

S 12 KA 634/12

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 634/12

Datum
02.04.2014
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
-

Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Behandeln die Partner einer Praxisgemeinschaft die Patienten zu einem hohen Anteil gemeinschaftlich, bedienen sie sich der Kooperationsform der Gemeinschaftspraxis missbräuchlich (vgl. BSG, Urt. v. 22.03.2006 - [B 6 KA 76/04 R](#) - [BSGE 96, 99](#) = [SozR 4-5520 § 33 Nr. 6](#) = [GesR 2006, 450](#), juris Rdnr. 19 f.; BSG, Beschl. v. 05.11.2008 - [B 6 KA 17/07 B](#) - juris Rdnr. 12). Hiervon ist auszugehen, wenn der Anteil der gemeinsam behandelten Patienten über elf Quartale hinweg zwischen 31,6 % und 48,5 % beträgt. Insofern besteht ohne substantiierten Sachvortrag des Vertragsarztes keine Amtsermittlungspflicht hinsichtlich der Notwendigkeit aller Vertretungsfälle.
2. Häufige, kurze Urlaubszeiten deuten darauf hin, dass die Urlaubszeiten wie in einer Berufsausübungsgemeinschaft gelegt werden, in der eine gegenseitige Weiterbehandlung der Patienten ohne weiteres möglich ist.

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Der Kläger hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine Honorarrückforderung in Höhe von 60.538,34 EUR aufgrund einer Plausibilitätsprüfung der Honorarabrechnungen der elf Quartale II/05 bis IV/07 und hierbei insbesondere eines Praxisabgleichs innerhalb der Praxisgemeinschaft des Klägers mit Herrn A1 mit einem Anteil gemeinsamer Patienten zwischen 31,6 % und 48,5 %.

Der Kläger ist seit 1986 als Praktischer Arzt und seit 1989 als Facharzt für Allgemeinmedizin zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen. Herr Dr. med. A1 war ebf. seit dem 01.04.1990 zunächst als Praktischer Arzt, seit 1995 als Facharzt für Allgemeinmedizin zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A Stadt zugelassen. Zum Jahresende 2008 verzichtete er auf seine Zulassung. Die Praxisgemeinschaft zwischen dem Kläger und Herrn Dr. med. A1 bestand vom 01.04.1990 bis 31.12.2008 und wurde nach dem Ausscheiden des Herrn Dr. med. A1 beendet.

In den streitbefangenen Quartalen setzte die Beklagte das Honorar der Kläger jeweils durch Honorarbescheid fest. Die Festsetzungen im Einzelnen ergeben sich aus nachfolgender Übersicht:

Quartal II/05 III/05 IV/05 I/06
Honorarbescheid vom 29.06.2006 12.08.2006 06.08.2007 21.01.2007
Nettohonorar gesamt in EUR 36.959,84 38.927,95 44.191,21 39.049,41
Bruttobehonorar PK + EK in EUR (bis 2001 in DM) 36.847,99 38.796,95 44.297,17 39.202,06
Fallzahl PK + EK 865 954 1.028 867
Fallzahl gesamt 882 968 1.047 883

Fallzahlbegrenzungsmaßnahme nach Ziff. 5.2.1 HVV
Quote in % 96,79 - - -

Regelleistungsvolumen in Punkten 566.329,2 621.817,2 573.080,4 575.922,9
Überschreitung in Punkten 122.924,8 - 58.869,6 98.451,1

Ziff. 7.5

Auffüll-/Kürzungsbetrag pro Fall in EUR + 204,97 - + 5.771,10 + 3.280,86

Quartal II/06 III/06 IV/06 I/07

Honorarbescheid vom 04.02.2007 17.03.2007 18.04.2007 08.03.2008

Nettohonorar gesamt in EUR 33.816,99 35.525,51 47.196,43 35.208,81

Bruttohonorar PK + EK in EUR (bis 2001 in DM) 33.787,33 35.450,81 47.529,38 35.232,93

Fallzahl PK + EK 752 870 1.092 805

Fallzahl gesamt 765 888 1.109 818

Fallzahlbegrenzungsmaßnahme nach Ziff. 5.2.1 HVV

Quote in % - - -

Regelleistungsvolumen 507.300,5 572.427,9 529.417,4

Überschreitung in Punkten 92.098,5 10.481,1 76.964,1

Ziff. 7.5

Auffüll-/Kürzungsbetrag pro Fall in EUR - - + 1.279,35

Quartal II/07 III/07 IV/07

Honorarbescheid vom 17.10.2007 17.01.2008 09.05.2008

Nettohonorar gesamt in EUR 36.758,80 38.299,56 41.676,68

Bruttohonorar PK + EK in EUR (bis 2001 in DM) 36.644,77 37.639,72 41.876,25

Fallzahl PK + EK 861 973 995

Fallzahl gesamt 875 991 1.005

Die Beklagte forderte den Kläger unter Datum vom 04.05.2010 aufgrund einer Plausibilitätsprüfung der Quartalsabrechnung für die streitbefangenen Quartale zu einer Stellungnahme auf. Sie habe die Honorarabrechnung des Klägers zusammen mit der Honorarabrechnung des Herrn Dr. A1 einer Plausibilitätsprüfung unterzogen. Es sei analysiert worden, wie viele Patienten von beiden Ärzten gemeinsam behandelt und abgerechnet worden seien. Hierbei habe sie eine Anzahl von gemeinsam abgerechneten Fällen festgestellt, was sie zahlenmäßig in einer Tabelle darstellte. Ferner fügte sie eine Patientenliste mit 21 Behandlungsfällen für die Quartale II und III/05 bei.

Der Kläger äußerte sich zur Einleitung des Verfahrens nicht.

Die Beklagte setzte mit Bescheid vom 20.07.2010 die strittigen Honorarrückforderungen fest. Im Einzelnen entfielen auf die streitbefangenen Quartale folgende Honorarrückforderungen:

Quartal Honorar in EUR

II/05 5.954,64

III/05 4.687,04

IV/05 5.126,10

I/06 6.407,99

II/06 5.012,87

III/06 5.922,92

IV/06 5.213,31

I/07 5.257,65

II/07 4.719,83

III/07 5.559,43

IV/07 6.676,56

Zur Begründung führte sie aus, die Abrechnungen von Ärzten, welche untereinander in einer Praxisgemeinschaft (Berufsausübungsgemeinschaft) verbunden seien, könnten unplausibel sein, wenn bestimmte Grenzwerte des Anteils identischer Patienten überschritten worden seien. Die Anzahl der doppelt abgerechneten Patienten sei ins Verhältnis zur praxiseigenen Patientenzahl zu setzen. Eine Abrechnungsauffälligkeit sei bei 20% Patientenidentität - auf die abrechnenden Praxen bezogen - bei versorgungsbereichsidentischen Praxen zu vermuten. Die Berechnungsergebnisse hätten für die Praxis des Klägers folgende Werte ergeben:

Quartal Fallzahl Gemeinsame Patienten Anteil in Prozent

II/05 882 412 46,71

III/05 968 346 35,74

IV/05 1.047 350 33,43

I/06 883 422 47,79

II/06 765 324 42,35

III/06 888 431 48,54

IV/06 1.109 351 31,65

I/07 818 362 44,25

II/07 875 328 37,49

III/07 991 419 42,28

IV/07 1.005 467 46,47

Die nach außen gewählte Rechtsform einer Praxisgemeinschaft müsse auch im Praxisalltag transparent realisiert werden; andernfalls liege ein Gestaltungsmissbrauch vor. Bei einer derart hohen Praxisidentität müsse das Patientenaufkommen koordiniert werden, was wiederum die für eine Gemeinschaftspraxis typische einheitliche Praxisorganisation voraussetze. Eine Vertretung sei nur zulässig, wenn der vertretene

Vertragsarzt sich im Urlaub befinde, erkrankt sei oder an einer Fortbildung oder Wehrübung teilnehme. Eine Vertretung liege nur dann vor, wenn der Arzt zumindest einen Tag abwesend sei, so dass die Praxis insgesamt geschlossen bleibe. Von indizieller Bedeutung sei insoweit bereits die ungewöhnliche hohe Zahl von Vertreterfällen in der Praxis des Klägers, die nicht in allen Fällen plausibel erklärt werden könne. Ein Großteil der Vertreterscheine entfalle auf eine nur stundenweise Abwesenheit des Praxisgemeinschaftspartners. Es würden in der einen Praxis ambulante Scheine angelegt werden, in der anderen Praxis komme es dann zu den Vertretungen an Tagen, an denen der zu Vertretende selbst Leistungen bei anderen Patienten erbringe. Beispielhaft werden drei Patientenfälle genannt. Ähnlich verhalte es sich bei anderen Urlaubs- und Krankheitsvertretungsfällen. Es liege eine missbräuchliche Nutzung der Rechtsform der Praxisgemeinschaft vor. Dies führe zu einer deutlichen Erhöhung der Fallzahlen und damit verbunden zu einer erheblichen Steigerung des Honorars, ohne dass dies durch die Morbidität der Klientel begründet werden könnte. Der prozentuale Anteil an Vertretungsfällen liege hessenweit unter 10 %. Doppelt eingeleasene Krankenversichertenkarten, Vertreterfälle gem. Muster 19 der Vordruckvereinbarung, Notfälle und Überweisungen zur Auftragsleistung habe sie dahingehend berücksichtigt, dass bei der Berechnung der Honorarkorrektur 30 % der gemeinsamen Patienten als plausibel eingestuft und daher bei der Korrekturberechnung zu Gunsten des Klägers berücksichtigt worden seien. Soweit in einigen Fällen unter demselben Datum in beiden Praxen Krankenversichertenkarten eingeleasene worden seien und Doppelbehandlungen stattgefunden hätten, stelle dieses ein weiteres Indiz für ein pflichtwidriges Verhalten dar. Auch durch die regelmäßigen gegenseitigen Vertretungen werde der Missbrauch deutlich. Die vom Kläger quartalsbezogen abgegebene Sammelerklärung über die ordnungsgemäße vollständige Erbringung der abgerechneten EBM-Leistungen sei unrichtig und habe die Rechtswidrigkeit der auf ihr beruhenden Honorarbescheide zur Folge. Zur Schätzung des Berichtigungsbetrages habe sie die Anzahl die bei der Prüfung festgestellten gemeinsamen Behandlungsfälle um die auf Grund ihrer Urlaubs- und Krankheitsmeldungen zulässigen gemeinsamen Behandlungsfälle reduziert. Im Fachgruppenschnitt sei eine gegenseitige Vertretung in einer Größenordnung von unter 10 % der Gesamtfallzahl evident. Die Korrekturhöhe pro Behandlungsfall errechne sich dabei aus dem Nettofalldurchschnittswert aus allen Behandlungsfällen der Praxis, multipliziert mit der Gesamtzahl der implausiblen Behandlungsfälle. Im Einzelnen verweise sie auf die beigelegte Anlage.

Hiergegen legte der Kläger am 03.08.2010 Widerspruch ein, den er nicht begründete.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 17.10.2012, dem Prozessbevollmächtigten des Klägers am 22.10.2012 zugestellt, den Widerspruch als unbegründet zurück. Ergänzend zu ihren Ausführungen im angefochtenen Ausgangsbescheid führte sie aus, auffällig sei die gegenseitige Vertretungspraxis. So ergebe sich etwa im Quartal III/06, dass der Kläger als Vertretung für Herrn Dr. A1 insgesamt 249 Vertretungsscheine abgerechnet habe. Damit beruhen ca. 28 % seiner gesamten Fallzahlen auf Vertretungsfällen. Herr Dr. A1 sei an insgesamt 11 Tagen in diesem Quartal ganztätig abwesend gewesen. Der Kläger hätte also an diesen 11 Tagen durchschnittlich 23 Vertretungen pro Tag erbracht. Vergleiche man dies mit der Zahl der Behandlungsfälle des Herrn Dr. A1 (905 Fälle) und lege für dieses Quartal 60 Behandlungstage zu Grunde, so habe Herr Dr. A1 pro Tag durchschnittlich 15 Patienten behandelt. Daraus folge, dass der Kläger fast die gesamte Praxis seines Kollegen neben seiner eigenen Praxis an den Abwesenheitstagen weitergeführt habe. Zudem habe eine stichprobenhafte Überprüfung die wechselseitige Behandlung von Patienten im selben Quartal und am selben Tag, verbunden mit identischer Leistungserbringung, ergeben. Beispielsfälle:

Quartal Patient Behandlungsdatum in beiden Praxen Leistungen Praxis A. Leistungen Praxis Dr. A1

II/05 P1 13.04.2005 Nr. 32113 Nr. 03111

II/05 P2 30.05.2005 Nr. 03112 Nr. 03112

I/06 P3 01.03.2006 Nrn. 03111, 32042, 03312 div. Laborleistungen

IV/06 P4 05.12.2006 div. Laborleistungen Nrn. 03112, 03120, 03311

IV/06 P5 19.10.2006 Nrn. 03111, 03120 Nrn. 03115, 03120

III/07 P6 06.09.2007 Nrn. 03111, 03120 Nr. 03120

III/07 P7 27.07.2007 Nr. 03111 Nrn. 03111, 92301

In allen Fällen sei eine Notwendigkeit für eine Weiterbehandlung durch einen fachgleichen Arzt nicht ersichtlich, da die Leistungen auch vom Kläger hätten erbracht werden können oder es sich sogar um Doppeluntersuchungen gehandelt habe. Herr Dr. A1 sei beispielsweise am 26.07.2006 für einen Tag nicht in der Praxis anwesend gewesen. An diesem Tag habe der Kläger insgesamt 48 Behandlungsfälle betreut, von denen alle 18 Vertretungsscheine auf Vertretungen für Herrn Dr. A1 entfielen. Bei 8 dieser Behandlungen sei keine akute Diagnose angegeben worden, bei den übrigen Patienten fänden sich auch Diagnosen, bei denen ein Verweis des Patienten auf die baldige Rückkehr des Herrn Dr. A1 möglich gewesen sei. So zum Beispiel allgemeine Fragen zur Kontrazeption oder Markisen, Analfissur, Hämorrhoiden. Einen Großteil der Vertretungsfälle hätten Fälle ausgemacht, an denen Herr Dr. A1 am selben Tag ebenfalls Leistungen abgerechnet habe. Es handele sich keinesfalls um Krankheits- oder Urlaubstage. Die Vertretungen hätten sich auch nicht auf den Mittwoch beschränkt, an denen Herr Dr. A1 offiziell keine Sprechstunde angeboten habe. Dies wird an drei weiteren Behandlungsfällen erläutert. Für die vom Kläger vertretenen doppelten Patienten seien fast ausnahmslos Vertretungsscheine (Scheinart 42) oder Überweisungsscheine (Scheinart 21, 24) ausgestellt worden. Eine Vertretung sei nur zulässig, wenn es sich um Notfälle handele. Die Behandlungen seien aber nicht als Notfälle gekennzeichnet worden. In allen Prüfquartalen fände sich eine ungewöhnlich große Anzahl an Vertretungsscheinen, auf denen keine Diagnose, sondern lediglich Dauerdiagnosen eingetragen worden seien. Die Dringlichkeit der Behandlung auf Grund der Art der Erkrankung könne in diesen Fällen nur sehr eingeschränkt überprüft werden. So seien z.B. 116 von 216 Vertretungsscheinen im Quartal II/05, 87 von 138 Vertretungsscheinen in Quartal II/06 und 110 von 190 Vertretungsscheinen im Quartal II/07 lediglich unter Angabe von Dauerdiagnosen versehen worden. Ein Indiz für die fehlende Trennung der Praxen sei ferner, dass die Patientenkarteien nicht getrennt geführt worden seien. Beide Praxen hätten auf die Versichertenkarte und die Patientendaten zugegriffen, die von dem Versicherten eigentlich nur einer Praxis zur Verfügung gestellt worden seien. Beispielhaft werden sechs Behandlungsfälle für die Quartale III/05 bis I/06 und II/07 genannt. Unter den Doppelfällen fänden sich im Quartal III/05 und IV/05 jeweils 10 Fälle, im Quartal I/06 11 Fälle, im Quartal II/06 9 Fälle, im Quartal III/06 7 Fälle, im Quartal IV/06 6 Fälle, im Quartal I/07 1 Fall und im Quartal II/07 2 Fälle, in denen der Kläger Patienten an Herrn Dr. A1 überwiesen habe. Es handele sich überwiegend um Sonographien, für die beide Praxispartner Abrechnungsgenehmigungen besäßen. Es komme nicht darauf an, ob Herr Dr. A1 evtl. schwerpunktmäßig Sonographien durchgeführt habe, so habe er im Quartal III/06 etwa 3 mal so viele Sonographien nach Nr. 33042 EBM abgerechnet wie der Kläger. Die erhöhte Fallzahl der Praxis führe zu Vorteilen bei Budgetierungsregelungen, die den Budgetrahmen anhand der Zahl der Behandlungsfälle berechneten. Hierzu gehörten beispielsweise das Regelleistungsvolumen, Laborkosten, Budget und der Wirtschaftlichkeitsbonus. Zwar werde die hausärztliche Grundvergütung (Nr. 03000 EBM - 90 Punkte) bei Urlaubs-/Krankheitsvertretungsscheinen (Muster 19 a - c), Abrechnungsscheinen im ärztlichen Bereitschaftsdienst sowie Behandlungsfällen ausschließlich mit Auftragsleistungen nicht zugesetzt. Allerdings erhalte jede Einzelpraxis eine "Pauschale für die

versorgungsbereichsspezifische Bereitschaft" einmal im Behandlungsfall (Nr. 03005 EBM – EBM 320 Punkte), so dass in Vertretungsfällen diese Pauschale für denselben Patienten zweimal abgerechnet werde. Sie habe einen Sicherheitsabschlag von 30 % der gemeinsam behandelten Fälle zu Grunde gelegt, das heißt, dass von den doppelten Fällen 30 % wiederum als plausibel behandelt würden. Ferner werde die darüber hinaus verbliebene Anzahl der Fälle hälftig (50 %) auf die Praxisgemeinschaftspartner aufgeteilt, was wiederum eine Begünstigung darstelle. Damit würden Fälle, wie doppelt eingelesene Krankenversichertenkarten, Vertreterfälle gem. Muster 19, Notfälle und Überweisungen zur Auftragsleistung abgegolten werden. Der Kläger habe grob fahrlässig u.a. die Versichertenkarten doppelt eingelesen. Könne dem Arzt im Quartal ein Behandlungsschein nachgewiesen werden, auf denen er grob fahrlässig oder vorsätzlich nicht erbracht bzw. nicht ordnungsgemäß erbrachte Leistungen abgerechnet habe, entfalle die Garantiewirkung seiner Abrechnungssammelerklärung. Sie dürfe dann den Honorarbescheid insgesamt aufheben und das Honorar auf Grundlage einer Schätzung neu festsetzen.

Hiergegen hat der Kläger am 21.11.2012 die Klage erhoben. Zur Begründung trägt er mit Schriftsatz seines Prozessbevollmächtigten vom 17.10.2013 vor, er könne zunächst nur punktuell vortragen, da er bisher nicht sämtliche Vorarbeiten habe durchführen können. Der Nachweis, grob fahrlässigen oder vorsätzlichen Handelns sei in jedem einzelnen Quartal erforderlich. Die Beklagte lege nicht dar, auf welches Verhalten sie sich konkret beziehe, wenn sie ihm vorwerfe, er habe "hier grob fahrlässig" gehandelt. Allein aus der bloßen Anzahl der Patienten während urlaubsbedingter Abwesenheit des Kollegen, könne nicht auf einen gesteigerten Verschuldensmaßstab geschlossen werden. Es müsse auch in jedem Einzelfall geprüft werden, aus welchem Grund die Angabe einer Notfalldiagnose unterblieben sei. Nach den Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid seien lediglich drei Quartale betroffen. Soweit die Versichertenkarten abweichend vom Behandlungsdatum eingelesen worden seien, richte sich der Vorwurf nicht gegen eine vermutete gemeinsame Nutzung bzw. nicht ausreichende Trennung der Patientenkarteeien, sondern gegen das Einlesen der Versichertenkarten. Dies betreffe auch nur wenige Quartale des Prüfungszeitraums und wenige Patienten. Die Versichertenkarten würden durch die Mitarbeiterinnen eingelesen werden. Bei 6 Patienten hätte die Beklagte untersuchen müssen, inwiefern lediglich ein Fehler der entsprechenden Mitarbeiterin vorgelegen haben könnte. Hinsichtlich der Überweisungsfälle zur Sonographie habe die Beklagte nicht geprüft, ob es sich nicht um Fälle gehandelt habe, in denen er keine eindeutige Diagnose stellen könne, weshalb er sich entschlossen habe, eine erneute Untersuchung durch den Praxisgemeinschaftskollegen durchführen zu lassen. Soweit das Aufgreifkriterium einer Patientenidentität bei Berücksichtigung berechtigter Vertreterfälle unter die 20 %-Grenze sinke, könne der Vorwurf des Missbrauchs des Gestaltungsrechts nicht erhoben werden. Eine Überprüfung des Quartals I/07 habe ergeben, dass die größte Zahl der Vertretungsfälle aus anerkannten Vertretungen bestehe. Ein Großteil der Patienten sei in seiner Abwesenheit behandelt worden. Von 362 doppelten Patienten habe es sich bei 193 Patienten um eigene Patienten gehandelt und seien auf Urlaubszeiten von Herrn Dr. A1 gefallen. Es verblieben daher 32 Doppelfälle bei insgesamt 1.656 Patienten und 817 Patienten in seiner eigenen Praxis. Daher sei das Aufgreifkriterium längst nicht erfüllt. Er bestreite die Richtigkeit der Zahlen der doppelten Patienten. Die zulässigen Vertretungen seien nicht herausgerechnet worden. Bei einem Anteil gemeinsamer Patienten zwischen 20 % und 50 % sei von einer missbräuchlichen Gestaltung nur dann auszugehen, wenn sich anhand weiterer Umstände des Einzelfalls ergebe, dass die Ärzte tatsächlich wie die Mitglieder einer Berufsausübungsgemeinschaft zusammenarbeiteten. Er habe exemplarisch das Quartal III/06 ausgewertet. Herr Dr. A1 habe vom 21.07. bis 04.08., 28.08. bis 01.09., am 22.09. und am 29.09.2006 Urlaub gehabt. Es seien somit 18 Abwesenheitstage zu verzeichnen gewesen. Von den 431 gemeinsamen Patienten seien 206 seine Patienten gewesen, 201 seien Patienten des Herrn Dr. A1 gewesen, die während der Urlaubszeiten behandelt worden seien. 407 Fälle seien daher abzuziehen, so dass 24 Behandlungsfälle verblieben, was weit unter dem Aufgreifkriterium liege. Im Quartal II/07 habe Herr Dr. A1 vom 06. bis 09.04., 16. bis 20.04., 30.04. bis 05.05., am 10.05., vom 16. bis 18.05., am 28.05., vom 06. bis 08.06. und vom 18. bis 22.06.2007 Urlaub gehabt. Von den 328 gemeinsamen Patienten seien 135 seine Patienten gewesen, 157 seien Patienten des Herrn Dr. A1 gewesen, die während der Urlaubszeiten behandelt worden seien. 292 Fälle seien daher abzuziehen, so dass 36 Behandlungsfälle verblieben, was das Aufgreifkriterium nicht erfülle.

Der Kläger beantragt,
den Bescheid der Beklagten vom 20.07.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17.10.2012 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf den Inhalt der Verwaltungsakte sowie auf ihre Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid und trägt ergänzend vor, sie habe für jedes Quartal – wenn auch mit unterschiedlichen Begründungen – Beispiele aufgeführt, aus denen offensichtlich sei, dass hier eine bewusst treuwidrige Herbeiführung von Fallzahlsteigerungen vorliege. Die Verstöße des Klägers gegen die Regeln des Vertragsarztrechts seien erwiesen. Die hiermit verbundene Rechtsmissbräuchlichkeit sei für ihn auch offenkundig und somit grob fahrlässig gewesen. Das Aufgreifkriterium von 20 % Patientenidentität sei in allen Quartalen erfüllt. Hinzu kämen die weiteren Indizien, die für die fehlende Trennung der Praxen spreche. Die Ausführungen zu den Quartalen III/06 und II/07 seien unsubstantiiert. Aus dem Widerspruchsbescheid werde ersichtlich, dass im Quartal 249 Vertretungsscheine und nicht, wie seitens des Klägers behauptet, 201 Vertretungsscheine ausgestellt worden seien und dass Herr Dr. A1 11 Tage ganztägig abwesend gewesen sei. Hinsichtlich der fehlenden Plausibilität verweise sie auf ihre dortigen Ausführungen. Nicht jeder Vertretungsschein sei abzuziehen. Sie habe bereits dargelegt, dass Vertretungsscheine an solchen Tagen ausgestellt worden seien, an denen Herr Dr. A1 in der Praxis anwesend gewesen sei. Gegenüber Herrn Dr. A1 sei ebf. für den streitbefangenen Zeitraum eine Plausibilitätsprüfung mit einer Honorarrückforderung in Höhe von insgesamt 58.333,78 EUR durchgeführt worden. Die Kürzung sei zwischenzeitlich bestandskräftig. Ein weiteres Prüfverfahren für die Folgequartale I bis IV/08 sei gegenüber beiden Ärzten mit Bescheiden vom 09.07.2012 mit einem beratenden Hinweis beendet worden.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit einer ehrenamtlichen Richterin und einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz – SGG](#)).

Die Klage ist zulässig, denn sie sind insbesondere form- und fristgerecht bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben worden.

Die Klage ist aber unbegründet. Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 20.07.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17.10.2012 ist rechtmäßig und war daher nicht aufzuheben.

Die Beklagte war grundsätzlich zuständig für die sachlich-rechnerische Berichtigung.

Nach [§ 75 Abs. 1 SGB V](#) haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die vertragsärztliche Versorgung sicher zu stellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Nach [§ 75 Abs. 2 Satz 2 1. Halbsatz](#) haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen. Zu den Pflichten der Vertragsärzte gehört unter anderem auch eine ordnungsgemäße Abrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen. Es obliegt deshalb nach [§ 45 des Bundesmantelvertrages-Ärzte \(BMV-Ä\)](#) bzw. [§ 34 des Ersatzkassenvertrages-Ärzte \(EKV-Ä\)](#) der Beklagten, die vom Vertragsarzt eingereichten Honoraranforderungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und ggf. zu berichtigen. Dies wird nunmehr durch den ab 01.01.2004 geltenden [§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) klargestellt, wonach die Kassenärztliche Vereinigung die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte feststellt; dazu gehört auch die Arzt bezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten. Dies galt auch bereits zuvor auf der Grundlage der genannten bundesmantelvertraglichen Regelungen.

Die Befugnis zu Richtigstellungen besteht auch für bereits erlassene Honorarbescheide (nachgehende Richtigstellung). Sie bedeutet dann im Umfang der vorgenommenen Korrekturen eine teilweise Rücknahme des Honorarbescheids. Die genannten, auf [§ 82 Abs. 1 SGB V](#) beruhenden bundesmantelvertraglichen Bestimmungen stellen Sonderregelungen dar, die gemäß [§ 37 Satz 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch \(SGB I\)](#) in ihrem Anwendungsbereich die Regelung des [§ 45 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch \(SGB X\)](#) verdrängen. Eine nach den Bestimmungen zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung rechtmäßige (Teil-)Aufhebung des Honorarbescheids mit Wirkung für die Vergangenheit löst nach [§ 50 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#), der Grundnorm des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs für den gesamten Bereich des Sozialrechts, eine entsprechende Rückzahlungsverpflichtung des Empfängers der Leistung aus (vgl. BSG, Ur. v. 14.12.2005 - [B 6 KA 17/05 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 22](#) = [BSGE 96, 1](#) = Breith 2006, 715 = [MedR 2006, 542](#) = [GesR 2006, 499](#) = USK 2005-130, zitiert nach juris Rdnr. 11 m.w.N.).

Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen des Vertragsarztes 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. Die Befugnis zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung der Honorarforderung auf bundesmantelvertraglicher Rechtsgrundlage besteht danach nicht nur im Falle rechnerischer und gebührenordnungsmäßiger Fehler, sondern erfasst auch Fallgestaltungen, in denen der Vertragsarzt Leistungen unter Verstoß gegen Vorschriften über formale oder inhaltliche Voraussetzungen der Leistungserbringung durchgeführt und abgerechnet hat. Dementsprechend erfolgt eine sachlich-rechnerische Richtigstellung z. B. bei der Abrechnung fachfremder Leistungen oder qualitativ mangelhafter Leistungen, aber auch bei Leistungen eines nicht genehmigten Assistenten sowie bei der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs mit Hilfe eines Assistenten, bei der Abrechnung von Leistungen, die nach stationärer Aufnahme erbracht werden, bei der Nichtbeachtung der bereichsspezifischen Vorschriften zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der vertragsärztlichen Abrechnung und schließlich bei einem Missbrauch vertragsarztrechtlicher Kooperationsformen (vgl. zuletzt BSG, Ur. v. 23.06.2010 - [B 6 KA 7/09 R - BSGE 106, 222](#) = SozR 4-5520 § 32 Nr. 4 = [GesR 2010, 615](#) = [ZMGR 2010, 370](#) = [MedR 2011, 298](#) = USK 2010-73, juris Rdnr. 26 f. m.w.N.).

Bei missbräuchlicher Nutzung der Kooperationsform der Praxisgemeinschaft können Honorarbescheide korrigiert werden.

Für die berufliche Kooperation im Status der Gemeinschaftspraxis i. S. des [§ 33 Abs. 2 Satz 1](#) der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (in der bis zum 31.12.2006 geltenden Fassung) (Ärzte-ZV) ist kennzeichnend, dass sich mehrere Ärzte des gleichen Fachgebietes oder ähnlicher Fachgebiete zur gemeinsamen und gemeinschaftlichen Ausübung des ärztlichen Berufs in einer Praxis zusammenschließen, wobei - über die gemeinsame Nutzung der Praxiseinrichtungen sowie die gemeinsame Beschäftigung von Personal hinaus - die gemeinschaftliche Behandlung von Patienten und die gemeinschaftliche Karteiführung und Abrechnung in den Vordergrund treten. Einen Schwerpunkt bildet die Zusammenarbeit zur gemeinsamen Einnahmenerzielung. Für die Annahme einer gemeinschaftlichen Berufsausübung im Rahmen einer Gemeinschaftspraxis ist neben einer Beteiligung der Partner an den Investitionen und Kosten der Praxis grundsätzlich auch eine Beteiligung am immateriellen Wert der Praxis (dem "Goodwill") erforderlich, wobei die vertragliche Ausgestaltung im Einzelfall unterschiedlich sein kann. Diese Form der Zusammenarbeit bedarf vorheriger Genehmigung durch den Zulassungsausschuss ([§ 33 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV](#)). Bei der Praxisgemeinschaft handelt es sich um eine Organisationsgemeinschaft, die nicht der gemeinsamen, in der Regel jederzeit austauschbaren ärztlichen Behandlung an gemeinsamen Patienten dient. Mit ihr wird vielmehr die gemeinsame Nutzung von Praxisräumen und Praxiseinrichtungen sowie die gemeinsame Beschäftigung von Hilfspersonal durch mehrere Ärzte mit dem vorrangigen Zweck, bestimmte Kosten zur besseren Ausnutzung der persönlichen und sachlichen Mittel auf mehrere Ärzte umzulegen. Es verbleibt bei der selbstständigen Praxisführung mit verschiedenem Patientenstamm und jeweils eigener Patientenkartei (vgl. BSG, Ur. v. 22.03.2006 [B 6 KA 76/04 R - SozR 4-5520 § 33 Nr. 6](#) = [BSGE 96, 99](#) = [ZMGR 2006, 148](#) = NZS 2006, 544 = [GesR 2006, 450](#) = [MedR 2006, 611](#) = Breith 2007, 185, juris Rn. 14 f. m.w.N.).

Behandeln die Partner einer Praxisgemeinschaft die Patienten zu einem hohen Anteil gemeinschaftlich, bedienen sie sich der Kooperationsform der Praxisgemeinschaft missbräuchlich. Die zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Spitzenverbänden der Krankenkassen mit Wirkung vom 1. Januar 2005 vereinbarten Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfungen der KVen und der Krankenkassen (DÄ 2004, A-2555) geben in [§ 11 Abs. 2](#) für die Plausibilitätsprüfung bereits bei 20 % Patientenidentität in (teil-) gebietsgleichen/versorgungsbereichs-identischen bzw. 30 % bei gebietsübergreifenden/versorgungsübergreifenden Praxisgemeinschaften die Annahme einer Abrechnungsauffälligkeit vor. Diese Aufgreifkriterien lassen die in den Richtlinien vorgenommenen Grenzziehungen erkennen, dass jedenfalls dann, wenn zwei in der Rechtsform einer Praxisgemeinschaft kooperierende Vertragsärzte desselben Fachgebietes annähernd bzw. mehr als 50 % der Patienten in einem Quartal gemeinsam behandeln, tatsächlich die für eine Gemeinschaftspraxis kennzeichnende gemeinsame und gemeinschaftliche Ausübung der ärztlichen Tätigkeit durch Behandlung eines gemeinsamen Patientenstammes stattfindet. Bei einer derart hohen Patientenidentität muss das Patientenaufkommen koordiniert werden, was wiederum die für eine Gemeinschaftspraxis typische einheitliche Praxisorganisation erfordert (vgl. BSG, Ur. v. 22.03.2006 - [B 6 KA 76/04 R](#) - a.a.O., Rdnr. 19 f.; BSG, Beschl. v. 05.11.2008 - [B 6 KA 17/07 B - juris Rdnr. 12](#)).

Insofern ist es die klare Aufgabe des Arztes, nicht nur auf die bestehende Kooperationsform der Praxisgemeinschaft hinzuweisen (vgl. BSG, Urt. v. 22.03.2006 [B 6 KA 76/04 R](#) - a.a.O., Rdnr. 19; LSG Bayern, Urt. v. 16.05.2007 - [L 12 KA 563/04](#) - juris Rdnr. 34 (Nichtzulassungsbeschwerde zurückgewiesen durch BSG, Beschl. v. 17.09.2008 - [B 6 KA 65/07 B](#) - [BeckRS 2008, 57265](#))), sondern auch ggf. die Behandlung des Patienten – abgesehen von Notfällen – abzulehnen und auf die bereits begonnene Behandlung durch den Praxisgemeinschaftspartner hinzuweisen und sich im Falle einer Vertretungsbehandlung auf die notwendige, d. h. keinen Aufschub zulassende Behandlung zu beschränken. Speziell für den Fall der hausärztlichen Versorgung, an der beide Ärzte der Praxisgemeinschaft teilnehmen, ergibt sich die Pflicht zur Festlegung auf einen bestimmten Hausarzt zwingend aus [§ 76 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#). Danach wählt der Versicherte einen Hausarzt. Das Nebeneinander von zwei Hausärzten kommt schon begrifflich nicht in Betracht und widerspricht dem Hausarztkonzept, wonach die ärztliche Betreuung und die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen in einer Hand sein sollen (vgl. [§ 73 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Nach [§ 76 Abs. 3 Satz 3 SGB V](#) ist der Arzt verpflichtet, die Versicherten über Inhalt und Umfang der hausärztlichen Versorgung vorab zu informieren und damit auch über die Verpflichtung des Versicherten, einen bestimmten Hausarzt zu wählen.

Nach diesen Kriterien hat die Beklagte in den angefochtenen Bescheiden eine missbräuchliche Nutzung der Kooperationsform der Praxisgemeinschaft hinreichend nachgewiesen. Sie hat in den angefochtenen Bescheiden im Einzelnen zutreffend dargelegt, dass der Anteil der gemeinsam behandelten Patienten in den streitbefangenen Quartalen bei dem Kläger zwischen 31,6 % und 48,5 % beträgt. Je höher der Anteil gemeinsam behandelter Patienten ist, desto eher kann allein aus diesem Umstand auf eine missbräuchliche Nutzung der Kooperationsform der Praxisgemeinschaft geschlossen werden. Dabei können auch Erfahrungswerte berücksichtigt werden, dass im hausärztlichen Bereich von einem Anteil an Vertretungsfällen von 5 % bis 10 % auszugehen ist. So weist das LSG Nordrhein-Westfalen auf Ermittlungen der KZV Nordrhein hin, die für ihren - vertragszahnärztlichen - Bereich einen Anteil von Doppelbehandlungen in Praxisgemeinschaften von 3 bis 5 % festgestellt habe (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.12.2006 - [L 11 KA 60/06](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) = juris Rdnr. 21; LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.12.2006 - [L 11 KA 59/06](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) = juris Rdnr. 19). Die Beklagte geht im Allgemeinen von einem Anteil von 5 % für Vertretungsscheine aus (vgl. SG Marburg, Urt. v. 08.12.2010 [S 12 KA 30/10](#) - juris Rdnr. 50) bzw. – wie im hier vorliegenden Verfahren – von einer gegenseitigen Vertretung im Fachgruppendurchschnitt von unter 10 % aus (vgl. SG Marburg, Urt. v. 05.12.2012 - [S 12 KA 80/12](#) – [GesR 2013, 225](#), juris Rdnr. 42; SG Marburg, Urt. v. 29.01.2014 - [S 12 KA 359/12](#) und [S 12 KA 360/12](#) -). LSG Niedersachsen geht gleichfalls davon aus, dass bei Praxisgemeinschaften üblicherweise auftretende Patientenidentitäten deutlich geringer sind als 20 % (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 21.03.2012 - [L 3 KA 103/08](#) - juris Rdnr. 23). Clemens weist darauf hin, dass die Überschneidungsquote bei Praxisgemeinschaften normalerweise bis max. 15 % beträgt (vgl. Clemens in: jurisPK-SGB V, 2. Aufl., § 106a Rdnr. 175). Danach kann nicht ausgeschlossen werden, dass der Durchschnitt im Einzelfall überschritten wird.

Die Beklagte hat ferner im Einzelnen dargelegt, dass neben der ungewöhnlich hohe Zahl von Vertreterfällen in der Praxis des Klägers auffalle, dass ein Großteil der Vertreterscheine auf eine nur stundenweise Abwesenheit des Praxisgemeinschaftspartners entfalle, dass es zu Vertretungen an Tagen komme, an denen der zu Vertretende selbst Leistungen bei anderen Patienten erbringe und dass in einigen Fällen unter demselben Datum in beiden Praxen Krankenversichertenkarten eingelezen worden seien und Doppelbehandlungen am selben Tag stattgefunden hätten. Exemplarisch hat sie für letztere Feststellung pro Quartal einen Behandlungsfall aufgeführt. Ferner hat sie exemplarisch für den 26.07.2006 die Vertretungsscheine analysiert. Weiter hat sie darauf hingewiesen, dass die Behandlungen auf Vertretungsscheine nicht als Notfälle gekennzeichnet worden seien und in allen Prüfquartalen sich eine ungewöhnlich große Anzahl an Vertretungsscheinen zu finden seien, auf denen keine Diagnose, sondern lediglich Dauerdiaagnosen eingetragen worden seien, weshalb die Dringlichkeit der Behandlung auf Grund der Art der Erkrankung in diesen Fällen nur sehr eingeschränkt überprüft werden könne. Beide Praxen hätten auf die Versichertenkarte und die Patientendaten zugegriffen, die von dem Versicherten eigentlich nur einer Praxis zur Verfügung gestellt worden seien. Mit diesen weiteren Feststellungen hat sich der Kläger weder im Verwaltungs- noch im Klageverfahren auseinandergesetzt. Von daher trifft der Einwand des Klägers nicht zu, die Beklagte habe die Berichtigung allein auf die Anzahl der gemeinsamen Patienten gestützt. Angesichts des allgemein gehaltenen Sachvortrags des Klägers bestand auch weder für die Beklagte noch die Kammer Anlass, in eine weitere Sachverhaltsermittlung einzutreten. Insofern bedarf es zunächst einer substantiierten Behauptung des Vertragsarztes, was diesem ohne weiteres möglich ist, da er über alle Patientenunterlagen verfügt und die Sachverhaltsermittlung wesentlich in seiner Sphäre liegt. Insofern bestand auch kein Anlass zu untersuchen, inwiefern lediglich ein Fehler der entsprechenden Mitarbeiterin beim Einlesen der Versichertenkarten vorgelegen haben könnte. Im Übrigen bestehen auch Kontroll- und Überwachungspflichten des Vertragsarztes (vgl. LSG Hessen, Urt. v. 25.07.2012 - [L 4 KA 64/11](#) -), zu deren Einhaltung der Kläger keine Ausführungen gemacht hat. Auch soweit der Kläger hinsichtlich der Überweisungsfälle zur Sonographie der Beklagten vorwirft, sie habe nicht geprüft, ob es sich nicht um Fälle gehandelt habe, in denen er keine eindeutige Diagnose stellen könne, weshalb er sich entschlossen habe, eine erneute Untersuchung durch den Praxisgemeinschaftskollegen durchführen zu lassen, hätte es ebf. zunächst eines substantiierten Vortrags bedurft. Im Übrigen kommt es auf die auch geringe Zahl der Überweisungsfälle im Ergebnis nicht an. Von daher war dem Kläger in seinen Berechnungen für die Quartale III/06, I und II/07 nicht zu folgen. Zutreffend weist die Beklagte darauf hin, dass es sich bei einer Vielzahl der Vertretungsscheine um keine echten Vertretungsfälle gehandelt hat, weshalb die Vertretungsscheine nicht herauszurechnen sind.

Zutreffend geht die Beklagte davon aus, dass ein Vertretungsfall nur dann angenommen werden kann, wenn der Vertragsarzt aus einem besonderen Grund "an der Ausübung seiner Praxis verhindert" sei, d. h. nicht nur stundenweise abwesend ist und die Praxis insgesamt geschlossen bleibt (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 08.06.2007 [L 3 KA 9/07 ER](#) - juris Rdnr. 31). Bereits nach dem Bundesmantelvertrag im Primärkassenbereich in der bis Juni 2007 geltenden Fassung war der Vertragsarzt gehalten, seine Sprechstunden entsprechend dem Bedürfnis nach einer ausreichenden und zweckmäßigen vertragsärztlichen Versorgung und den Gegebenheiten seines Praxisbereiches festzusetzen (§ 17 Abs. 1 Satz 1 BMV-Ä). Bei der Verteilung der Sprechstunden auf den einzelnen Tag sollen die Besonderheiten des Praxisbereiches und die Bedürfnisse der Versicherten (z. B. durch Sprechstunden am Abend oder an Samstagen) berücksichtigt werden (§ 17 Abs. 2 BMV-Ä). Der Vertragsarzt war und ist gehalten, in dem Umfang Sprechstundenzeiten anzubieten, in denen er seine Patienten das gesamte Quartal hindurch behandeln kann und diese nicht gehalten sind, einen "Vertreter" aufzusuchen. Dies folgt bereits aus seinen allgemeinen vertragsärztlichen Pflichten ([§ 95 Abs. 3 SGB V](#)). Der Vertragsarzt hat die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich in freier Praxis auszuüben (§ 32 Abs. 1 Satz 1 Ärzte-ZV). Nur bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung kann er sich innerhalb von zwölf Monaten bis zur Dauer von drei Monaten vertreten lassen. Dauert die Vertretung länger als eine Woche, so ist sie der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen (§ 32 Abs. 1 Satz 2 und 4 Ärzte-ZV). Eine Gemeinschaftspraxis kann nicht unter Hinweis auf die generelle Vertretungsbefugnis wie eine Praxisgemeinschaft geführt werden; der Vertragsarzt hat in dem

Umfang Sprechstundenzeiten anzubieten, in denen er seine Patienten das gesamte Quartal hindurch behandeln kann und diese nicht gehalten sind, einen "Vertreter" aufzusuchen (vgl. SG Marburg, Urt. v. 08.12.2010 - S [12 KA 30/10 R](#) - juris Rdnr. 40 ff.)

Insofern ist es die klare Aufgabe des Arztes, nicht nur auf die bestehende Kooperationsform der Praxisgemeinschaft hinzuweisen (vgl. BSG, Urt. v. 22.03.2006 [B 6 KA 76/04 R](#) - aaO., Rdnr. 19; LSG Bayern, Urt. v. 16.05.2007 - [L 12 KA 563/04](#) - juris Rdnr. 34 (Nichtzulassungsbeschwerde zurückgewiesen durch BSG, Beschl. v. 17.09.2008 - [B 6 KA 65/07 B](#) - [BeckRS 2008, 57265](#))), sondern auch ggf. die Behandlung des Patienten – abgesehen von Notfällen – abzulehnen und auf die bereits begonnene Behandlung durch den Praxisgemeinschaftspartner hinzuweisen und sich im Falle einer Vertretungsbehandlung auf die notwendige, d. h. keinen Aufschub zulassende Behandlung zu beschränken. Speziell für den Fall der hausärztlichen Versorgung, an der beide Ärzte der Praxisgemeinschaft teilnehmen, ergibt sich die Pflicht zur Festlegung auf einen bestimmten Hausarzt zwingend aus [§ 76 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#). Danach wählt der Versicherte einen Hausarzt. Das Nebeneinander von zwei Hausärzten kommt schon begrifflich nicht in Betracht und widerspricht dem Hausarztkonzept, wonach die ärztliche Betreuung und die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen in einer Hand sein sollen (vgl. [§ 73 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Nach [§ 76 Abs. 3 Satz 3 SGB V](#) ist der Arzt verpflichtet, die Versicherten über Inhalt und Umfang der hausärztlichen Versorgung vorab zu informieren und damit auch über die Verpflichtung des Versicherten, einen bestimmten Hausarzt zu wählen. Das haben die Kläger nicht oder jedenfalls nicht ausreichend getan. Vielmehr geht aus den Ausführungen der Kläger hervor, dass aufgrund der von ihnen geschilderten sozialen Verhältnisse eine wirkliche Akzeptanz nicht zu erreichen war. Das deckt sich insofern mit den Feststellungen der Beklagten, dass bei Abwesenheit eines Praxispartners die Praxis des abwesenden Partners im Wesentlichen von dem anwesenden Praxispartner fortgeführt wurde. Soweit in einzelnen (Not-)Fällen aus medizinischen Gründen eine Abweisung der Patienten nicht möglich gewesen sein sollte, wird dem von der Beklagten bei der Neufeststellung der Honorare mit den zugestanden gemeinsamen Fällen - zum Umfang im Einzelnen sogleich - mehr als ausreichend Rechnung getragen (vgl. LSG Bayern, Urt. v. 16.05.2007 - [L 12 KA 563/04](#) - juris Rdnr. 35; LSG Bayern, Urt. v. 28.03.2007 - [L 12 KA 216/04](#) - juris Rdnr. 26).

Insofern folgt auch nicht allein aus dem Hinweis auf die Urlaubszeiten des Dr. A1, dass es sich insgesamt auf Urlaub zurückzuführende Vertretungsscheine handelt. Im Übrigen deuten auch die für Dr. A1 vom Kläger angegebenen Urlaubszeiten insb. für das Quartal II/07 darauf hin, dass auch die Urlaubszeiten wie in einer Berufsausübungsgemeinschaft gelegt wurden, in der eine gegenseitige Weiterbehandlung der Patienten ohne weiteres möglich ist. So hatte Herr Dr. A1 von den 13 Wochen des Quartals II/07 nur vier Wochen ohne einen Feiertag, in den übrigen neun Wochen fehlte er zwischen einem und fünf Tagen, betrug die längste Urlaubsperiode fünf Tage und betrug die Urlaubstage insgesamt 26 Tage (mit Feiertagen, ohne Samstage und Sonntage).

Angesichts dieser Verstöße gegen die Regeln des Vertragsarztrechts erweisen sich die von den Klägern in den streitbefangenen Quartalen jeweils der Abrechnung beigefügten Abrechnungssammelerklärungen, in denen sie die ordnungsgemäße Erbringung der abgerechneten Leistungen bestätigt haben, als falsch, mit der Folge, dass die Beklagte berechtigt war, die Honorarbescheide aufzuheben und die Honorare im Wege der Schätzung neu festzusetzen (vgl. BSG, Urt. v. 23.06.2010 - [B 6 KA 7/09 R](#) - a.a.O., Rdnr. 69). Der Beklagten kommt dabei ein weites Schätzungsermessen zu, da mit der Implausibilität der Abrechnung aufgrund des Formenmissbrauchs die Abrechnung selbst nicht mehr ausschlaggebend sein kann.

Die Abrechnungs-Sammelerklärung als Ganzes ist bereits dann unrichtig, wenn nur ein mit ihr erfasster Behandlungsausweis eine unrichtige Angabe über erbrachte Leistungen enthält. Dies gilt auch für implausible Abrechnungen. Wegen dieser weitgehenden Wirkung der Rechtsfolgen aus der Abgabe einer unrichtigen Abrechnungs-Sammelerklärung ist weiter vorauszusetzen, dass unrichtige Angaben in den Behandlungsausweisen zumindest grob fahrlässig oder vorsätzlich erfolgt sind (vgl. BSG, Urt. v. 17.09.1997 - [6 RKA 86/95](#) - SozR 3-5500 § 35 Nr.1 = [MedR 1998, 338](#) = USK 97134, juris Rdnr. 21 f.). Angesichts der im Einzelnen von der Beklagten dargelegten Implausibilität der Abrechnung für alle streitbefangenen Quartale ist von einem zumindest grob fahrlässigen Verhalten des Klägers auszugehen. Entgegen der Auffassung des Klägers bedarf es eines Nachweises im Einzelfall dann nicht mehr, wenn entweder eine unrichtige Angabe über erbrachte Leistungen oder eben die Implausibilität der Abrechnung nachgewiesen ist. Der Nachweis der Implausibilität der Abrechnung steht insofern dem Nachweis einer unrichtigen Angabe über erbrachte Leistungen gleich bzw. ersetzt diesen. Im Übrigen hat die Beklagte auch für jedes Quartal wenigstens einen Einzelfall nachgewiesen. Von daher war auch nicht in jedem Einzelfall zu prüfen, aus welchem Grund die Angabe einer Notfalldiagnose unterblieben ist.

Keinesfalls steht den in einer vorgetäuschten Praxisgemeinschaft zusammenarbeitenden Ärzten mehr an Honorar zu, als ihnen zu zahlen gewesen wäre, wenn sie auch rechtlich eine genehmigte Gemeinschaftspraxis im Sinne von [§ 33 Abs. 2 Ärzte-ZV](#) gebildet hätten (vgl. BSG, Urt. v. 22.03.2006 - [B 6 KA 76/04 R](#) - a.a.O., Rdnr. 22). Dies bedeutet jedoch nicht, dass den Ärzten auch tatsächlich das Honorar zu zahlen wäre, das sie erhalten hätten, wenn sie legal in einer genehmigten Gemeinschaftspraxis zusammengearbeitet hätten. Das BSG (ebd.) führt vielmehr weiter aus, dass jedenfalls bei einer Patientenidentität von mehr als 50 % bei formal unter der Rechtsform einer Praxisgemeinschaft zusammenarbeitenden Ärzten desselben Fachgebiets solche Gebührentatbestände des EBM, bei denen bei einer Behandlung in einer fachgleichen Gemeinschaftspraxis eine Vergütung für ein Quartal höchstens einmal gewährt werden kann, bei keinem Praxisgemeinschaftspartner zu berücksichtigen seien, denn insoweit scheidet eine vergütungsrechtliche Zuordnung der Leistungen zu einem der Vertragsärzte aus. Das Bundessozialgericht hat in ständiger Rechtsprechung solche Gegenrechnungen bzw. Saldierungen abgelehnt, weil dadurch die Ordnungsvorgaben des Vertragsarztsystems unterlaufen würden. Honorarkürzungen dürfen sich vielmehr auf das gesamte Honorar erstrecken, das auf rechtswidrige Weise erlangt wurde, ohne dass gegenzurechnen ist, was bei rechtmäßigem Verhalten als Honorar zu zahlen gewesen wäre; in solchen Fällen kann eine Honorarneufestsetzung im Wege einer Schätzung erfolgen. Diese Grundsätze gelten auch in Fällen des Missbrauchs der Kooperationsform der Praxisgemeinschaft. Dabei können auch deutlich unter 50% liegende Quoten ausreichen, um Vergütungen, die bei Vorliegen einer Gemeinschaftspraxis nur einmal zu zahlen wären, beiden Ärzten zu kürzen (vgl. BSG, Beschl. v. 17.09.2008 - [B 6 KA 65/07 B](#) - [BeckRS 2008, 57265](#), Rdnr. 9 ff.).

Ausgehend von diesen Grundsätzen ist die Berechnung des Berichtigungsbetrags nicht zu beanstanden.

Die Beklagte geht zunächst von der Anzahl gemeinsamer Patienten aus. Hiervon zieht sie einen nicht näher begründeten "Sicherheitsabschlag" von 30 % ab. Die darüber hinaus verbliebene Anzahl der Fälle teilt sie hälftig (50 %) auf die Praxisgemeinschaftspartner auf, wodurch weitere 50 % anerkannt werden. Im Ergebnis verbleiben damit dem Kläger 20,6 % bis 30,5 % der gemeinsamen Fälle, wie sich aus nachfolgenden Berechnungen der Kammer ergeben. Spalte 6 zeigt jeweils die verbleibenden Fälle aufgrund des 30 %-Abzugs, Spalte 7 die verbleibenden Fälle aufgrund der 50 %-Aufteilung, Spalte 8 gibt die Summe der Spalten 5 und 7

wieder und damit die Anzahl der nicht beanstandeten gemeinsamen Fälle, Spalte 9 deren Anteil an der Gesamtfallzahl (Spalte 2).

1 2 3 4 5 6 7 8 (5+7) 9 (8 von 2)

Quartal Fallzahl Gemeinsame Patienten Unplausible Fälle - 30% Unpl. Fälle 50 % Gesamt anerkannt Gesamt in %

II/05 882 412 406 122 284 142 264 29,9

III/05 968 346 333 100 233 117 217 22,4

IV/05 1.047 350 347 104 243 121 225 21,5

I/06 883 422 414 124 290 145 269 30,5

II/06 765 324 324 97 227 113 210 27,5

III/06 888 431 423 127 296 148 275 31,0

IV/06 1.109 351 350 105 245 123 228 20,6

I/07 818 362 349 105 244 122 227 27,8

II/07 875 328 321 96 225 112 208 23,8

III/07 991 419 411 123 288 144 267 26,9

IV/07 1.005 467 460 138 322 161 299 29,8

Damit werden trotz der Annahme allgemeiner Vertretungsfälle von unter 10 % und dem Aufgreifkriterium von 20 % dem Kläger z. T. erheblich mehr als 20 % gemeinsamer Fälle nicht beanstandet. Die Schwankungsbreiten zwischen den Quartalen beruhen auf der unterschiedlichen Anzahl gemeinsamer Fälle und der willkürlichen 30 %-Grenze. Wenn auch die Beklagte für diese Unterschiede keine Begründung abgegeben hat, so sieht die Kammer dies noch von dem Ermessen der Beklagten, das zu Pauschalierungen berechtigt, als gedeckt an, jedenfalls soweit die Grenze von 20 % nicht unterschritten wird (für den Fall einer Unterschreitung vgl. SG Marburg, Urt. v. 29.01.2014 - [S 12 KA 359/12](#) -).

Nach allem war die Klage abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2014-11-20