

L 12 KA 216/04

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 39 KA 1448/02

Datum

20.10.2003

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 12 KA 216/04

Datum

28.03.2007

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 20. Oktober 2003 wird zurückgewiesen.

II. Der Kläger hat der Beklagten die außergerichtlichen Kosten zu erstatten und die Gerichtskosten zu tragen.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

In diesem Rechtsstreit geht es um eine Plausibilitätsprüfung.

Der Kläger ist als Allgemeinarzt in N. zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. In den Quartalen 2/98 bis 1/01 übte er seine Tätigkeit in Praxisgemeinschaft mit seiner Ehefrau, der Internistin Dr.C. W. aus. Diese hatte ihre vertragsärztliche Tätigkeit zum 01.04.1998 aufgenommen und war von Quartal 2/98 bis 1/99 als hausärztliche Internistin, in den Quartalen 2/99 bis 2/00 als fachärztliche Internistin, im Quartal 3/00 als hausärztliche Internistin und seit dem Quartal 4/00 wieder als fachärztliche Internistin zugelassen.

Die Beklagte führte bei der Praxisgemeinschaft wegen der auffällig hohen Anzahl gemeinsamer Behandlungsfälle eine Plausibilitätsprüfung durch. Nachdem eine vergleichsweise Regelung von den Ärzten nicht akzeptiert worden war, hob die Beklagte mit Bescheid vom 10. Oktober 2001 die Honorarbescheide des Klägers für die Quartale 2/98 bis 1/01 auf und setzte die Honorare neu fest. Die daraus resultierende Überzahlung in Höhe von 147.987,64 DM (75.664,87 Euro) forderte sie zurück. An die Ehefrau des Klägers erging ein entsprechender Bescheid, mit dem Honorar in Höhe von 29.572,04 Euro zurückgefordert wurde. In der Begründung der Bescheide wird ausgeführt, auffällig sei die hohe Anzahl von gemeinsamen Patienten, die in beiden Praxen behandelt und abgerechnet worden seien. De facto hätten der Kläger und seine Ehefrau die beteiligten Praxen wie eine hausärztliche Gemeinschaftspraxis geführt. Indizien dafür seien die allgemein hohe Zahl an gemeinsamen Patienten, die Anzahl der Patienten, bei denen die Krankenversicherungskarten in beiden Praxen am selben Tag eingelesen worden seien, die Behandlung der Patienten am selben Tag mit identischen Diagnosen und die gegenseitige Vertretung innerhalb der Praxisgemeinschaft ohne Vorliegen der Voraussetzungen des § 32 der Zulassungsverordnung-Ärzte (Ärzte-ZV). Im Quartal 2/98 habe der Kläger 985 Patienten gehabt und seine Ehefrau 144. Davon seien 121 gemeinsame Patienten gewesen. Die entsprechenden Zahlen für die anderen geprüften Quartale sind im Bescheid tabellarisch aufgeführt. Zuletzt waren es im Quartal 1/01 beim Kläger 1.600 Patienten und bei seiner Ehefrau 690 Patienten. Davon seien 560 Patienten in beiden Praxen behandelt worden. Im Durchschnitt habe der Kläger 1.046,08 Patienten, seine Ehefrau 530,67 Patienten gehabt, 426 davon seien gemeinsame Patienten gewesen. Darüber hinaus sei festgestellt worden, dass eine Vielzahl der Patienten während eines Quartals mehrmals den behandelnden Arzt innerhalb der Praxisgemeinschaft gewechselt hätten. Gründe dafür seien nicht ersichtlich. Ein unterschiedliches Behandlungsspektrum sei nur teilweise gegeben, doch resultierten daraus keine Spezialisierungen, die die hohe Zahl gemeinsamer Patienten auch nur annähernd erklären könnten. Zwar erbringe der Kläger im Gegensatz zu seiner Partnerin chirotherapeutische Leistungen. Diese wiederum mache Endoskopien. Allerdings habe sie insgesamt nur 15 Gastroskopien nach Nr.741 und 13 Koloskopien nach Nr.763 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) im gesamten Quartal 2/00 erbracht. Bei den gemeinsamen Patienten seien ganz überwiegend nur die Ordinationsgebühr (EBM-Nr.1) sowie die Konsultationsgebühr (EBM-Nr.2) abgerechnet worden. Es werden eine Reihe von Patienten mit mehrmaligem Behandlerwechsel innerhalb eines Quartals exemplarisch aufgeführt, bei denen ganz überwiegend nur die Nrn.1, 2, 15, 25 EBM von beiden Ärzten abgerechnet worden seien. Zwar könnten nach [§ 76 Abs.1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) die Versicherten unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten wählen. Sie sollten aber nach [§ 76 Abs.3 Satz 1 SGB V](#) den Arzt innerhalb eines Kalendervierteljahres nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln. Der Versicherte wähle einen Hausarzt. Dieser habe ihn vorab über den Inhalt der hausärztlichen Versorgung zu unterrichten. Innerhalb einer Praxisgemeinschaft dürften Patienten nicht zum Wechsel von einem Arzt zum anderen veranlasst werden, nur um diesem die Gelegenheit zur Abrechnung zu geben. Auffällig sei, dass häufig am selben Tag die Krankenversicherungskarte von beiden Praxen eingelesen worden sei, ohne dass eine Behandlung durch beide Ärzte an diesem Tag erfolgt

sei. Das lasse darauf schließen, dass in der Praxisgemeinschaft nicht auf eine Trennung der Abrechnung beider Praxen geachtet werde. Es folge eine Aufstellung, aus der sich ergibt, dass die Anzahl der Patienten mit identischem Einlesedatum von 38 im Quartal 2/98 auf 553 im Quartal 4/00 bzw. 509 im Quartal 1/01 angestiegen ist. Des weiteren enthält der Bescheid eine tabellarische Auflistung der gemeinsamen Behandlungstage, die zwischen 60 (4/00) und 159 (4/98) schwankt. Die Klientel innerhalb der Praxisgemeinschaft weise keine signifikanten Abweichungen und Besonderheiten auf, die dies rechtfertigen würden. Ein Vertragsarzt dürfe sich nur bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an der ärztlichen Fortbildung oder einer Wehrübung innerhalb von 12 Monaten bis zur Dauer von drei Monaten vertreten lassen. Eine darüber hinausgehende Vertretung sei nicht zulässig. Grundsätzlich sei jeder Arzt für seine Patienten präsenzpflichtig, so dass der Patient nicht bei Abwesenheit "seines" Arztes von dem anderen behandelt werden dürfe. Zulässig sei dies nur ausnahmsweise bei Notfällen bzw. unaufschiebbaren Behandlungen. Dies habe der Kläger nicht beachtet. Vielmehr hätten er und seine Ehefrau ihre Praxen wie zwei Hausärzte in Gemeinschaftspraxis und nicht nach den Regeln einer Praxisgemeinschaft geführt. Die Gründung einer Gemeinschaftspraxis bedürfe jedoch nach § 33 Abs.2 Satz 2 Ärzte-ZV der vorherigen Genehmigung durch den Zulassungsausschuss. Eine solche sei nicht beantragt worden. Das pflichtwidrige Verhalten des Klägers habe Auswirkungen auf die Honorare. Zu den Grundpflichten des Vertragsarztes gehöre insbesondere die Verpflichtung zur peinlich genauen Abrechnung. Hiergegen verstoße er, wenn er Leistungen abrechne, die er entweder nicht oder nicht vollständig oder nicht selbst erbracht habe. Mit der Sammelerklärung habe er durch Unterschrift die sachliche Richtigkeit der Abrechnung, also auch die persönliche Leistungserbringung bestätigt. Wenn sich diese wegen Abrechnung nicht oder nicht ordnungsgemäß erbrachter Leistungen als falsch erweise, entfalle die Garantiewirkung, soweit es sich nicht lediglich um einen Fall schlichten Versehens handle. Der darauf beruhende Honorarbescheid sei rechtswidrig. Die Kassenärztliche Vereinigung sei berechtigt, diesen aufzuheben und das Honorar neu festzusetzen. Dabei könne sie eine Schätzung des Volumens der plausibel abgerechneten Leistungen zugrundelegen. Die Pflichtverstöße des Klägers und seiner Praxisgemeinschaftspartnerin könnten nicht auf einem bloßen Versehen beruhen. Die Honorarbescheide seien damit aufzuheben und die Honorare neu festzusetzen. Bei der Neufestsetzung lägen folgende Überlegungen zugrunde: Das als plausibel anzuerkennende Honorar für das jeweilige Quartal ergebe sich aus den Fällen, die a) nur von einem Arzt behandelt worden seien und aus Fällen (z.B. Notfälle) die zusätzlich anerkannt worden seien (so genannte Solitärfälle), b) zwar von beiden Ärzten behandelt worden seien, bei denen es sich aber um berechnete Überweisungen oder berechnete Vertreterfälle gehandelt habe.

Es seien alle gemeinsamen Fälle der Quartale 3/99, 1/00 und 2/00 überprüft worden. Dabei habe sich ein unkorrekter Anteil an gemeinsamen Fällen von durchschnittlich 47,69 % ergeben. Dieser Prozentsatz sei im Rahmen der Schätzung auch bei allen anderen Quartalen zugrunde gelegt worden. Auf dieser Grundlage seien für die jeweiligen Quartale die zurückzufordernden Beträge errechnet worden. So hätten im Quartal 2/98 beide Praxen zusammen 1.129 Fälle gehabt. In der Praxis des Klägers seien 77.254,99 DM abgerechnet worden und in der seiner Frau 14.133,45 DM, zusammen also 91.388,44 DM. Teile man diese Summe durch die Anzahl von zusammen 1.129 Fällen, ergebe sich ein Mischfallwert beider Praxen von 80,95 DM. Dieser Mischfallwert wurde mit der Anzahl der nicht anerkannten gemeinsamen Fälle (47,69 % der Gesamtfallzahl in 2/98) multipliziert und das Produkt entsprechend dem prozentualen Anteil der beiden Praxen am Gesamthonorar von der jeweiligen Praxis zurückgefordert. Das Honorar wurde für jede der beiden Praxen in Höhe des bisherigen Honorars abzüglich des o.g. Rückforderungsbetrages neu festgesetzt. Dieser Vorgang wurde für jedes Quartal im einzelnen durchgeführt. Insgesamt ergab sich dabei zu Lasten des Klägers eine Überzahlung von 147.967,64 DM bzw. 75.664,87 Euro, die mit dem streitgegenständlichen Bescheid zurückgefordert wurde.

Beide Ärzte haben gegen ihren jeweiligen Bescheid Widerspruch eingelegt. Die Beklagte hat die Widersprüche mit im wesentlichen gleichlautenden Widerspruchsbescheiden vom 16. Mai 2002 zurückgewiesen, in denen sie die Argumentation der angefochtenen Bescheide wiederholt.

Die Ärzte haben dagegen das Sozialgericht München (SG) angerufen. Die Klage des Klägers wurde von der 39. Kammer des SG mit Urteil vom 20. Oktober 2003 abgewiesen. Darin folgt das Gericht gem. [§ 136 Abs.3](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) den Gründen der angefochtenen Bescheide. Der Kläger hat dagegen Berufung zum Bayer. Landessozialgericht (LSG) eingelegt.

Auch die Klage der Ehefrau des Klägers, für die eine andere Kammer des SG zuständig war, wurde abgewiesen. Die dagegen eingelegte Berufung wurde in der mündlichen Verhandlung des LSG vom 28. März 2007 zurückgenommen.

Der Kläger hat zur Begründung seiner Berufung im wesentlichen vortragen lassen, die streitgegenständlichen Bescheide seien schon deshalb aufzuheben, weil die Beklagte für deren Erlass unzuständig gewesen sei. Honorarberichtigungen könnten nur darauf gestützt werden, dass eine Leistung entweder nicht oder nicht vollständig erbracht worden sei oder unwirtschaftlich sei. Die den Ärzten zur Last gelegten Doppelinlesungen enthielten nicht den Vorwurf, dass die Leistungen nicht oder nicht vollständig erbracht worden seien. Es könne sich also nur um eine unwirtschaftliche Leistungserbringung handeln, für deren Prüfung die Prüfungsgremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung und nicht die Kassenärztlichen Vereinigungen zuständig seien. Nach § 11 der Plausibilitätsrichtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sei bei versorgungsbereichsübergreifenden Praxen bei einer Praxisidentität von 30 % von einer Abrechnungsauffälligkeit auszugehen. Dieses Aufgreifkriterium erfülle der Kläger jedenfalls in den Quartalen 2/98 bis 1/00 nicht, so dass diese schon deshalb bei der Plausibilitätsprüfung nicht hätten berücksichtigt werden dürfen. Darüber hinaus seien die Bescheide auch rechtswidrig, weil auf der Grundlage einer Überprüfung von nur 15 Fällen pauschale Kürzungen über mehrere Quartale hinweg vorgenommen worden seien. Für das angebliche Fehlverhalten des Klägers sei die Beklagte beweispflichtig. Sie hätte die vermeintlichen Falschabrechnungen konkret und in jedem einzelnen Quartal und Fall nachweisen müssen. Im Übrigen habe auch bei den genannten 15 Fällen keine Falschabrechnung stattgefunden. Die Schadensberechnung sei nicht nachvollziehbar. Die nach Ansicht der Beklagten nicht korrekten Fälle seien mit dem Mischfallwert (durchschnittlicher Kostenaufwand pro Patient in beiden Praxen) des jeweiligen Quartals multipliziert worden und der sich so ergebende Betrag anteilig entsprechend dem jeweiligen Honorar auf beide Praxen aufgeteilt worden. Das bedeute, dass ein - nach Auffassung der Beklagten - unkorrekter Fall komplett (im Sinne des durchschnittlichen Kostenaufwandes bei einem Patienten) nicht vergütet worden sei. Diese Vorgehensweise lasse sich auch nicht unter Hinweis auf das Urteil des Bundessozialgerichts vom 22.03.2006 (Az.: [B 6 KA 76/04 R](#)) halten, wonach ggf. bei einer Patientenidentität von mehr als 50 % bei formal unter der Rechtsform einer Praxisgemeinschaft zusammenarbeitenden Ärzten des selben Fachgebiets solche Gebührentatbestände des EBM, die bei einer Behandlung in einer fachgleichen Gemeinschaftspraxis nur einmal pro Quartal gewährt würden, bei keinem der Praxisgemeinschaftspartner zu berücksichtigen seien. Denn im vorliegenden Fall handle es sich um versorgungsbereichsübergreifende Praxen. Im Übrigen habe die Beklagte nicht nur die Quartalsziffern bei keiner Praxis vergütet, sondern die gesamten durchschnittlichen Kosten für einen Patienten als Rückforderungsbetrag pro unkorrektem Fall angesetzt. Dies sei offensichtlich rechtswidrig, da jedenfalls unstreitig erbrachte rechtmäßige nicht quartalsbezogene

Leistungen zumindest bei einem der Praxisgemeinschaftspartner hätten vergütet werden müssen.

Der Kläger beantragt,

das Ersturteil und die zugrundeliegenden Bescheide aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hat im wesentlichen ihre Argumentation aus den Bescheiden wiederholt und darüber hinaus festgestellt, dass Frau Dr.W. Schilddrüsensonographien, Venensonographien, Langzeit-EKG und Endoskopien lediglich in 14 % der insgesamt 486 gemeinsamen Fälle im Quartal 2/00 abgerechnet habe. Damit lasse sich die große Zahl an gemeinsamen Patienten nicht nachvollziehbar erklären.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakten der Beklagten, die Akten des Sozialgerichts München und die Berufsakten vor, auf deren Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig, aber unbegründet. Das Sozialgericht hat die gegen den Neufeststellungs- und Rückforderungsbescheid vom 10. Oktober 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Mai 2002 gerichtete Klage zu Recht abgewiesen.

In diesem Rechtsstreit geht es um eine Plausibilitätsprüfung wegen Missbrauchs der Rechtsform der Praxisgemeinschaft bei Vorliegen zahlreicher gemeinsamer Behandlungsfälle. Nach [§ 83 Abs.2 SGB V](#) in der Fassung des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 waren in den Gesamtverträgen auch Verfahren zu vereinbaren, die die Prüfung der Abrechnung der Vertragsärzte auf Rechtmäßigkeit durch Plausibilitätskontrollen der Kassenärztlichen Vereinigungen, insbesondere auf der Grundlage von Stichproben ermöglichten. Dabei waren Anzahl und Häufigkeit der Prüfungen festzusetzen. (Später - ab 01. Januar 2000 - wurde ein Satz 3 angefügt, wonach Gegenstand der Prüfungen nach Satz 1 insbesondere die Überprüfung des Umfangs der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand ist. Um diese Problematik geht es im vorliegenden Fall nicht.) In Ausführung dieses gesetzlichen Auftrags haben die Parteien der Bundesmantelverträge in § 46 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 42 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen (EKV-Ä) vereinbart, dass den Kassenärztlichen Vereinigungen auch die Prüfung der Rechtmäßigkeit der ärztlichen Abrechnung durch Plausibilitätskontrollen nach den in den Gesamtverträgen vereinbarten Verfahren (z.B. durch Stichproben) obliege. Eine entsprechende gesamtvertragliche Regelung auf Landesebene findet sich für den Zuständigkeitsbereich der Beklagten in § 10 Gesamtvertrag Regionalkassen (GV-RK) bzw. § 8 Gesamtvertrag-Ersatzkassen (GV-EK) in Verbindung mit der dazu vereinbarten Anlage 9. Die vorgenannten Regelungen betreffen im Wesentlichen die Auswahl der zu prüfenden Ärzte, die Prüfkriterien und das Verfahren der Plausibilitätsprüfung. Sie enthalten keine Ermächtigung zur Berichtigung der Honoraranforderungen bzw. Aufhebung und Neufestsetzung von Honorarbescheiden. Die Plausibilitätsprüfung stellt damit kein weiteres eigenständiges Prüfverfahren neben der Wirtschaftlichkeitsprüfung und der Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit dar (vgl. BSG Urteil vom 8. März 2000, Az.: [B 6 KA 16/99 R](#) = [SozR 3-2500 § 83 Nr.1](#)).

Rechtsgrundlage für Honoraraufhebungs- oder Änderungsbescheide nach einer Plausibilitätsprüfung sind vielmehr die Bestimmungen der Bundesmantelverträge über die Berechtigung der Kassenärztlichen Vereinigungen zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung (§ 45 Abs.2 Satz 1 BMV-Ä, § 34 Abs.4 Satz 1 und 2 EKV-Ä), die in ihrem Anwendungsbereich die Regeln des § 45 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) verdrängen (BSG, st.Rspr., z.B. Urteil vom 28. September 2005, Az.: [B 6 KA 14/04 R](#) = [SozR 4-5520 § 32 Nr.2](#)). Nach diesen im Regional- und Ersatzkassenbereich im wesentlichen gleichlautenden Vorschriften hat die Kassenärztliche Vereinigung die Aufgabe, die von den Vertragsärzten eingereichten Abrechnungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und ggf. richtigzustellen. Dies kann auch im Wege nachgehender Richtigstellung erfolgen, d.h. die Kassenärztliche Vereinigung kann, soweit Honorarbescheide erlassen wurden, diese ganz oder teilweise ändern oder zurücknehmen und ggf. neu erlassen (BSG a.a.O.). Die Richtigstellung kann von Amts wegen oder auf Antrag einer Krankenkasse erfolgen (vgl. [BSGE 89,90,93 f.](#) = [SozR 3-2500 § 82 Nr.3](#) S.6). Die Befugnis zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung der Honoraranforderung auf bundesmantelvertraglicher Rechtsgrundlage besteht nicht nur im Falle rechnerischer und gebührenordnungsmäßiger Fehler, sondern erfasst auch Fallgestaltungen, in denen der Vertragsarzt Leistungen unter Verstoß gegen Vorschriften über formale und inhaltliche Voraussetzungen der Leistungserbringung durchgeführt und abgerechnet hat. Das BSG hat das Rechtsinstitut der sachlich-rechnerischen Richtigstellung z.B. bei Abrechnung fachfremder Leistungen oder qualitativ mangelhafter Leistungen ebenso für anwendbar erachtet wie auch bei Leistungen durch nicht genehmigte Assistenten sowie bei Aufrechterhaltung einer übergroßen Praxis mit Hilfe eines Assistenten sowie insbesondere auch im Fall der Leistungserbringung in der Form einer Praxisgemeinschaft, obwohl die ärztliche Tätigkeit tatsächlich wie in einer Gemeinschaftspraxis erfolgt ist (Urteil vom 22. März 2006, Az.: [B 6 KA 76/04 R](#) = [SozR 4-5520 § 33 Nr.6](#)). In dieser Entscheidung führt das BSG u.a. aus, die beklagte Kassenärztliche Vereinigung habe die sachlich-rechnerische Richtigstellung zu Recht darauf gestützt, dass sich der Kläger wegen der praktizierten Form der Kooperation durch pflichtwidriges Verhalten bei der Ausgestaltung der beruflichen Zusammenarbeit und bei der Erfüllung des spezifischen hausärztlichen Versorgungsauftrags vertragsärztliches Honorar verschafft habe, das er nicht hätte erzielen können, wenn die Zusammenarbeit korrekt durchgeführt worden wäre (a.a.O., RdNr.12).

So liegt es auch im vorliegenden Fall. Der Kläger und seine Ehefrau haben zwar ihre Praxen in der Rechtsform einer Praxisgemeinschaft geführt, sich tatsächlich aber bei ihrer ärztlichen Tätigkeit wie die Mitglieder einer Gemeinschaftspraxis verhalten, die im wesentlichen hausärztlich tätig war, obgleich die Ehefrau des Klägers zumindest in einigen der streitgegenständlichen Quartale als fachärztliche Internistin zugelassen war.

Für die berufliche Kooperation im Status der Gemeinschaftspraxis im Sinne von § 33 Abs.2 Satz 1 Ärzte-ZV ist kennzeichnend, dass sich mehrere Ärzte des gleichen Fachgebiets oder ähnlicher Fachgebiete (hier Allgemeinarzt und Internistin bzw. hausärztliche Internistin) zur gemeinsamen und gemeinschaftlichen Ausübung des ärztlichen Berufs in einer Praxis zusammenschließen, wobei über die gemeinsame Nutzung der Praxiseinrichtung sowie die gemeinsame Beschäftigung von Personal hinaus die gemeinschaftliche Behandlung von Patienten,

eine einheitliche Patientenkartei und gemeinsame Abrechnung in den Vordergrund treten. Diese Form der Zusammenarbeit bedarf der vorherigen Genehmigung durch den Zulassungsausschuss (§ 33 Abs.2 Satz 2 Ärzte-ZV). Typisch für die Gemeinschaftspraxis ist, dass der Versicherte wechselweise von allen Mitgliedern der Praxis behandelt werden kann, ohne dass es sich dabei um mehr als einen (gemeinsamen) Behandlungsfall handelt. Das führt dazu, dass bestimmte Leistungen, die pro Quartal nur einmal abrechenbar sind, in der Gemeinschaftspraxis insgesamt nur einmal abgerechnet werden können, und dass insbesondere auch die Hausarztpauschale nur einmal pro Quartal anfällt.

Demgegenüber handelt es sich bei der Praxisgemeinschaft um eine Organisationsform, die nicht der gemeinsamen, in der Regel jederzeit austauschbaren ärztlichen Behandlung an gemeinsamen Patienten dient, sondern der gemeinsamen Nutzung von Praxisräumen und -einrichtungen sowie der gemeinsamen Beschäftigung von Hilfspersonal mit dem vorrangigen Zweck, bestimmte Kosten zur besseren Ausnutzung der persönlichen und sachlichen Mittel auf mehrere Ärzte umzulegen (vgl. BSG a.a.O., Rdnrn.14 und 15 m.w.N.).

Der Kläger und seine Partnerin, die offiziell in der Rechtsform der Praxisgemeinschaft zusammenarbeiten, haben im streitgegenständlichen Zeitraum ihre Tätigkeit tatsächlich in Form einer (nicht genehmigten) Gemeinschaftspraxis ausgeübt. Das ergibt sich für den Senat zwingend aus der sehr großen Anzahl von gemeinsamen Behandlungsfällen, also von Patienten, die im gleichen Quartal von beiden Ärzten behandelt wurden, zum großen Teil sogar am selben Tag, häufig auch abwechselnd an verschiedenen Tagen, ohne dass ein Fall der Überweisung vorgelegen hätte, und ohne dass die Abrechnung über einen sogenannten Vertreterschein erfolgt wäre. Im Einzelnen ergibt sich nach den von Klägerseite nicht infrage gestellten Auszahlungen der Beklagten, dass im Quartal 2/98 121 doppelte Originalfälle vorlagen, was bei einer Praxisgröße von 985 Fällen beim Kläger mit nur 12,28 % Anteil nicht besonders auffällig war. Die Ehefrau und Praxisgemeinschaftspartnerin des Klägers hatte indessen in diesem Quartal in ihrer (offenbar noch im Aufbau befindlichen) Praxis nur 144 Fälle, so dass die Doppelfälle 84,03 % ausmachen, also deutlich über dem in § 11 Abs.2 der Richtlinien der KBV und der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfung der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen (Plausibilitätsrichtlinien) genannten Prozentsätze von 20 % Patientenidentität bei versorgungsbereichsidentischen Praxen bzw. 30 % Patientenidentität bei versorgungsbereichsübergreifenden Praxen liegt. Für den Senat kann es keinen Zweifel daran geben, dass der Anteil der gemeinsamen Patienten nur an der kleineren Praxis gemessen werden kann, denn sonst könnte bei stark unterschiedlicher Praxisgröße - selbst wenn in der kleineren Praxis ausschließlich Fälle abgerechnet würden, die auch in der größeren Praxis zur Abrechnung gelangen - das Verhalten der größeren Praxis überhaupt nicht beanstandet werden (Beispiel: größere Praxis 1000 Fälle, kleinere Praxis 100 Fälle, alle werden auch in der größeren Praxis behandelt, Anteil der gemeinsamen Fälle in der größeren Praxis nur 10 %). Im Übrigen hat in den Folgequartalen die Fallzahl der Praxis der Frau W. stark zugenommen und parallel dazu die Anzahl der gemeinsamen Behandlungsfälle, die damit auch einen immer größer werdenden Anteil am Patientengut des Klägers ausmachen. Im letzten geprüften Quartal (1/01) waren es beim Kläger 1.096 Fälle und bei Frau W. 690 Fälle; davon wurden 560 in beiden Praxen behandelt. Dies sind Zahlen, die auch in der Praxis des Klägers in jenem Bereich liegen (58 %), bei dem das BSG in seinem Urteil vom 22. März 2006 (Az.: [B 6 KA 76/04 R](#)) die missbräuchliche Nutzung der Rechtsform der Praxisgemeinschaft für gegeben erachtet hat (a.a.O. RdNr.21). Nach der Auffassung des Senats ist aber auch in den Quartalen, in denen der prozentuale Anteil der gemeinsamen Fälle in der Praxis des Klägers wegen der damals noch geringen Größe der Praxis seiner Ehefrau unter der 50 %-Marke lag, durchaus ein Missbrauch der Rechtsform der Praxisgemeinschaft anzunehmen, denn die Behandlung der gemeinsamen Patienten durch beide Praxen stellt sich nicht nur in der kleineren Praxis, sondern auch in der größeren Praxis als rechtsmissbräuchlich dar.

Das BSG hat in seinem schon wiederholt zitierten Urteil vom 22. März 2006, Az.: [B 6 KA 76/04 R](#), u.a. aus den Plausibilitätsrichtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen (DÄ 2004 A-2555) § 11 Abs.2, wo bereits eine Patientenidentität von 20 % bei fachgebiets- gleichen bzw. 30 % bei fachgebietsübergreifenden Praxisgemeinschaften ein Aufgreifkriterium ist, geschlossen, dass jedenfalls dann, wenn zwei in der Rechtsform einer Praxisgemeinschaft kooperierende Vertragsärzte desselben Fachgebiets 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. Diese Kriterien sieht der Senat auch im vorliegenden Fall für erfüllt an. In den Quartalen 2/98 bis 1/99 und 3/00 war die Ehefrau des Klägers als hausärztliche Internistin zugelassen und nahm damit ebenso wie dieser an der hausärztlichen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung teil, so dass im vorgenannten Sinne Fachgebietskonformität vorliegt. In den übrigen Quartalen des der Plausibilitätsprüfung zugrunde liegenden Zeitraums war die Ehefrau zwar als fachärztliche Internistin zugelassen, doch zeigt ein Blick in die bei den Akten befindlichen Abrechnungsunterlagen, dass das Leistungsspektrum in diesen Quartalen sich nicht von denen der hausärztlichen Zulassung unterscheidet. Insgesamt gesehen hat die Ehefrau des Klägers, obgleich sie Internistin ist, nur im ganz geringen Umfang fachinternistische Leistungen erbracht. Auch bei ihr lag das Schwergewicht auf der hausärztlichen Tätigkeit. Besonders häufig wurden die EBM-Nrn.1, 2, 10 und 25 abgerechnet. Hinzukommt in den Quartalen, in denen Frau W. als hausärztliche Internistin zugelassen war, die Hausarztpauschale (ausgewiesen unter Nr.8066). Weitere Indizien für die fehlende Trennung der beiden Praxen sind, dass in vielen Fällen die Karten der Versicherten am selben Tag in beiden Praxen eingesehen wurden, zum Teil ohne dass überhaupt an diesem Tag Behandlungen erfolgt sind. Desweiteren fällt die vielfach wortgleiche Formulierung der Diagnosen auf. Daraus kann nicht, wie von Klägerseite zeitweilig argumentiert wurde, auf eine besonders sorgfältige Diagnoseerhebung, die dann auch konsequent zum selben Ergebnis führt, geschlossen werden, denn bei der Formulierung ärztlicher Diagnosen hat der Arzt, auch bei inhaltlicher Übereinstimmung durchaus verschiedene Ausdrucksmöglichkeiten. Insoweit beruft sich der Senat auf die Fachkunde seiner ärztlichen Beisitzer. Dies ist vielmehr ein Indiz dafür, dass auch Patientendaten von beiden Praxen gemeinsam benutzt wurden, was unter Gesichtspunkten des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht nicht zu akzeptieren ist.

Zusammenfassend steht für den Senat fest, dass die Ärzte zwar offiziell in der Form der Praxisgemeinschaft, tatsächlich aber wie eine Gemeinschaftspraxis tätig geworden sind. Gegenüber einer korrekt genehmigten Gemeinschaftspraxis hatten sie dadurch eine Reihe von Vorteilen bei der Abrechnung. So fiel in den Quartalen, in denen Frau W. als hausärztliche Internistin zugelassen war, automatisch in beiden Praxen die Hausarztpauschale an. Ferner konnten beide Praxen in allen Quartalen die EBM-Nrn.1 und 2 ansetzen, was sonst nur einmal möglich gewesen wäre. Darüber hinaus entstand in beiden Praxen ein gesonderter Behandlungsfall mit entsprechenden Auswirkungen auf die Höhe der Budgets und etwaige Überschreitungen im Falle einer eventuellen Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Der Kläger und seine Partnerin haben mit dieser Vorgehensweise nicht nur gegen § 33 Abs.2 Ärzte-ZV verstoßen, wonach für den Betrieb einer Gemeinschaftspraxis eine gesonderte Zulassung erforderlich ist, sondern zugleich auch gegen den Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung, soweit die Patienten nicht durch den jeweiligen Arzt, sondern durch den/die Praxisgemeinschaftspartner/in behandelt

wurde, etwa wenn der jeweils zuständige Arzt nicht da war oder anderweitig beschäftigt war. Darüber hinaus verstößt das Vorgehen auch gegen die in § 32 Abs.1 Ärzte-ZV festgelegten Vertretungsregeln. Soweit einer der Ärzte es aus medizinischen Gründen für notwendig erachtet hat, dass der Partner/die Partnerin die (Mit-)Behandlung übernehmen sollte, hätte ein Überweisungsschein ausgestellt werden müssen (§ 24 BMV-Ä, § 27 EKV-Ä). Soweit ein Überweisungsschein in den streitigen Quartalen tatsächlich vorhanden war, wurden diese Fälle bei der Honorarneufestsetzung und Rückforderung ausgenommen (dazu siehe unten). Soweit eine zulässige Vertretung vorlag, hätten die entsprechenden Leistungen über einen Vertreterschein abgerechnet werden müssen, und nicht einfach von der jeweils anderen Praxis auf regulären Behandlungsschein. Schließlich verstößt die Vorgehensweise der Kläger auch gegen die Regelungen der hausärztlichen Versorgung (§ 73 Abs.1 Satz 2 SGB V i.V.m. dem Hausarztvertrag). Ein Versicherter kann grundsätzlich nicht zwei Hausärzte haben. Der Senat verweist auf § 76 Abs.3 Satz 1 SGB V, wonach der Patient innerhalb eines Kalendervierteljahres nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes den Arzt wechseln soll. Zwar wendet die Klägerseite zu Recht ein, dass die zuletzt genannte Bestimmung in erster Linie sich an den Versicherten wendet, doch ergibt sich daraus mittelbar, dass der Vertragsarzt, wenn ihm solches zur Kenntnis kommt, bzw. bei Beginn der Behandlung, den Patienten darauf hinweisen muss, vor allem aber auf keinen Fall berechtigt ist, einem solchen Verhalten Vorschub zu leisten, indem er den Patienten zum Praxisgemeinschaftspartner schickt oder den Wechsel zwischen den beteiligten Praxen bewusst hinnimmt.

Es überzeugt nicht, wenn die Klägerseite dem entgegenhält, der Kläger könne ja nicht wissen, ob ein Versicherter auch bei seiner Gemeinschaftspartnerin in Behandlung sei, wegen des Datenschutzes. Dies stellt sich aus der Sicht des fachkundig besetzten Senats als eine reine Schutzbehauptung dar. Bei einer für die Praxisgemeinschaft typischen räumlichen und personellen Zusammenarbeit ist es völlig unrealistisch, dass ein Arztwechsel nicht zumindest vom Personal bemerkt wird. Für das Verhalten des Personals ist der Arzt verantwortlich. Zwar mag ein Fehler im Einzelfall nicht immer auszuschließen sein. Eine Patientenidentität in dem hier vorliegenden Umfang kann dadurch aber keinesfalls erklärt werden.

Damit steht fest, dass das Verhalten des Klägers und seiner Praxisgemeinschaftspartnerin gegen eine Reihe von vertragsärztlichen Bestimmungen verstößt und einen Missbrauch der Kooperationsform der Praxisgemeinschaft darstellt mit für die Ärzte vor teilhaften honorarmäßigen Folgen. Da sie in ihrer Abrechnungssammelerklärung die ordnungsgemäße Erbringung und Abrechnung ihrer Leistungen versichert haben, erweist sich diese als falsch und verliert ihre Garantiewirkung. Die Beklagte ist berechtigt, die Honorarbescheide aufzuheben und die Honorare im Wege der Schätzung neu festzusetzen (vgl. BSG vom 17. September 1997, Az.: 6 RKA 86/95 = SozR 3-5500 § 35 Nr.1).

Die Vorgehensweise der Beklagten bei der Neufestsetzung der Honorare und der Rückforderung der überzahlten Beträge mit dem angefochtenen Bescheid ist nicht zu beanstanden. Bei der Neufeststellung der Honorare hat die Beklagte ein weites Schätzungsersessen. Keinesfalls steht den in einer scheinbaren 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 (BSG a.a.O. unter Hinweis auf Wehebrinck in NZS 2005, 400). 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 (a.a.O.) führt vielmehr weiter aus, dass jedenfalls bei einer Patientenidentität von mehr als 50 % (so auch hier) bei formal unter der Rechtsform einer Praxisgemeinschaft zusammenarbeitenden Ärzten des selben Fachgebiets solche Gebührentatbestände des EBM-Ä, 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 scheide eine vergütungsrechtliche Zuordnung der Leistungen zu einem der Vertragsärzte aus. Dieser Gedanke kann auf die hier vorliegende Praxisgemeinschaft jedenfalls in den Quartalen übertragen werden, in denen die Ehefrau des Klägers als hausärztliche Internistin zugelassen war. Letztlich braucht diese Frage hier aber nicht entschieden zu werden, weil die Beklagte bei der Neufestsetzung der Honorare von dieser Möglichkeit keinen Gebrauch gemacht hat. Insbesondere hat sie entgegen der Auffassung des Klägerbevollmächtigten keinesfalls irgendwelche Leistungen gänzlich unberücksichtigt gelassen. Vielmehr wurden bei der Neufestsetzung alle Behandlungsfälle voll vergütet, die nur von einem der Ärzte behandelt wurden und darüber hinaus besonders gelagerte gemeinsame Fälle z.B. Notfälle (sogenannte Solitäre Fälle). Ferner wurden die Fälle voll anerkannt, die zwar von beiden Ärzten behandelt wurden, bei denen es sich aber um durch entsprechende Scheine ausgewiesene Überweisungs- oder Vertreterfälle handelte. Die danach verbliebenen gemeinsamen Fälle wurden in den Quartalen 3/99, 1/00 und 2/00 im einzelnen geprüft. Dabei wurden zusätzlich die Fälle als berechtigt anerkannt, bei denen die Internistin fachärztliche Leistungen erbracht hat. Dies konnte der Senat anhand der vorliegenden Originalscheine der vorgenannten Quartale mit Hilfe seiner ehrenamtlichen Richter nachvollziehen. Dabei ergab sich ein Anteil von nicht korrekten gemeinsamen Behandlungsfällen von durchschnittlich 47,69 % in den o.g. Quartalen. Diesen Anteil hat die Beklagte auf die übrigen streitgegenständlichen Quartale übertragen. Gegen diese Übertragung zum Zwecke der Schätzung des in allen streitigen Quartalen zustehenden Honorars hat der Senat keine Bedenken, da es sich um eine sehr große Anzahl von individuell geprüften Fällen handelt, die noch dazu aus drei unterschiedlichen Quartalen resultieren.

Um abzuschätzen, welches Honorar konkret auf die unkorrekten gemeinsamen Behandlungsfälle entfällt, hat die Beklagte einen durchschnittlichen Fallwert beider Praxen errechnet und diesen mit der Anzahl der unkorrekten Fälle multipliziert. Auch diese Vorgehensweise ist aus der Sicht des Senats nicht zu beanstanden, denn es ist unmöglich, im einzelnen festzustellen, welche Leistungen bei den gemeinsamen Fällen konkret in welcher Praxis zu Unrecht abgerechnet wurden. In dieser Weise wurde in pauschaler Schätzung das Honorar für unberechtigte gemeinsame Fälle genau einmal von beiden Praxen zusammen abgezogen. Es trifft also nicht zu, wie von Klägerseite geltend gemacht wird, dass die auf die rechtsmissbräuchlich doppelt behandelten Behandlungsfälle entfallenden Leistungen überhaupt nicht vergütet worden seien bzw. von beiden Praxen in vollem Umfang zurückgefordert worden wären. Vielmehr wurde beiden zusammen ein pauschaliertes Honorar für die zu Unrecht in beiden Praxen abgerechneten Fälle belassen.

Sodann wurde der sich so errechnende insgesamt zu Unrecht erhaltende Honorarbetrag anteilig nach dem Abrechnungsvolumen der jeweiligen Praxis auf beide Praxen verteilt und das Honorar in der Höhe neu festgesetzt, die sich ergibt, wenn man von dem ursprünglich angeforderten Honorar den anteilig zurückzuzahlenden Honorarbetrag abzieht. Diese Verteilung der Rückzahlungslast erscheint dem Senat im höchsten Maße sachgerecht, da - wie schon erwähnt - nicht im Einzelfall festzustellen ist, welcher Praxis der jeweilige Behandlungsfall korrekterweise hätte zugeordnet werden können mit der Folge, dass die in der anderen Praxis abgerechneten Leistungen für diesen Behandlungsfall zu streichen waren. Die Beklagte ist demnach in der Weise vorgegangen, dass sie nicht unmittelbar geschätzt hat, welches Honorar unter Beachtung der Regeln des Vertragsarztrechts der jeweiligen Praxis zugestanden hätte, sondern vielmehr errechnet hat, welches Honorar den Praxen bei Beachtung der Regeln nicht zugeflossen wäre. Neufestgesetzt wurde das Honorar sodann nach Abzug

dieses nicht zustehenden Betrages. Es ist nicht erkennbar, warum dieser Weg nicht zulässig sein sollte.

Des weiteren wurde mit dem angefochtenen Bescheid die sich aus der Differenz zwischen dem tatsächlich gezahlten Honorar und dem in oben dargelegter Weise errechneten zustehenden Honorar ergibt zurückgefordert. Rechtsgrundlage dafür ist [§ 50 SGB X](#).

Nach allem war die Berufung des Klägers mit der Kostenfolge nach [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs.1](#) Verwaltungsgerichtsordnung zurückzuweisen.

Gründe für die Zulassung der Revision sieht der Senat vor allem im Hinblick auf die Urteile des BSG vom 28.09.2005 ([B 6 KA 14/04 R](#)) und vom 22. März 2006 ([B 6 KA 76/04 R](#)) nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2007-09-06