

L 11 KA 82/05

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

11
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 2 KA 24/04
Datum

22.06.2005
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KA 82/05
Datum

13.12.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 17/07 B
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 22.06.2005 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über Honorarrückforderungen für die Quartale I/99 bis IV/00.

Der Kläger nimmt als Vertragszahnarzt in E an der vertragszahnärztlichen Versorgung teil. Bis zum 31.12.2002 war er 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 standen. 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 waren durchschnittlich 37,6 % der Patienten, im Jahre 2000 38,2 % der Patienten auch von Partnern der Praxisgemeinschaft behandelt worden. 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 mit einem Mitglied der Praxisgemeinschaft zu den Gründen der Doppelbehandlungen forderte die Beklagte mit Bescheid vom 13.05.2003 für die Quartale I/1999 bis IV/2001 Honorar in Höhe von 17.964,87 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 behandelte Fälle, die nicht durch Praxisbesonderheiten oder die Organisation der Praxis erklärbar seien. Bei der Berechnung der Honorarrückforderung zog die Beklagte von den tatsächlich zur Abrechnung gelangten Fällen 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 S. 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 zunächst von einem Partner der Praxisgemeinschaft behandelt worden seien, 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 mit einem Mitglied der Praxisgemeinschaft 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 8.653,93 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.

Mit der am 19.01.2004 erhobenen Klage hat der Kläger gerügt, es fehle schon an einer Rechtsgrundlage für die Rückforderung. Die Honorare seien auf der Grundlage bestandskräftiger Honorarbescheide gezahlt worden, die die Beklagte nicht zurückgenommen habe. Auch in der Sache sei die Rückforderung unberechtigt. Er habe alle Leistungen erbracht und richtig abgerechnet. Soweit Patienten während desselben Quartals von einem anderen Partner der Praxisgemeinschaft behandelt worden seien, liege kein Rechtsverstoß vor. Insbesondere enthalte [§ 76 Abs. 3 SGB V](#) kein Behandlungs- oder Abrechnungsverbot. Der Vorwurf, wegen der Öffnungszeiten der Praxisgemeinschaft habe er in Kauf genommen, dass Patienten zu Zeiten die Praxis aufgesucht hätten, an denen er nicht habe anwesend sein können, sei schon deshalb unberechtigt, weil er eine Bestellpraxis betrieben habe. Das Empfangspersonal habe die Weisung gehabt, Patienten nur Termine im Rahmen seiner Öffnungszeiten anzubieten. Falls Patienten in seiner Abwesenheit an andere Behandler verwiesen worden seien, habe er davon keine Kenntnis gehabt. Behandlungen von Patienten anderer Partner seien nur vertretungsweise oder in Notfällen erfolgt. Im Übrigen sei die Beklagte auch nicht berechtigt, das Honorar auch in den Fällen zurückzufordern, in denen er als Erstbehandler tätig gewesen sei und dann der Patient ohne sein Zutun einen weiteren Zahnarzt in der Praxisgemeinschaft konsultiert habe.

Die Beklagte hat ihre Bescheide verteidigt, sie hat darauf hingewiesen, dass in ihrem Bereich in der überwiegenden Anzahl der Praxisgemeinschaften die Zahl von Mehrfachbehandlungen im Durchschnitt weniger als 5 % betrage. Wenn demgegenüber im Falle des Klägers im Jahre 1999 37,6 % und im Jahre 2000 38,2 % der von ihm behandelten Patienten auch von anderen Partnern der Praxisgemeinschaft behandelt worden seien, rechtfertige dies den Vorwurf einer Missachtung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen zur Vermeidung unnötiger Mehrfachbehandlungen innerhalb eines Quartals. Diese würden durch die Organisation der Praxisgemeinschaft geradezu provoziert.

Mit Urteil vom 22.06.2005 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 das ihm am 07.07.2005 zugestellte Urteil hat der Kläger am 01.08.2005 Berufung eingelegt.

Er wiederholt im Wesentlichen seinen bisherigen Vortrag und betont, er habe das grundgesetzlich geschützte Recht, seinen Praxisbetrieb so zu organisieren, dass er optimale Behandlungszeiten für seine Patienten anbieten und andererseits eine Gewinnmaximierung erreichen könne. Es gebe keine Vorschrift, die es verbiete, Patienten abzuweisen, die bereits von einem anderen Zahnarzt behandelt worden seien. Umgekehrt hätten die Patienten das Recht der freien Arztwahl. Zudem sei eine Honorarrückforderung jedenfalls dann unzulässig, wenn ein Patient nach erstmaliger Behandlung durch ihn zusätzlich einen anderen Behandler aufsuche.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 22.06.2005 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.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sach- und Streitstandes, auch hinsichtlich des Vorbringens der Beteiligten, wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der Verwaltungsakte 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 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 37,6 % bzw. 38,2 % 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 37,6 % bzw. 38,2 % von Doppelbehandlungen nicht durch medizinische Notfälle erklärt werden können. Dass ein Patient innerhalb einer kurzen Zeitspanne von drei verschiedenen Ärzten behandelt wird (s. die Fälle Q I, C, D, jeweils 1. Quartal 2001), lässt sich mit Notfallbehandlungen kaum begründen. 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.

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 "echte" Behandlungsfälle zuzurechnen, sachgerecht.

Soweit der Kläger geltend macht, ihm dürfe nicht in den Fällen, in denen er Erstbehandler gewesen sei, Honorar wegen einer von ihm nicht beeinflussten zusätzlichen Konsultation eines weiteren Arztes durch den Patienten zurückverlangt werden, ist ihm entgegen zu halten, dass von wechselseitigen "Vertretungen" in der Praxisgemeinschaft auszugehen ist, mit anderen Worten, der Kläger auch solche Patienten mitbehandelt hat, die sich schon in Behandlung eines Partners der Praxisgemeinschaft befunden haben. Insoweit kann beispielhaft auf die Fälle Eiker, Euler, Tosch und Rummler im 1. Quartal 2001 hingewiesen werden, in denen jeweils vor der Behandlung durch den Kläger ein anderer Arzt der Praxisgemeinschaft aufgesucht worden war. Es spricht nichts dafür, dass in den streitbefangenen Quartalen eine abweichende Gestaltung vorgelegen hätte. Vor diesem Hintergrund durfte die Beklagte auch alle Mehrfachbehandlungsfälle für die Berechnung der Honorarrückforderung berücksichtigen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2007-03-06