übertragbar.

Die Aufgreifkriterien und die Berechnung der Patientenidentität folgen aus der Abrechnungsprüfungs-Richtlinie, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband abgeschlossen haben. Eine Abrechnungsauffälligkeit ist nach § 10 Absatz 2 der Abrechnungsprüfungs-Richtlinie zu vermuten, wenn bei fachgruppenidentischen Praxen eine Patientenidentität von mehr als 20% vorliegt. Bei fachgruppenübergreifenden Praxen liegt der Grenzwert bei 30%. Die Berechnung erfolgt praxisbezogen: Die Zahl der gemeinsamen Patienten ist auf die Patientenzahl der jeweils geprüften Praxis zu beziehen – nicht auf die Summe der Patientenzahlen beider Praxen. Bei unterschiedlich großen Praxen löst dies das Aufgreifkriterium bei der kleineren Praxis früher aus. Diese Methode hat das SG Berlin (SG Berlin Urt. v. 25.09.2019, Az. S 83 KA 23/18) ebenso bestätigt wie das LSG Berlin-Brandenburg (LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 06.02.2019, Az. L 7 KA 13/19). Das BSG hat zwar festgestellt, dass ab einer Patientenidentität von 50% im Regelfall ohne Weiteres auf einen Formmissbrauch geschlossen werden kann. Dies stellt jedoch eine Regelvermutung dar und kann im begründeten Ausnahmefall anders liegen. Erforderlich ist somit stets eine Einzelfallbetrachtung durch eine Kassenärztliche Vereinigung. Ein Rechtsformmissbrauch ist nicht erst bei einer Patientenidentität von mehr als 50% anzunehmen, das BSG verdeutlicht in seiner Rechtsprechung vielmehr, dass auch Quoten, die deutlich unter dem Wert von 50% liegen, für die Annahme eines Rechtsformmissbrauchs ausreichen können (BSG, Beschl. v. 17.09.2008, Az. B 6 KA 65/07 B). Bei Werten zwischen 20% und 50% müssen überdies weitere konkrete Indizien hinzutreten (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. vom 01.10.2015, Az. L 11 KA 76/15 B ER).

Da die Rechtsprechung andererseits klargestellt hat, dass das Vorliegen von Missbrauchsindizien erforderlich sei, begründet allein das Überschreiten des Aufgreifkriteriums noch keinen abschließenden Nachweis des Gestaltungsmissbrauchs. Die Kassenärztliche Vereinigung muss weitere Umstände darlegen, die den Schluss auf das Vorliegen einer Bereicherung zulassen. In der Recht-

sprechung anerkannte Indizien sind: das Einlesen von Krankenversichertenkarten beider Praxen am selben Tag (LSG Hessen, Urt. v. 29.01.2014, Az. L 4 KA 22/14 und Urt. v. 11.04.2018, Az. L 4 KA 24/18); gegenseitige Überweisungen ohne medizinische Notwendigkeit oder auf der Grundlage gleicher Diagnosen (LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 30.11.2022, Az. L 7 KA 5/23); die Abrechnung identischer Leistungsziffern durch beide Praxispartner für denselben Patienten (LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 06.02.2019, Az. L 7 KA 13/19 – betreffend arbeitsteilige präanästhesiologische Untersuchung und Narkose); eine gemeinsame Außendarstellung als Einheit (LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 01.10.2015, Az. L 11 KA 76/15 B ER); sowie ein systematisch hohes Vertretungsvolumen, das nicht auf konkret belegte Urlaubs- oder Krankheitszeiten zurückzuführen ist. Auch ein Missbrauch unterhalb des formalen Aufgreifkriteriums ist möglich, wenn konkrete Abrechnungsverstöße nachgewiesen sind, wie das SG Berlin entschieden hat (SG Berlin, Urt. v. 25.09.2019, Az. S 83 KA 23/18) Im Vordergrund steht hierbei, dass die konkreten Indizien zu künstlich produzierten Honorarzuwächsen führen und diese ihrerseits der gemeinsamen Einnahmenerzielung und damit Bereicherung dienen (BSG, Urt. v. 22.03.2006, Az. B 6 KA 76/04R). In diesem Sinne meint „künstlich“, dass die Honorarzuwächse ohne gewählte Praxiskooperation nicht erzielbar gewesen wären.

Zu beachten ist bei der Abwehr des Vorwurfs eines Gestaltungsmissbrauchs ein generelles Datenschutzproblem. Praxisgemeinschaftspartner dürfen keine Patientendaten untereinander austauschen, dafür fehlt es regelhaft an der Einwilligung der Patienten. Eine Vermutung einer gemeinsamen Berufsausübung durch eine Kassenärztliche Vereinigung ist kein Rechtsgrund für die Offenlegung von Patientendaten zwischen zwei oder mehr tatsächlichen oder vermeintlichen kooperierenden Praxen. Die Praxen können daher den von der Kassenärztlichen Vereinigung ermittelten prozentualen Patientenidentitätswert weder eigenständig verifizieren noch ex ante erkennen, wann das Aufgreifkriterium nach den Abrechnungsprüfungs-Richtlinien überschritten wird. Die Praxen sind strukturell außerstande, eine drohende Prüfung durch eigene Maßnahmen zu verhindern.

Hinsichtlich des Kürzungsermessens und der Berechnungsmethode verfügen die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Festsetzung

des Rückforderungsbetrages über ein weites Schätzungsermessens. Eine sozialgerichtlich anerkannte Methode ist der Abzug eines Sicherheitsabschlags (in der Regel 20 bis 30% der gemeinsamen Patienten als plausibel) mit anschließender Halbierung der verbleibenden Fälle sowie Multiplikation mit dem quartalsbezogenen arztindividuellen Fallwert (LSG Hessen, Urt. v. 09.01.2014, Az. L 4 KA 22/14; Urt. v. 11.04.2018, Az. L 4 KA 24/18; SG Marburg, Urt. v. 11.04.2018, Az. S 12 KA 34/17). Das Ermessen ist gerichtlich überprüfbar: Besondere Umstände – etwa das Fehlen eines organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienstes, das zu erhöhten Vertretungsfällen geführt hat – sind bei der Schätzung zugunsten des Arztes zu berücksichtigen (SG Marburg, Urt. v. 11.04.2018, Az. S 12 KA 34/17). Das LSG Hessen hat die erstinstanzliche Korrektur des Ermessens für die Quartale bestätigt, in denen der Bereitschaftsdienst fehlte, und den Bescheid insoweit aufgehoben (LSG Hessen, Urt. v. 11.04.2018, Az. L 4 KA 24/18). Nach dem Gleichbehandlungsgebot gilt: Weicht die Kassenärztliche Vereinigung in einem Folgebescheid bei gleicher Sachlage von ihrer bisherigen Berechnungsmethode zugunsten des Arztes ab, hat sie die günstigere Methode auch auf den vorangegangenen Bescheid anzuwenden (SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 01.08.2022, Az. S 18 KA 52/16)

Erght für dieselben Quartale aufgrund einer zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung ohne Vorbehalt weiterer Prüfungen ein abschließender Korrekturbedscheid, verbraucht die Kassenärztliche Vereinigung ihr Prüfungsrecht für eine anschließende patientenbezogene Plausibilitätsprüfung derselben Quartale. Auf diesen Verbrauch kann sich der Vertragsarzt nach dem SG Marburg berufen (SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 01.08.2022, Az. S 18 KA 52/16).

Honorarkorrekturen wegen Missbrauchs der Kooperationsform unterliegen der vierjährigen Ausschlussfrist für die sachlichrechnerische Richtigstellung. Für Quartale, die außerhalb dieser Frist liegen, ist eine Rückforderung nur nach Maßgabe des § 45 SGB X zulässig. Ein Vertragsarzt kann sich auf Vertrauensschutz berufen, sofern ihm kein Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit vorzuwerfen ist. Ob grobe Fahrlässigkeit vorliegt, ist im Einzelfall von der Kassenärztlichen Vereinigung zu prüfen und notfalls gerichtlich zu überprüfen; eine frühere Beratung der Kassenärztlichen Vereinigung, die den Ärzten eine Patientenidentität

von bis zu 20% als unbedenklich beschrieben hat, kann dem Vorwurf der groben Fahrlässigkeit nach den LSG Nordrhein-Westfalen und Hessen entgegenstehen (LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 01.10.2015, Az. L 11 KA 76/15 B ER; LSG Hessen, Urt. v. 29.01.2014, Az. L 4 KA 22/14).

VI. Sonstiger Schaden (§ 48 BMV-Ä)

Neben Wirtschaftlichkeitsprüfung und Plausibilitätsprüfung kennt das Vertragsarztrecht den sonstigen Schaden nach § 48 BMV-Ä. Das SG Marburg hat mit Urteil vom 03.07.2024 Grundsätze aufgestellt, die unmittelbar auf die Radiologie übertragbar sind (SG Marburg, Urt. v. 03.07.2024, Az. S 17 KA 88/23). Einerseits genügt dieser Entscheidung § 48 BMV-Ä als Rechtsgrundlage dem Vorbehalt des Gesetzes. Für Verhältnismäßigkeitserwägungen ist beim verschuldensunabhängigen sonstigen Schaden kein Raum. Die Differenzkostenberechnung entsprechend § 106b Absatz 2a Satz 1 SGB V bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung sei auf den sonstigen Schaden nicht anwendbar. Gegenstand des Rechtsstreites waren Verordnungen von Sprechstundenbedarf, die ein Vertragsarzt nicht eigenhändig unterschrieben hatte, sondern dafür einen Unterschriftenstempel genutzt hatte. Die fehlende Unterschrift führte zu einem vollständigen Regress des verordneten Sprechstundenbedarfs in Höhe von 490.000 Euro, obwohl außer Frage stand, dass die Verordnungen selbst unbeanstandet waren.

Das Bundessozialgericht bestätigte letztinstanzlich die vorstehende Entscheidung des SG Marburg (BSG, Urt. v. 27.08.2025, Az. B 6 KA 9/24R.). Die vorstehende Rechtsprechung hat eine erhebliche praktische Tragweite und der Vorstand der Kassenärztliche Vereinigung Hessen, in deren Bezirk der Rechtsstreit seinen Anfang genommen hatte, monierte diese Entscheidung massiv. Dennoch ist diese Entscheidung und damit die Rechtsprechung bindend, unabhängig von ihrer rechtspolitischen Bewertung. Eine Änderung ist zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKVSpitzenverband zu suchen und im Sinne der Vertragsärzte zu erreichen.

Für radiologische Praxen bedeutet dies konkret: Werden Rezepte für Kontrastmittel oder sonstigen Sprechstundenbedarf nicht eigenhändig unterschrieben – etwa durch Stempelsatz oder durch nichtberechtigte Personen – droht ein

vollständiger Regress ohne Berücksichtigung einer wirtschaftlichen Alternative. Die Höhe eines solchen Regresses kann erheblich sein, wie der Sachverhalt des SG Marburg zeigt. Daher sollten radiologische Praxen ihre Unterschriftenprozesse – insbesondere bei Sprechstundenbedarfsverordnungen – regelmäßig prüfen.

VII. Fazit und Praxishinweise

Plausibilitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen stellen für den radiologischen Vertragsarzt ein erhebliches wirtschaftliches Risiko dar. Der Grundsatz „Beratung vor Regress“ ist in der Wirtschaftlichkeitsprüfung gegenüber den Prüfungsstellen einzufordern und gleichzeitig abzuwehren. Ergeht ein Regressbescheid ohne vorherige Beratung, ist dies verfahrensrechtlich leicht angreifbar. Der Beratungsbescheid ist selbständig mit der Anfechtungsklage angreifbar. Eine radiologische Praxis sollte diesen nicht als bloße Formalie behandeln. Ist diese einmalige Beratung verbraucht, droht in dem nächsten Prüfungsverfahren unmittelbar ein Regress.

Wenn eine Prüfung ansteht, dann lohnt sich die Prüfung der Vergleichsgruppenbildung durch – je nach Zuständigkeit für das konkrete Prüfungsverfahren – die Prüfungsstelle oder Kassenärztliche Vereinigung. Dazu muss eine radiologische Praxis ggf. die Kassenärztliche Vereinigung zur entsprechenden Auskunft über die Bildung der Vergleichsgruppe auffordern und, wenn nötig, diese Auskunft gerichtlich verfolgen. Die Prüfungsgremien müssen eine homogene Vergleichsgruppe bilden. Enthalten die herangezogenen Daten Praxen mit abweichendem Leistungsspektrum oder Daten aus einem Bezirk einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung ohne entsprechende Offenlegung, ist der Bescheid leicht anfechtbar. (BSG, Urt. v. 05.12.2018, Az. B 6 KA 2/19R, Urt. v. 05.12.2018, Az. B 6 KA 3/19R, Urt. v. 05.06.2019, Az. B 6 KA 25/19R). Wichtig ist für die Vermeidung oder Reduzierung eines Regresses die frühzeitige umfangreiche Darlegung von Praxisbesonderheiten. Ein Praxisschwerpunkt, der z.B. in der interventionellen Radiologie oder onkologischen Nachsorge bestehen kann, sollte der Radiologe spezifisch mit Patientenzahlen und Aufwand belegen. Pauschale und allgemeine Hinweise auf besonders viele Patienten genügen in der Regel nicht als eine belastbare Begründung. Nachteilig wirkt es sich in der Radiologie faktisch aus, dass dort eine ICD-Codierung, die standardisiert Aufschluss über die Grunderkrankungen

von Patienten geben könnte, nicht aus den Abrechnungsdaten hervorgeht. Sobald eine radiologische Praxis Kenntnis von einer Prüfung durch eine Kassenärztliche Vereinigung oder eine Prüfungsstelle erhalten hat, sollte sie sich intensiv mit der Ausräumung des Vorwurfs befassen und z.B. das besondere Patientengut oder Krankheitsbilder beschreiben, die ursächlich für die Häufung von bestimmten Untersuchungen sind.

Bei dem Bezug von Kontrastmittel und Sprechstundenbedarf droht bei einer unzulässigen Verordnung ein Regress in der vollen Höhe des Verordnungsbetrages – ohne Differenzberechnung. Besteht der Vorwurf nur darin, dass die Verordnung eines Kontrastmittels unwirtschaftlich gewesen sei, weil der Bezug eines anderen Kontrastmittels wirtschaftlicher gewesen wäre, findet die Differenzberechnung allerdings Anwendung. Bei der Verordnung selbst ist unbedingt zu beachten, dass alle Verordnungen, auch die über Sprechstundenbedarf, eigenhändig durch einen Vertragsarzt zu unterschreiben sind. Der Einsatz eines Unterschriftenstempels begründet einen sonstigen Schaden ohne Berücksichtigung eines hypothetischen alternativen Geschehensablaufs, also der hypothetischen Annahme, dass der Vertragsarzt die gleiche Verordnung bei Kenntnis der Notwendigkeit der eigenhändigen Unterschrift eigenhändig unterschrieben hätte (vgl. SG Marburg, Urt. v. 03.07.2024, Az. S 17 KA 88/23 und bestätigend BSG, Urt. v. 27.08.2025, Az. B 6 KA 9/24R).

Sieht sich eine radiologische Praxis einer Plausibilitätsprüfung durch eine Kassenärztliche Vereinigung ausgesetzt, weil Tages- und, dies ist in der Radiologie sehr selten, Quartalsprofile überschritten sind, ist diesen zeitlichen Auffälligkeiten von Anfang an intensiv zu begegnen. Hierbei sind Abläufe, Delegation sowie parallel erbringbare Leistungen durch z. B. mehrere gleichzeitig

betriebene MRT oder CT anzugeben. Tatsachen, die nicht während des Verwaltungsverfahrens vor dem Beschwerdeausschuss vorgetragen wurden, unterliegen der Präklusion und finden im Nachgang, von wenigen Ausnahmefällen abgesehen, keine Berücksichtigung. Zu beachten gilt zudem, dass Widerspruch und Klage gegen die Honorarfestsetzungen sowie gegen deren Änderung oder Aufhebung gemäß § 87b Absatz 2 Satz 6 SGB V keine aufschiebende Wirkung haben. Rufen Ärzte bezüglich Entscheidungen der Prüfungsstelle den Beschwerdeausschuss an, entfaltet dies hingegen gemäß § 106c Absatz 3 Satz 2 SGB V aufschiebende Wirkung. Die etwaige Klage gegen eine vom Beschwerdeausschuss festgesetzte Maßnahme hat allerdings nach Maßgabe des § 106c Absatz 3 Satz 5 SGB V keine aufschiebende Wirkung.

Bedingt durch den Kostendruck auf die gesetzliche Krankenversicherung ist damit zu rechnen, dass die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen noch konsequenter jeder tatsächlichen oder vermeintlichen Auffälligkeit nachgehen werden und über diesen Weg den Versuch unternehmen werden, bei radiologischen Vertragsärzten einen Regress zu erreichen. ■

Impressum René T. Steinhäuser
Rechtsanwalt

Rechtsanwälte Wigge
Großer Burstah 42
20 457 Hamburg
Tel.: (040) 3398 705-90
Fax: (040) 3398 705-99
Internet: www.ra-wigge.de
E-Mail: kanzlei@ra-wigge.de