

L 11 KA 60/06

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

11
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 2 KA 20/04
Datum
12.01.2005
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KA 60/06
Datum
13.12.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Düsseldorf vom 12.01.2005 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Rückforderung von Honorar für die Quartale I/99 bis IV/01.

Der Kläger nimmt als Vertragszahnarzt in E an der vertragszahnärztlichen Versorgung teil. Er ist Partner einer Praxisgemeinschaft, die (bezogen auf alle Mitglieder der Praxisgemeinschaft) werktäglich Öffnungszeiten von 07:00 Uhr bis 24:00 Uhr, an Wochenenden/Feiertagen von 07:00 Uhr bis 19:00 Uhr anbietet. Die der Praxisgemeinschaft angehörenden Zahnärzte sind in unterschiedlichen Schichten anwesend.

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Beklagten sah in den streitbefangenen Quartalen eine fallzahlabhängige Vergütung vor. Nach § 4 Abs. 1 a) Abschnitt h) HVM wurden für Zahnärzte nach Leistungsarten (KCH, KB/KG, KFO, ZE, PAR) und Kassenbereichen getrennte Teilkontingente gebildet. Für die Leistungsart KCH wurde ein maximales Punktzahlvolumen je Fall, für die anderen Leistungsbereiche ein fester DM-Betrag bezogen auf die Fälle der KCH-Abrechnung bestimmt. Die Summe der Teilkontingente ergab ein individuelles Gesamtkontingent je Kassenart. Bis zum Erreichen der Teilkontingente nahmen die angeforderten Punkte/DM-Beträge je Fall an dem mit den Krankenkassen vereinbarten und vergüteten Punktwert teil. Für einzelne Fälle nicht verbrauchte Punkte/DM-Beträge wurden auf andere Fälle innerhalb der Leistungsart desselben Kassenbereichs übertragen. Nicht verbrauchte Teilkontingente einer Leistungsart kamen den anderen Leistungsarten zugute, soweit nach der Jahresabrechnung von den Krankenkassen gezahlte Vergütungsvolumen zur Verfügung stehen. Soweit durch den Wirkungsmechanismus der Regelung insgesamt eine Begrenzung des dem Vertragszahnarzt im einzelnen Quartal und im Kalenderjahr zustehenden Honorars hervorgerufen wurde, wurden angeforderte Punkte/DM-Beträge bei der Honorarverteilung nicht berücksichtigt.

Die Beklagte bat mit Schreiben vom 30.07.2001 wegen einer auffällig hohen Zahl von Patienten, die auch von Kollegen der Praxisgemeinschaft behandelt worden waren, den Kläger dazu um Stellungnahme. Im Jahre 1999 war es in durchschnittlich rund 27,9 % der Fälle, im Jahre 2000 in 33,1 % der Fälle des Klägers zu Mitbehandlungen durch Partner der Praxisgemeinschaft gekommen. Der Kläger erwiderte, dass keine Überweisung an andere Partner erfolgt seien und lediglich bei Abwesenheit wegen Krankheit, Urlaub pp. Vertretungen erfolgten. Es sei allerdings bei Notfällen auch nicht auszuschließen, dass andere Zahnärzte die gleichen Patienten behandelten. Nach einem Gespräch zu den Gründen der Doppelbehandlungen mit einem Mitglied der Praxisgemeinschaft, der für alle betroffenen Partner erschienen war, forderte die Beklagte mit Bescheid vom 13.05.2003 für die Quartale I/1999 bis IV/2001 Honorar in Höhe von 26.655,02 Euro zurück. Zur Begründung führte sie aus, auf Grund der durch die Doppelbehandlungen hervorgerufenen Fallzahlvermehrung sei es zu einer unzulässigen Erhöhung der HVM-Kontingente gekommen. Wenn man einen berechtigten Anteil von etwa 10 % für Urlaubs- etc. Vertretungen berücksichtige, bleibe ein relativ hoher Anteil doppelt behandelter Fälle, die nicht durch Praxisbesonderheiten oder die Organisation der Praxis erklärbar sei. Bei der Berechnung der Honorarrückforderung zog die Beklagte von den tatsächlich zur Abrechnung gelangten Fälle die mehrfach behandelten Fälle ab. Ein eigener Anteil des Klägers an diesen Fällen wurde in der Weise ermittelt, dass der Fall mit einem entsprechenden Bruchteil nach der Zahl der beteiligten Behandler berücksichtigt wurde (also bei zwei Behandlern mit 0,5, bei drei Behandlern mit 0,33). Nach Addition dieser Anteile wurde die Fallzahl um die von der Beklagten als vertretbar angesehene Quote von 10 % zulässiger Mehrfachbehandlungen erhöht. Ein Vergleich der Abrechnungswerte unter Zugrundelegung der tatsächlich abgerechneten Fallzahl und der nach der genannten Berechnung ermittelten Fallzahl ergab den als Folge einer unzulässigen Kontingenterhöhung unberechtigt erhaltenen Honoraranteil.

Der Kläger machte mit seinem Widerspruch geltend, die Versicherten hätten auf Grund ihres Rechts auf freie Arztwahl die Möglichkeit, den Behandler bei triftigen Gründen zu wechseln. Soweit nach § 76 Abs. 3, 5. Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ein Versicherter den Vertragszahnarzt innerhalb eines Kalendervierteljahres nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln solle, sei durch die Einführung einer Krankenversicherungskarte ein Arztwechsel erleichtert worden und werde von den Krankenkassen weitestgehend toleriert. Im Übrigen richte sich diese Verpflichtung nur an den Patienten. Der Vorwurf einer unzulässigen Erhöhung der Fallzahlen sei unberechtigt. Er habe keine Überweisungen ausgestellt oder den Patienten in die Behandlung eines anderen Zahnarztes verwiesen. Bei den Behandlungen von Patienten, die sich bereits in Behandlung eines Partners der Praxisgemeinschaft befunden hätten, habe es sich um Notfälle oder Vertretungsfälle gehandelt. Die Versicherten seien in dieser Situation berechtigt gewesen, einen anderen Zahnarzt in Anspruch zu nehmen. Ob sie dabei auf einen Zahnarzt außerhalb der Praxisorganisation oder auf ein Mitglied der Praxisgemeinschaft zurückgriffen, sei unerheblich. Im Übrigen seien bei dem Gespräch einzelne Fälle erörtert worden, bei denen "zum Teil" triftige Gründe für einen Wechsel des Behandlers dargelegt worden seien.

Die Beklagte half dem Widerspruch des Klägers mit Widerspruchsbescheid vom 17.12.2003 in Höhe von 15.520,22 Euro ab und wies den Widerspruch im Übrigen zurück. In einer Praxisgemeinschaft sei der Vertretungsfall der Ausnahmefall. Der Kläger und die Partner in der Praxisgemeinschaft hätten jedoch den Praxisbetrieb so organisiert, dass während der Sprechstundenzeiten nicht alle Vertragszahnärzte anwesend seien und die abwesenden Zahnärzte vertreten würden. Diese Abwesenheit beruhe nicht auf den gesetzlich anerkannten Vertretungsgründen. Die gewählte Organisationsform sei in einer Gemeinschaftspraxis möglich, nicht jedoch bei einer Praxisgemeinschaft, da sowohl die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung wie die Präsenzpflicht verletzt werden. Der Einwand, es habe sich um Notfälle gehandelt, greife nicht durch. Aus den Behandlungsunterlagen gehe hervor, dass in den Fällen der Doppelbehandlungen vor allem allgemeine Leistungen erbracht worden seien, die sich als reguläre Fortsetzung einer längerfristig angelegten Therapie darstellten.

Zur Begründung der am 16.01.2004 erhobenen Klage hat der Kläger vorgetragen, der Vorwurf einer missbräuchlichen Praxisorganisation sei unberechtigt. Es gebe in der Praxisgemeinschaft getrennte Praxen, getrennte Abrechnungen und eine getrennte Patientenführung. Die Ausgestaltung der Praxisgemeinschaft sei Sache der Ärzte. Sie dürften selbst bestimmen, wann sie in der Praxis anwesend seien und müssten lediglich den Patienten in einem ausreichendem Maß zur Verfügung stehen. Der einzelne Zahnarzt sei nicht dazu berufen, zu entscheiden, wann ein Patient aus wichtigem Grund den Behandler wechseln dürfe. § 76 Abs. 3, 5. Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verbiete nicht, dass in einer Praxisgemeinschaft verbundene Ärzte denselben Patienten in einem Quartal gleichzeitig behandelten. Soweit die Beklagte eine Quote von 10 % von Doppelbehandlungen für hinnehmbar erachte, sei diese Festlegung willkürlich, denn im Bereich KZV Westfalen Lippe gehe man von einer Quote von 30 % aus. Eine Rückforderung von Honorar dürfe im übrigen auch nur insoweit erfolgen, als das Budget in den zurückgeforderten Fällen überschritten sei.

Mit Gerichtsbescheid vom 12.01.2005 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Es hat eine Befugnis der Beklagten zur sachlich-rechnerischen Berichtigung der Honorarabrechnungen der Jahre 1999 und 2000 bejaht, denn der Vorwurf des Gestaltungsmissbrauchs und der damit einhergehenden gemeinsamen Behandlung von Patienten mit dem Ergebnis einer unzulässigen Fallzahlvermehrung sei berechtigt. Bei der von der Praxisgemeinschaft gewählten Organisation mit Öffnungszeiten, die weit über die Arbeitszeit des einzelnen Arztes hinausgingen, werde eine Doppelbehandlung von Patienten provoziert.

Gegen den ihm am 17.01.2005 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 17.02.2005 Berufung eingelegt, die er zunächst nicht begründet hat. Das Verfahren hat im Hinblick auf das beim BSG anhängige Verfahren ([B 6 KA 76/04 R](#)) geruht. Nach dessen Urteil vom 22.03.2006 hat der Kläger am 22.06.2006 die Wiederaufnahme beantragt. Er meint, sein Fall sei nicht mit dem vom BSG entschiedenen Fall vergleichbar. In dem dort entschiedenen Fall sei eine Gemeinschaftspraxis in eine Praxisgemeinschaft umgewandelt, gleichwohl aber wie eine Gemeinschaftspraxis weitergeführt worden. Ferner habe es dort in 58 % der Fälle Überschneidungen gegeben.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Düsseldorf vom 12.01.2005 abzuändern und die Bescheide der Beklagten vom 13.05.2003 und 17.12.2003 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend und sieht sich durch die Entscheidung des BSG in ihrer Auffassung bestätigt. Sie sei bei den Honorarkürzungen unterhalb des möglicherweise zulässigen Umfangs einer Berichtigung geblieben, da Streichungen ggfs. bei allen Partnern der Praxisgemeinschaft zulässig gewesen wären.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sach- und Streitstandes, auch hinsichtlich des Vorbringens der Beteiligten, wird auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie der Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist nicht begründet. Das Sozialgericht hat zu Recht die Klage abgewiesen, denn die angefochtenen Bescheide sind nicht zu beanstanden.

Die Beklagte durfte wegen der hohen Zahl der in der Praxisgemeinschaft während eines Quartals von verschiedenen Mitgliedern der Praxisgemeinschaft gleichzeitig behandelten Patienten Honorar für die Jahre 1999 und 2000 zurückfordern. Zur Begründung nimmt der Senat auf die ausführlichen und zutreffenden Ausführungen des Sozialgerichts Bezug ([§ 153 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)).

Das nach der Verkündung des erstinstanzlichen Urteils ergangene Urteil des BSG vom 22.03.2006 ([B 6 KA 76/04 R](#)) bestätigt die Rechtsauffassung der Beklagten, dass die Befugnis zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung von Honoraranforderungen auch im Falle der missbräuchlichen Nutzung der Gestaltungsform der Praxisgemeinschaft besteht. Da Honorarbescheide stets als nur vorläufig anzusehen

sind, stehen dieser Richtigstellungsbefugnis Vertrauensschutzgesichtspunkte nur in besonderen Konstellationen entgegen; vgl. BSG, Urteil vom 14.12.2005 - [B 6 KA 17/05 R](#); eine solche Fallkonstellation liegt hier nicht vor. In der Rückforderung des Honorars liegt auch implizit eine (Teil-) Aufhebung der für die streitigen Quartale ergangenen Honorarbescheide (vgl. von Wulffen/Wiesner, SGB X, 5. Auflage, § 50 Randnr. 11).

Entgegen der Ansicht des Klägers ist auch in der Sache das genannte Urteil des BSG vom 22.03.2006 im vorliegenden Fall einschlägig. Zwar mag vordergründig im dort entschiedenen Fall eine andere Fallkonstellation vorgelegen haben. Das BSG fordert jedoch allgemein, dass die nach außen gewählte Rechtsform von Vertrags(zahn)ärzten im Praxisalltag transparent realisiert werden muss, was es mit den wirtschaftlichen Folgen der Doppelabrechnungen im entschiedenen Fall begründet. Ein Gestaltungsmissbrauch liegt vor, wenn die Partner einer Praxisgemeinschaft zu einem hohen Anteil Patienten gemeinschaftlich behandeln, wobei das BSG offen gelassen hat, ab welchem vom-Hundert-Satz gemeinsam behandelter Patienten in einer fachgebietsgleichen Praxisgemeinschaft ein Missbrauch der Rechtsform anzunehmen ist. In dem dort entschiedenen Fall betrug zwar die Quote 58 %, der Senat hat jedoch keine Bedenken, dass auch bei einer Überschneidungsquote von 27,9 % bzw. 33,1 % von einem Missbrauch auszugehen ist. Dies gilt vor dem Hintergrund der wirtschaftlichen Auswirkungen solcher Doppelbehandlungen, die wegen der Fallzahlvermehrung nach dem HVM der Beklagten zu einer ungerechtfertigten Erhöhung der Kontingente führt. Dabei ist wegen der Übertragbarkeit nicht ausgeschöpfter Punktzahlvolumen/DM-Beträge in einzelnen Fällen auf andere Fälle der "Anreiz" besonders hoch, durch eine nur kurzfristige Mitbehandlung eines Patienten der eigenen Fallzahl sogenannte "Verdünnerrfälle" zuzufügen.

Zutreffend hat das Sozialgericht auch dargelegt, dass durch die Praxisorganisation der Praxisgemeinschaft, der der Kläger angehört hat, in hohem Maße vorbestimmt ist, dass die Patienten von wechselnden Ärzten behandelt werden. Die nach außen kommunizierten Sprechzeiten "der" Praxisgemeinschaft von 07:00 Uhr bis 24:00 Uhr sind ohnehin irreführend, weil angesichts der rechtlichen Selbständigkeit der einzelnen Einzelpraxis keiner der beteiligten Partner derart lange Sprechzeiten anbietet und somit Patienten, die auf eine Behandlung zu bestimmten Zeiten angewiesen sind oder darauf bestehen, notwendig den Arzt wechseln müssen. Die Argumentation des Klägers, durch die langen Öffnungszeiten suchten besonders viele Notfallpatienten die Praxisgemeinschaft auf, geht an der Sache vorbei. Patienten, die noch nicht in der Behandlung eines der Partner der Praxisgemeinschaft sind und die Praxis im Notfall (statt des ärztlichen Notdienstes) aufsuchen, werden überhaupt nicht als Doppelbehandlungen erfasst. Dieser Vorwurf betrifft nur Patienten, die in Behandlung eines der Partner sind und dann von einem anderen mitbehandelt werden. Es bedarf keiner näheren Erörterung, dass eine Quote von 27,9 % bzw. 33,1 % von Doppelbehandlungen nicht durch medizinische Notfälle erklärt werden kann. Wenn ein Patient innerhalb einer kurzen Zeitspanne von drei verschiedenen Ärzten behandelt wird (s. die Fälle Petra Hoffmann, Böhme, Choi, jeweils 1. Quartal 2001), kann kaum jeweils ein Notfall vorgelegen haben. Im Übrigen hat die Beklagte im Widerspruchsbescheid darauf hingewiesen, dass in den fraglichen Fällen vor allem allgemeine Leistungen erbracht worden seien, die sich nicht als Behandlung eines aktuellen Notfalles darstellten. Dem ist der Kläger nicht fundiert entgegengetreten.

Die Beklagte hat für ihren Bereich einen Anteil von Doppelbehandlungen in Praxisgemeinschaften von 3 bis 5 % ermittelt, so dass eine Quote von 27,9 % bzw. 33,1 % derart auffällig ist, dass sie nur mit einem Verstoß gegen die Gestaltungsform der Praxisgemeinschaft erklärbar ist. Soweit der Kläger darauf hinweist, dass im Bereich der KZV Westfalen-Lippe eine Doppelabrechnungsquote von 30 % gebilligt werde, ist dem entgegen zu halten, dass nach den Feststellungen der Beklagten im Verwaltungsverfahren (Vorlage für den Vorstand vom 14.04.2003) die Quote der Doppelbehandlungen in der Praxisgemeinschaft im dritten Quartal 2002 im "Normbereich" gelegen, also zumindest 10 % nicht überschritten hat. Dies zeigt, dass aus medizinischen (Notfallbehandlungen) oder sachlichen Gründen (Vertretung) Mehrfachbehandlungen auch in der Praxisgemeinschaft, der der Kläger angehört, nicht in einem größeren Umfang anfallen und dass somit eher die Quote der KZV Westfalen-Lippe mit Sachgründen nicht erklärbar ist. Auch der Umstand, dass im Falle des Klägers im Jahre 1999 bei etwa gleich bleibender Fallzahl sich die Anzahl der Doppelbehandlungen gegenüber dem ersten Quartal 1999 in den Folgequartalen (im Durchschnitt) verdoppelt hat, weist darauf hin, dass keineswegs Notfall- oder Vertretungsbehandlungen für den Umfang der Mehrfachbehandlungen in den streitbefangenen Quartalen verantwortlich sein können, denn es wäre nicht erklärlich, warum plötzlich Notfall- oder Vertretungsfälle innerhalb der Praxisgemeinschaft derart zugenommen haben sollten.

Auch die Berechnung der Honorarrückforderung hält der Senat für sachgerecht. Die Beklagte hat keine Leistungen gestrichen, sondern lediglich eine fiktive Fallzahl ermittelt, die sich bei "richtiger" Anwendung der rechtlichen Vorgaben ergeben hätte und hiervon ausgehend die Kontingente neu berechnet. Die Differenz zwischen dem so errechneten Honorar und dem tatsächlich erhaltenen ist der Mehrbetrag, den der Kläger durch die künstlich produzierten Honorarzuwächse zu Unrecht erhalten hat. Wenn es nach der Entscheidung des BSG vom 22.03.2006 ([a.a.O.](#)) der Beklagten grundsätzlich erlaubt ist, gegen mit einer "unechten" Fallzahlvermehrung verbundene künstlich produzierte Honorarzuwächse vorzugehen, ist auch der von der Beklagten beschrittene Weg, der Honorarberechnung eine fiktive Zahl "echter" Behandlungsfälle zu Grunde zulegen, sachgerecht.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2007-03-09