

## S 83 KA 23/18

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

SG Berlin (BRB)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

83

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 83 KA 23/18

Datum

25.09.2019

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Auch bei Nichtüberschreitung des Auffangkriteriums nach § 11 Abs. 2 der Abrechnungsprüfungsrichtlinie ist grundsätzlich die Beanstandung des Missbrauchs der Kooperationsform möglich.

Der Honoraraufhebungs- und Rückforderungsbescheid vom 18.08.2016 für die Abrechnungsquartale I/2010 bis IV/2011 sowie II/2012 bis IV/2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12.12.2017 wird insoweit aufgehoben, darin:

- das ärztliche Honorar für das Quartal II/2010 um mehr als 423,86 Euro,
- das ärztliche Honorar für das Quartal IV/2010 um mehr als 861,80 Euro,
- das ärztliche Honorar für das Quartal I/2011 um mehr als 1.329,86 Euro,
- das ärztliche Honorar für das Quartal II/2012 um mehr als 836,45 Euro,
- das ärztliche Honorar für das Quartal III/2012 um mehr als 807,05 Euro,
- das ärztliche Honorar für das Quartal III/2013 um mehr als 2.116,48 Euro,
- das ärztliche Honorar für das Quartal IV/2013 um mehr als 2.880,01 Euro

gekürzt wurde.

Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens zu 70 %, die Beklagte zu 30 %.

Die Hinzuziehung des Bevollmächtigten für das Vorverfahren wird für notwendig erklärt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit der Honorarrückforderung für insgesamt 15 Quartale (I/2010 bis IV/2011 und II/2012 bis IV/2013). Hintergrund ist der Vorwurf des Missbrauchs der Kooperationsform, sowie die Falschabrechnung der anästhesiologischen Grundpauschale in einigen Fällen.

Die Klägerin nimmt seit dem 06.10.2003 als Fachärztin für Anästhesiologie an der vertragsärztlichen Versorgung teil und ist seit dem 17.03.2004 in der P. Allee in B. tätig. In den streitgegenständlichen Quartalen bestand eine Praxisgemeinschaft mit Frau Dr. F., ebenfalls Fachärztin für Anästhesiologie.

Mit Schreiben vom 29.04.2014 und 11.06.2014 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass eine Überprüfung ergeben habe, dass sie das auf Aufgreifkriterium einer Patientenidentität von 20 % bei fachgleichen Praxen sowie 30 % bei fachübergreifenden Praxen mit Frau Dr. F. sowie weiteren Praxen überschritten habe.

Die Klägerin nahm daraufhin dahingehend Stellung, dass sie im Prüfzeitraum mit Frau Dr. F. in Form einer Praxisgemeinschaft organisiert und vertragsärztlich tätig gewesen sei. Sie habe ihre Praxis jedoch als Einzelpraxis getrennt geführt und habe getrennt abgerechnet. Zudem wies sie auf die stattgefundenen gegenseitigen Vertretungszeiten und Vertretungsfälle hin.

Mit Schreiben vom 01.06.2015 informierte die Beklagte die Klägerin darüber, dass in den Quartalen III/2013 und IV/2013 das

Auffälligkeitskriterium von 30 % gemeinsamer Patienten-behandlungen mit Herrn Professor Dr. S. zwar unterschritten sei, jedoch habe festgestellt werden können, dass in diesem Quartalen gemeinsame Patientenbehandlungen vorliegen würden. Aus dem Abrechnungsverhalten der Klägerin lasse sich keine medizinische Indikation für die Inanspruchnahme eines Anästhesisten erkennen. Die Klägerin erkläre hierzu, dass es sich um die anästhesiologische Begleitung sogenannter Facettendenerivationen handle. Die präanästhesiologischen Leistungen sowie die Anästhesie selbst seien also erbracht, jedoch nicht gegenüber der Beklagten in Ansatz gebracht worden. Hintergrund sei der Umstand, dass die Facettendenerivation als OPS-Code 5-830.2 durch den Bewertungsausschuss zum 01.04.2013 aus dem AOP-Katalog gestrichen worden sei. Es sei daraufhin von der Beklagten mitgeteilt worden, dass damit zwar nicht mehr die Prämedikation und die Anästhesie über den EBM zu vergüten seien, die Ordination jedoch weiterhin in Ansatz gebracht werden könne.

Mit Bescheid vom 18.08.2015 hob die Beklagte die bereits ergangenen Honorarfestsetzungsbescheide für die Quartale I/2010 bis IV/2011 und II/2012 bis IV/2013 teilweise auf, da diese hinsichtlich der festgestellten Abrechnungsfehler rechtswidrig seien. Es ergebe sich im Rahmen der vorzunehmenden sachlich-rechnerischen Berichtigung eine Kürzungssumme i.H.v. 30.056,42 EUR (brutto). Hinsichtlich der Quartale II/2013 bis III/2013 sei das Auffälligkeitskriterium von 20 % gemeinsamer Patienten überschritten. Die Überprüfung der von der Klägerin konkret dargelegten Gründe für die Doppelbehandlungen von 72 von ihr benannten Patienten habe u.a. ergeben, dass 96 Behandlungsfälle, die ausschließlich mit einer "Urlaubsvertretung" durch die Klägerin oder Frau Dr. F. begründet worden seien, nicht über den für eine ordnungsgemäße Abrechnung erforderlichen Vertreterschein abgerechnet worden seien. Darüber hinaus sei in 55 dieser Fälle festgestellt worden, dass die Klägerin und Frau Dr. F. bei einem Patienten im Rahmen eines operativen Eingriffes an verschiedenen Tagen die präanästhesiologische Untersuchung zu Unrecht doppelt abgerechnet hätten. Lediglich bei den zwei verbleibenden Patienten habe die Annahme der Klägerin bestätigt werden können, dass es sich bei der abwechselnden anästhesiologischen Betreuung eines identischen Patienten um zwei unterschiedliche Operation gehandelt habe, sodass tatsächlich in diesen Fällen keine unge-rechtfertigte Doppelbehandlung vorgelegen habe.

Da im Rahmen der Überprüfung der 72 benannten Behandlungsfälle festgestellt worden sei, dass die auffällig hohe Patientenidentität in den Quartalen II/2013, III/2013 und IV/2013 auf einen Gestaltungsmissbrauch zurückzuführen sei, seien diesbezüglich alle Quartale I/2010 bis IV/2011 sowie II/2012 bis IV/2013, die Gegenstand der Plausibilitätsprüfung seien, überprüft worden. Die daraufhin vorgenommene Überprüfung aller übrigen Doppelbehandlungsfälle in diesen Quartalen habe die bereits festgestellte vertragsarztrechtswidrige gemeinsame Be-handlungstätigkeit durch die Klägerin und Frau Dr. F. bestätigt. Die Überprüfung der einzelnen Doppelbehandlungsfälle habe ergeben, dass die gemeinsamen Patienten durch chirurgische und orthopädische Praxen zum Facharzt für Anästhesiologie überwiesen worden seien. Die anästhesiologische Betreuung sei jedoch nicht nur durch einen Anästhesisten, sondern durch zwei anästhesiologische Einzelpraxen übernommen worden. Um über die gemeinsame, in der Kooperationsform der Praxisgemeinschaft jedoch pflichtwidrige anästhesiologische Patientenbetreuung durch die Klägerin und Frau Dr. F. hinwegzutäuschen, hätten diese sich gegenseitig Überweisungen zur Mit- und Weiterbehandlungen ausgestellt.

Da die gemeinsamen Patienten nicht eindeutig der Praxis der Klägerin oder der Praxis der Frau Dr. F. zugeordnet werden könnten, fehlten der Beklagten Anhaltspunkte für eine einzelfallbezogene Honorarkürzung. Daher habe die Beklagte beschlossen, in den Quartalen I/2010 bis IV/2011 sowie II/2012 bis IV/2013 die ärztlichen Honorare der Klägerin um die zu Unrecht erhaltene Vergütung für die Hälfte der gemeinsamen Patienten unter Abzug eines 15-prozentigen Sicherheitsabschlag für gerechtfertigte Doppelbehandlungen zu dem quartalsbezogenen arztindividuellen Fallwerts zu kürzen.

Darüber hinaus werde das ärztliche Honorar der Klägerin für die Quartale III/2013 und IV/2013 um die zu Unrecht erhaltene Vergütung für die gemeinsamen Patienten mit Herrn Professor Dr. S. unter Abzug eines fünfprozentigen Sicherheitsabschlag für gerechtfertigte Doppelbehandlungen zu den quartalsbezogenen arztindividuellen Fallwerts gekürzt. Eine Halbierung des gemeinsamen Patientenanteils komme hier nicht in Betracht, da die ungerechtfertigten Patientenbehandlungen ausschließlich durch die Klägerin erfolgt seien.

Der dagegen eingelegte Widerspruch der Klägerin wurde mit Widerspruchsbescheid vom 12.12.2017 zurückgewiesen.

Am 15.02.2018 hat die Klägerin Klage erhoben. Die Beklagte habe schon den gemeinsamen Patientenanteil fehlerhaft ermittelt. Nach Auslegung des Wortlauts des § 11 Abs. 2 der Richtlinie nach [§ 106a SGB V](#) sei anzunehmen, dass ein Bezug auf alle beteiligten Praxen (einer Praxisgemeinschaft) und nicht auf eine einzelne abrechnende Praxis zu erfolgen habe (Verweis auf LSG Saarland, L 3 KA 19/13 und SG Hannover, S 3 KA 12/04 ER). In dem die Beklagte für die Berechnung des prozentualen Anteils der gemeinsamen Patienten nur die Fälle der jeweils zu prüfenden Praxis in den Blick nehme, würden die gemeinsamen Patienten zum einen doppelt berücksichtigt. Zum anderen führe das Vorgehen der Beklagte zu widersprüchlichen Ergebnissen. Kleine Praxen würden wesentlich schneller auffällig und könnten entsprechend weniger Vertretungen übernehmen. Zudem gehe es um einen kollektiven Gestaltungs-missbrauch. Das Vorgehen der Beklagten hätte aber zur Folge, dass bei der kleineren Praxis der Gestaltungsmissbrauch im Raum stehen, bei der wesentlich größeren dagegen nicht. Dies sei ein Ergebnis, das der Normgeber ersichtlich nicht gewollt haben könne. Berücksichtigte man bei der Berechnung des Anteils der gemeinsamen Patienten die Patienten beider Praxen, sei vorliegend keines der geprüften Quartale auffällig i.S.d. § 11 Abs. 2 der Richtlinie nach [§ 106a SGB V](#).

Ungeachtet dessen sei es nicht nachvollziehbar, warum die Beklagte auch bei den unauffälligen Quartalen entsprechende Kürzungen vorgenommen habe. Eine Prüfung nach § 12 der Richtlinie sei nur möglich, wenn die Voraussetzungen des § 11 Abs. 2 der Richtlinie vorlägen. Dieses zwingende Verfahrenserfordernis könne nicht dadurch umgangen werden, indem man darauf abstelle, keine Plausibilitätsprüfung sondern eine Abrechnungsprüfung aufgrund festgestellter Abrechnungsverstöße durchzuführen. Dass auch ohne Überschreiten des Aufgreifkriteriums ein Abrechnungsfehler angenommen werde, stelle einen Zirkelschluss dar. Daraus, dass sie keinen Nachweis für eine tatsächliche Vertretung hinsichtlich lang zurückliegender Quartale führen könne, werde von der Beklagten hergeleitet, dass eine solche auch nicht vorgelegen habe. Genau für solche Unsicherheiten seien aber in § 11 Abs. 2 der Richtlinie die 20 % vorgesehen. Vertretungen in diesem Rahmen seien durchaus üblich. Das Vorgehen der Beklagten widerspreche auch § 32 Ärzte-ZV, wonach eine Vertretung erst beim Überschreiten von einer Woche angezeigt werden müsse. Die Beklagte berücksichtige zudem nicht die Besonderheiten des ambulant tätigen Anästhesisten. Die Hypothese, dass es mit der Präsenzpflicht des Vertragsarztes nicht vereinbar sei, sich berechtigt in größerem Umfang vertreten zu lassen und somit den Patienten an einen anderen Vertragsarzt verweisen zu müssen, knüpfe an eine Tatsache an, die für den ambulant tätigen Anästhesisten tatsächlich schon nicht einschlägig sei. Diese böten nämlich keine Sprechzeiten an, welche quasi als Kernzeiten der Patientenversorgung nur einer Vertretung im Ausnahmefall zugänglich sein solle. Aus dem Mangel an festen

Sprechzeiten folge auch die Notwendigkeit zu einer gesteigerten Flexibilität, um kurzfristig auf eine vom Operateur gestellte Anfrage reagieren zu können. Von dem auch bei ihr bestehenden Regelfall, einen Patienten allein zu betreuen, müsse dann abgewichen werden, wenn der jeweilige Operateur an einem bestimmten Tag operieren wollte und der Anästhesist, der die präanesthesiologische Untersuchung vorgenommen habe, für den Operationstag nicht zur Verfügung stünde. Hieraus werde deutlich, dass an die Präsenzpflcht des ambulanten Anästhesisten andere Anforderungen zu stellen seien, als an andere Vertragsärzte. Denn der meist in langjähriger Kooperation mit einem Operateur arbeitende Anästhesist müsse auch kurzfristige Termine wahrnehmen können. Im Interesse des Patienten, der zwar rein formal einen Behandlungsvertrag mit dem Anästhesisten schließe, die Narkoseleistungen jedoch regelmäßig als Begleitleistung der operativen Maßnahme wahrnehme, gelte es, A-laufstörungen aufgrund einer nicht zur Verfügung stehenden Vertretung für die anästhesiologische Leistung zu vermeiden. Um dies zu gewährleisten, könne man sich der zulässigen und geeigneten Organisationsform der Praxisgemeinschaft bedienen. Vorschriften, die eine solche planmäßige Vertretung bei Vorliegen eines Vertretungsgrundes untersagten, existierten nicht. Alle Fälle der gemeinsamen Patienten seien zudem durch den Tatbestand der Vertretung gerechtfertigt.

Soweit die Beklagte die Vertretungsfälle nicht akzeptiere, weil es an einem Vertreterschein fehle, verhalte sie sich widersprüchlich. Bei der Praxisgemeinschaftspartnerin Frau Dr. F. habe sich die Beklagte dahingehend geäußert, dass in diesen Konstellationen die Abrechnung über Vertreterschein nicht möglich sei. Es sei für sie nicht möglich gewesen, von der Beklagten eine klare Auskunft dahingehend zu erhalten, wie in diesen Vertretungsfälle korrekt vorzugehen sei. Unter anderem vor diesem Hintergrund sei ihr auch keine grobe Fahrlässigkeit vorzuwerfen. Nach der Rechtsprechung des BSG sei in diesen Fällen eine Vergütung vorgesehen, die sich daran orientiere was den in Praxisgemeinschaft zusammenarbeitenden Ärzten an Honorar zu zahlen wäre, wenn sie auch rechtlich eine genehmigte Gemeinschaftspraxis i.S.d § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV gebildet hätten. Ob die Beklagte bemüht gewesen sei, den Vorgaben des BSG Rechnung zu tragen, ergebe sich aus dem Bescheid nicht, so dass ein Verstoß gegen [§ 35 Abs. 1 SGB X](#) vorliege. Dass eine konkrete Schadensermittlung nicht möglich war, sei nicht nachvollziehbar. Gegenstand der Beanstandungen seien immer die präanesthesiologische Untersuchung (GOP 05310 EBM aF) sowie die eigentliche Narkose (GOP 31822 EBM a.F.). Es sei unstrittig, dass diese Positionen - bis auf wenige vorgeworfene Doppelabrechnungen - nicht doppelt abgerechnet worden seien. Nur die Hälfte der doppelt abgerechneten GOP könnten daher abgezogen werden, so dass sich eine wesentlich geringere Kürzungssumme ergebe. Insbesondere hinsichtlich der Patienten, die von Herrn Professor Dr. S. überwiesen worden seien, sei die Schadensberechnung der Beklagten nicht zutreffend.

Die Klägerin beantragt,

den Honoraraufhebungs- und Rückforderungsbescheid vom 18.08.2016 für die Abrechnungsquartale I/2010 bis IV/2011 sowie II/2012 bis IV/2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12.12.2017 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung bezieht sie sich insbesondere auf ihr Vorbringen im Widerspruchsbescheid. Ergänzend sei u.a. anzumerken, dass in den von ihr überprüften Fällen es sich so verhalte, dass der Klägerin nicht die Behandlung eines Patienten zur Last gelegt werde, bei dem sie wirksam durch einen anderen Anästhesisten vertreten worden sei. Zwischen der Klägerin und der Praxisgemeinschaftspartnerin sei vielmehr eine unzulässige Aufspaltung eines Behandlungsfalles erfolgt, in dem ein Vertragsarzt die präanesthesiologische Untersuchung erbracht habe und ein anderer die Narkose. Es seien somit identische Patienten im Rahmen eines operativen Eingriffs aufgrund identischer Diagnosen sowohl die Klägerin als auch durch Frau Dr. F. abwechselnd und somit gemeinsam anästhesiologische betreut worden.

Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte, die Verwaltungsakte und die Sitzungsniederschrift verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern 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 Entscheidung konnte trotz Ausbleibens der Klägerin ergehen, weil diese ordnungsgemäß geladen und gemäß [§ 110 Abs. 1 SGG](#) auf diese Möglichkeit hingewiesen wurden.

Die zulässige Anfechtungsklage ([§ 54 Abs. 1 SGG](#)) ist in dem tenorierten Umfang begründet. Insoweit ist der Bescheid vom 18.08.2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12.12.2017 rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten. Im Übrigen war die Klage abzuweisen. Die Beklagte war grundsätzlich berechtigt, aufgrund der durchgeführten Plausibilitätsprüfung und vor dem Hintergrund eines Gestaltungsmissbrauchs der Kooperationsform im Bezug auf die gemeinsamen Patienten mit Frau Dr. F. das Honorar der Klägerin zu kürzen (vgl. hierzu unter 1.). Jedoch ist die Kürzungssumme teilweise zu beanstanden (vgl. hierzu unter 2). Auch durfte die Beklagte hinsichtlich der für die gemeinsamen Patienten mit Prof. Dr. S. erbrachten Leistungen Kürzungen vornehmen (vgl. hierzu unter 3). Doch ist auch hier die erfolgte Berechnung der Kürzungssumme rechtswidrig zu hoch ausgefallen (vgl. hierzu unter 4.).

1.) Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sind zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung von Honorarforderungen befugt, soweit ein Vertragsarzt bei seiner Quartalsabrechnung Gebührennummern ansetzt, deren Tatbestand durch seine Leistung nicht erfüllt ist oder die er aus anderen Gründen nicht in Ansatz bringen darf. Dasselbe gilt, wenn der Vertragsarzt Leistungen unter Verstoß gegen die Vorschriften über formale oder inhaltliche Voraussetzungen der Leistungserbringung durchgeführt und abgerechnet hat. Rechtsgrundlagen für diese Richtigstellungsbefugnis waren ursprünglich § 45 Abs. 2 S 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und § 34 Abs. 4 Satz 2 Ersatzkassenvertrag-Ärzte (EKV-Ä), an deren Stelle seit dem 01.01.2004 [§ 106a Abs. 2](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) (jetzt [§ 106d SGB V](#)) getreten ist. Danach stellt die KV die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte fest. In der Rechtsprechung ist geklärt, dass die Richtigstellungsbefugnis auf den Fall des Missbrauchs der Kooperationsform der Praxisgemeinschaft nach § 33 Abs. 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) zu übertragen ist (BSG, Urteil vom 22. März 2006 - [B 6 KA 76/04 R](#), Rn. 18ff.; BSG, Beschluss vom 11. Mai 2011 - [B 6 KA 1/11 B](#); BSG, Beschluss vom 06. Februar 2013 - [B 6 KA 43/12 B](#); BSG, Beschluss vom 02. Juli 2014 - [B 6 KA 2/14 B](#)).

Nach Auffassung der Kammer ist hier ein Fall des Missbrauchs der Kooperationsform der Praxisgemeinschaft nach § 33 Abs. 1 Ärzte-ZV gegeben. Ein Missbrauch der Kooperationsform liegt vor, wenn Ärzte oder Zahnärzte ihre Zusammenarbeit im Innen- und Außenverhältnis so gestalten, wie dies für eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) typisch ist. Eine solche Form der Kooperation kann – wie auch im vorliegenden Fall – zu einem hohen Anteil an Patienten führen, an deren Behandlung sowohl der betroffene Arzt als auch der bzw. die Kollege(n) gemeinsam beteiligt sind. Ein hoher gemeinsamer Patientenanteil spricht stets dafür, dass die Rechtsform der Praxisgemeinschaft im Praxisalltag nicht transparent realisiert wurde. Zur Frage, ab welcher Größenordnung ein in diesem Sinne auffälliger Anteil gemeinsam behandelter Patienten vorliegt, wird in der Rechtsprechung des BSG auf § 11 Abs. 2 der zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbarten Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfungen der KVen und der Krankenkassen (im Folgenden: ARL) hingewiesen, nach dem bereits bei 20% Patientenidentität – bzw. bei 30% im Falle gebietsübergreifender/versorgungsübergreifender Praxisgemeinschaften – eine Abrechnungsauffälligkeit anzunehmen ist. Nach Auffassung des BSG liegt jedenfalls dann, wenn zwei kooperierende Vertragsärzte desselben Fachgebiets mehr als 50% der Patienten gemeinsam behandeln, eine für eine BAG kennzeichnende gemeinschaftliche Ausübung der ärztlichen Tätigkeit mit Behandlung eines gemeinsamen Patientenstamms vor (u.a. BSG, Beschluss vom 11. Mai 2011 – [B 6 KA 1/11 B](#) –, Rn. 11; Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 25. März 2015 – [L 7 KA 5/12](#) –, Rn. 22). 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. 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, Ur. v. 13.12.2006 – [L 11 KA 60/06](#), juris-Rn. 21; LSG Nordrhein-Westfalen, Ur. v. 13.12.2006 – [L 11 KA 59/06](#), juris Rdnr. 19). Das LSG Niedersachsen geht gleichfalls davon aus, dass bei Praxisgemeinschaften üblicherweise auftretende Patientenidentitäten deutlich geringer sind als 20 % (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Ur. v. 21.03.2012 – [L 3 KA 103/08](#) – juris Rdnr. 23).

(a.) Vorliegend ist nach Auffassung der Kammer in den Quartalen II/2013 bis IV/2013 das Aufgreifkriterium nach § 11 Abs. 2 ARL erfüllt. Nach § 11 Abs. 2a) ARL ist eine Abrechnungsauffälligkeit zu vermuten, wenn die nachstehenden Grenzwerte überschritten sind: a) 20% Patientenidentität – auf die abrechnenden Praxen bezogen – bei versorgungsbereichsidentischen Praxen. Im Quartale II/2013 behandelte die Klägerin 108 Patienten. 33 dieser Patienten wurden auch von Frau Dr. F. behandelt, so dass sich ein Prozentsatz von 30,56 ergibt. Im Quartal III/2013 behandelte die Klägerin 141 Patienten. 37 davon wurden auch von Frau Dr. F. behandelt, so dass sich ein Prozentsatz von 26,24 ergibt. Im Quartal III/2013 behandelte die Klägerin 199 Patienten. 41 davon wurden auch von Frau Dr. F. behandelt, so dass sich hier ein Prozentsatz von 20,60 ergibt.

Bei der Ermittlung der prozentualen Patientenidentität sind nach Auffassung der Kammer nicht die Fallzahlen beider Praxen zu addieren und aus dieser Zahl der prozentuale Anteil der gemeinsam behandelten Patienten zu ermitteln. Bei der Ermittlung der Prozentsätze der gemeinsamen Patienten bezieht die Beklagte vielmehr zutreffend die Zahl der gemeinsamen Patienten auf die Patientenzahl jeder Praxis und nicht auf die Summe der Patientenzahlen beider Praxen. Dies wird bereits verbindlich durch § 11 Abs. 2 ARL vorgegeben. Patientenidentität ist "auf die abrechnenden Praxen bezogen" zu ermitteln, d. h. in einem ersten Schritt sind die Patienten, die im Quartal in beiden Praxen behandelt werden, zu ermitteln. In einem zweiten Schritt ist dann die Zahl der gemeinsamen Patienten auf die Patientenzahl der jeweiligen Praxis zu beziehen (vgl. auch SG Marburg, Urteil vom 29. Januar 2014 – [S 12 KA 359/12](#) –, Rn. 38). Nach Auffassung der Kammer kommt es dabei auf die Praxis des jeweiligen geprüften Arztes an. Soweit das Bayerische LSG der Auffassung ist, dass "der Anteil der gemeinsamen Patienten nur an der kleineren Praxis gemessen werden" könne, "denn sonst könnte bei stark unterschiedlicher Praxisgröße – selbst wenn in der kleineren Praxis ausschließliche Fälle abgerechnet würden, die auch in der größeren Praxis zur Abrechnung gelangen – das Verhalten der größeren Praxis überhaupt nicht beanstandet werden" (Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 28. März 2007 – [L 12 KA 216/04](#) –, Rn. 23, juris), muss dem widersprochen werden. Denn auch dann, wenn eine Praxis nicht auffällig ist i.S.d. § 11 Abs. 2 ALR, kann dies doch dazu führen, dass eine Überprüfung der Doppelbehandlungsfälle und eine Beanstandung stattfindet (vgl. dazu unter b.).

Die Kammer verkennt nicht, dass es auch Rechtsprechung gibt, nach der der prozentuale Anteil der gemeinsamen Patienten mit Blick auf die Patienten beider Praxen zu ermitteln ist. Ebenso wie beim Abstellen auf die Fallzahlen der kleineren Praxis i.S.d. Bayerischen LSG läge dann immer entweder bei beiden Praxen oder bei keiner Praxis eine Auffälligkeit vor. Dies würde insbesondere dann ins Gewicht fallen, wenn die Praxen unterschiedlich groß sind. Richtig ist, dass ein Gestaltungsmissbrauch letztlich von beiden Praxisgemeinschaftspartnern begangen wird. Jedoch hätte eine Ermittlung des Anteils der gemeinsamen Patienten auf die die von der Klägerin als richtig angesehene Weise zu Folge, dass eine sehr kleine Praxis (mit z.B. nur 49 Patienten) mit einer großen Praxis (mit z.B. 200 Patienten) in der Weise kooperieren könnte, dass sie alle Patienten zusammen mit der großen Praxis behandelt, ohne auffällig i.S.d. § 11 Abs. 2 ALR zu werden. Auch dieses Ergebnis kann als widersprüchlich und nicht im Sinne des Normgebers gewertet werden.

Letztlich ist der hier vertretenen Ansicht deshalb der Vorzug zu geben, weil dadurch ermöglicht wird, dass jeder Vertragsarzt mit Blick auf die ihm bekannte eigene Fallzahl den Überblick darüber behalten kann, wann er das Aufgreifkriterium überschreitet. Überschreitet nur eine Praxis das so ermittelte Auffangkriterium von 20 % bedeutet dies nicht, dass auch nur bei einer Praxis ein Gestaltungsmissbrauch vorliegen kann. Denn zum einen kann die das Auffangkriterium überschreitende Praxis den so gesetzten Anschein des Gestaltungsmissbrauchs widerlegen. Zum anderen kann auch die Praxis einen Gestaltungsmissbrauch begehen, die die 20 % an gemeinsamen Patienten nicht erreicht (vgl. dazu unter b.). (b.)

Die Klägerin kann sich nämlich nicht darauf berufen, dass sie – weil das Aufgreifkriterium in 12 der geprüften Quartale nicht erreicht ist – ohne jegliche Beanstandung gemeinsam mit der Praxisgemeinschaftspartnerin Patienten behandeln konnte (vgl. auch Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 25. Januar 2017 – [L 3 KA 16/14](#), Rn. 28, juris). Zum einen sollte über § 11 Abs. 2 ARL nicht geregelt werden, dass bis zu einer Patientenidentität von 19,99 % bzw. 29,99 % der Vorwurf des Missbrauchs der Kooperationsform überhaupt nicht greifen kann. Es handelt sich um ein Aufgreifkriterium und nicht ein Ausschlusskriterium für jegliche Beanstandung. Zutreffend verweist die Beklagte darauf, dass auch dann eine Abrechnungsprüfung durchzuführen ist, wenn konkrete Hinweise und Verdachtsmomente vorliegen. Die Richtlinie nach [§ 106a Abs. 6 SGB V](#) (ARL in der hier anzuwendenden Fassung vom 01.07.2008) macht zunächst deutlich, dass die Abrechnungsprüfung die rechtlich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung der Leistungen umfasst und bei den KVen im Verfahren der sachlich-rechnerischen Richtigstellung durchgeführt wird. Bestandteil dieser Prüfung ist die Plausibilitätsprüfung (vgl. § 3 ARL). Diese kann – wie aus § 17 ARL hervorgeht – regelhaft, strichprobenhaft oder anlassbezogen (§ 17 Abs. 5 ARL) durchgeführt werden. Dabei ist im Fall der Plausibilitätsprüfung der Anlass nicht auf die in § 11 Abs. 2 ARL genannten Grenzwerte

beschränkt. Vielmehr ist in § 20 Abs. 1 ARL geregelt, dass außerhalb der regulären Prüfungen eine Abrechnung in der vertragsärztlichen Versorgung geprüft wird, wenn ausreichende und konkrete Hinweise auf Abrechnungsauffälligkeiten bestehen. § 3 der Plausibilitätsvereinbarung zwischen der Beklagten und den Landesverbänden der Krankenkasse beruht darauf und regelt, dass die Beklagte bei konkreten Hinweisen und Verdachtsmomenten eine anlassbezogene Plausibilitätsprüfung durchführt.

Vorliegend hat die Beklagte darin, dass die Klägerin in den Quartalen II/2013 bis IV/2013 die Grenzwerte für gemeinsame Patienten i.S.d. § 11 Abs. 2 ARL überschritten hatte, einen Verdachtsmoment dahingehend gesehen, dass auch in den hier streitgegenständlichen weiteren ein Missbrauch der Kooperationsform gegeben war. Dies ist nicht zu beanstanden. Eine Umgehung der Regelungen in den §§ 11 und 12 ARL ist darin nicht zu sehen. Denn die Beklagte hat sich in der Folge hinsichtlich der Quartale, in die gemeinsamen Patienten keine 20 % ausmachten nicht – wie hinsichtlich der Quartale II/2013 bis IV/2013 – auf eine Stichprobenprüfung beschränkt, sondern jeden einzelnen Fall, bei dem sowohl die Klägerin als auch Frau Dr. F. Leistungen abgerechnet hatten, geprüft. Und darin liegt nach Auffassung der Kammer genau der Unterschied zu einer Plausibilitätsprüfung, die aufgrund des Überschreitens der Grenzwerte nach § 11 Abs. 2 ARL erfolgt. Während dort durch das Überschreiten der Grenzwerte der Anschein des Missbrauchs der Kooperationsform gesetzt ist und die Beklagte die Möglichkeit hat, diesen so gesetzten Anschein durch Stichproben zu überprüfen (vgl. § 11 Abs. 1 S. 2 ARL), sind nach Auffassung der Kammer Stichprobenprüfungen bei einer wie vorliegend erfolgten anlassbezogenen Prüfung nach § 20 ARL (bzw. § 3 Plausibilitätsvereinbarung) nicht möglich. Zutreffend weist die Klägerin insoweit darauf hin, dass die Beweislast – hinsichtlich jedes einzelnen Falles – dann bei der Beklagten liegt. Ist der Anteil der gemeinsamen Patienten nicht so hoch und liegt wie im vorliegenden Fall unter dem Aufgreifkriterium, kann allein aus der Anzahl der gemeinsamen Patienten nicht auf die missbräuchliche der Kooperationsform geschlossen werden. Dann muss die Beklagte für jeden Fall eine nicht gerechtfertigte Behandlung durch beide Ärzte nachweisen. Ist dies erfolgt, kann auch bei einer unter dem Aufgreifkriterium liegenden Anzahl gemeinsamer Patienten ein Missbrauch der Kooperationsform vorliegen.

(c.) Sowohl die Stichprobenprüfung hinsichtlich der Quartale II/2013 bis IV/2013 (insbesondere auch die von der Klägerin im einzelnen begründeten 72 Fälle) als auch die Prüfung der einzelnen Doppelbehandlungsfälle hinsichtlich der weiteren streitgegenständlichen Quartale hat nach Auffassung der Kammer ergeben, dass insoweit ein Missbrauch der Kooperationsform vorlag. Dabei ist allen Fällen gemeinsam, dass entweder die Klägerin oder Frau Dr. F. die präanesthesiologischen Untersuchungen durchgeführt hat, dann die jeweils andere die Narkose vornahm. Teilweise wurde in diesen Fällen erneut eine präanesthesiologische Untersuchung erbracht und abgerechnet. Zudem wurde jeweils von beiden Ärztinnen die Grundpauschale abgerechnet.

Die Klägerin trägt – hinsichtlich der 72 Behandlungsfälle konkret, im Übrigen allgemein – vor, es habe sich jeweils um rechtmäßige Vertretungssituationen gehandelt. Dem kann nicht gefolgt werden. Soweit die Klägerin in diesem Zusammenhang darauf hinweist, dass insbesondere akute Fälle immer wieder spontan mit Terminen versorgt werden müssten und es somit schwierig sei, dass abschließend planbar eine ausschließliche Versorgung durch einen Praxisgemeinschaftspartner erfolgen könne, spricht sie auch Situationen an, in denen der eine Praxisgemeinschaftspartner aufgrund der Behandlung eines anderen Patienten verhindert ist und der andere Partner somit einspringen muss.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass eine stundenweise Vertretung oder eine Vertretung während man selbst ärztlich tätig ist, nicht zulässig ist. Diese Form der Vertretung ist keine Vertretung im Sinne eines "Praxisvertreters" nach § 32 Abs. 1 S. 2 Ärzte-ZV, der in der Praxis des Vertretenen für diesen die Patienten behandelt. Ein Vertretungsfall kann nur dann angenommen werden kann, wenn der Vertragsarzt aus einem besonderen Grund "an der Ausübung seiner Praxis verhindert" ist, 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). Bislang hat das BSG auch immer deutlich gemacht, dass eine Vertretung nur bei Vorliegen der in § 32 Abs. 1 S. 2 und 3 Ärzte-ZV genannten Gründe (Urlaub, Krankheit, Fortbildung, Wehrübung und Schwangerschaft) in Betracht kommt (BSG, Urteil vom 14. Dezember 2011 - [B 6 KA 31/10 R](#), Rn. 30). Zwar hat das BSG später – ohne dass es für den dortigen Fall relevant war – angemerkt, dass außerhalb von § 32 Ärzte-ZV als rechtfertigende Gründe etwa gerichtliche Zeugenvorladungen und Hausbesuche in Betracht kämen (BSG, Urteil vom 30. November 2016 - [B 6 KA 38/15 R](#), Rn. 33), was auch für die Möglichkeit einer stundenweisen Vertretung spricht. Da der Vertragsarzt im Rahmen der Hausbesuche jedoch auch vertragsärztliche Leistungen erbringt, kann nach Auffassung der Kammer in diesem Fall kein rechtmäßiger Vertretungsgrund vorliegen (so in etwa auch Harward/Thome, in Schallen (Hrsg. Clemens/Düring), Zulassungsverordnung, Kommentar, 9. Aufl. 2018, § 32 Rn. 22). Denn die Vertretung soll nur für die Fallkonstellationen greifen, in denen der Vertragsarzt nicht in der Lage ist, selbst (vertrags)ärztlich tätig zu werden. Insofern ist es die klare Aufgabe des Arztes, nicht nur auf die bestehende Kooperationsform der Praxisgemeinschaft hinzuweisen (vgl. u.a. BSG, Urteil vom 22. März 2006 - [B 6 KA 76/04 R](#), Rn. 19), 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.

Soweit die Klägerin sich darauf beruft, es habe sich jeweils um (ganztägige) Vertretungen aufgrund von Krankheit und Urlaub gehandelt, weist sie zwar zutreffend darauf hin, dass § 32 Ärzte-ZV erst bei einer Abwesenheit von über einer Woche eine Mitteilungspflicht gegenüber der Beklagten vorsieht. Vorliegend geht es aber nicht um eine Meldung i.S.d. § 32 Ärzte-ZV, sondern um die "Kennzeichnung" der Vertretungssituation durch die Verwendung eines entsprechenden Vertreterscheins (Muster 19). Die Verpflichtung zur Verwendung des Vertreterscheins, in den Fällen, in denen man als Vertreter tätig ist und die Behandlung der Patienten selbst abrechnet, sieht die Anlage 2 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte unter Ziff. 1.1 i.V.m. Ziffer 2.19.1. vor. Die Ziffer 1.1. enthält eine Verbindlichkeitsregelung, die durch Ziffer 2.19.1 konkretisiert wird: "Für die Abrechnung der Leistungen im ärztlichen Notfalldienst und bei Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung ist das anliegende Muster 19 zu verwenden". Soweit es sich also vorliegend um wirkliche Vertretungen und nicht um Übernahmen bzw. Abgaben von Patienten gehandelt hat, erschließt sich der Kammer nicht, aus welchem Grund nicht das vorgeschriebene Formular verwendet wurde, wenn man die Leistungen für die Behandlung des "fremden" Patienten abrechnet. Soweit die Beklagte hier gegenüber der Praxisgemeinschaftspartnerin hinsichtlich einer anderen Prüfung angegeben hat, eine Vertretung sei – auch mit Vertreterschein – nicht möglich, konnte sie hierzu in der mündlichen Verhandlung keine weiteren Angaben machen. Die Kammer weist aber darauf hin, dass grundsätzlich auch im Rahmen der ambulant tätigen Anästhesisten Vertretungen selbstverständlich aufgrund von Krankheit, Urlaub oder Fortbildungen möglich sind. Inwieweit diese in einzelnen Fällen nicht möglich ist, muss vorliegend nicht entschieden werden. Denn es liegt in keinem Fall ein Vertreterschein vor. Vielmehr haben sich die Klägerin und Frau Dr. F. gegenseitig auch Überweisungen zur Mit- und Weiterbehandlung ausgestellt, was gerade nicht für das Vorliegen einer Vertretung spricht. In der Regel sind die Überweisung nur an einen

Arzt einer anderen Arztgruppe zulässig (vgl. § 24 Abs. 3 S. 3 Bundesmantelertrag-Ärzte). § 24 Abs. 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte regelt weiter: "Überweisungen an einen Vertragsarzt derselben Arztgruppe sind, vorbehaltlich abweichender Regelungen im Gesamtvertrag, nur zulässig zur 1. Inanspruchnahme besonderer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die vom behandelnden Vertragsarzt nicht erbracht werden, Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä) 38 2. Übernahme der Behandlung durch einen anderen Vertragsarzt bei Wechsel des Aufenthaltsortes des Kranken, 3. Fortsetzung einer abgebrochenen Behandlung." Eine dieser Konstellationen war aber vorliegend nicht gegeben.

Soweit sich die Klägerin darauf beruft, dass sie nach der langen Zeit nicht mehr in der Lage sei, die Vertreterfälle nachzuweisen, so beruht dies letztlich allein darauf, dass weder sie noch ihre Praxisgemeinschaftspartnerin die Vertretungen durch die Verwendung des Muster 19 gekennzeichnet haben. Dies Vorgehen verstößt gegen den Bundesmantelvertrag und kann nicht dazu führen, dass damit die Doppelbehandlungsfälle gerechtfertigt sind.

Nach Auffassung der handelt es sich jedoch nicht um vorliegend nicht um Vertretungsfälle, sondern um eine regelmäßige Zusammenarbeit der Klägerin mit ihrer Praxisgemeinschaftspartnerin, die sie durch die Besonderheiten seiner Praxisausrichtung gerechtfertigt sieht. Dies wird insbesondere durch das Überweisen zur Mit- und Weiterbehandlung und die Ausführungen der Klägerin zu ihrer Art der Praxisführung deutlich.

Sie folgert aus dem Mangel an festen Sprechstundenzeiten und der Flexibilität, die sie als ambulant tätige Anästhesistin gewährleisten müsse, dass für sie weder die allgemeinen Regeln der Vertretung gelten, noch dass der Wechsel des Arztes nur aus wichtigen Grund möglich ist (§ 76 Abs. 3 S. 1 SGB V). Dies ist nach Auffassung der Kammer nicht zutreffend. Zwar ist es richtig, dass Anästhesisten nicht die gleichen Sprechstundenzeiten anbieten müssen, wie andere Vertragsärzte (§ 17 Abs. 1b Bundesmantelvertrag-Ärzte; BMV-Ä). Dass sich daraus aber auch eine Abweichung hinsichtlich der Vertretungsregelungen ergeben soll, ist nicht ersichtlich. In § 32 Ärzte-ZV ist dies zumindest nicht vorgesehen. Dabei ist zu beachten, dass § 32 Abs. 1 S. 2 Ärzte-ZV schon eine Ausnahme von der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung nach darstellt. Auch das Wechseln des Arztes soll innerhalb eines Kalender-vierteljahres nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes erfolgen. Ein solcher Grund kann etwa vorliegen, wenn dem Versicherten eine weitere Behandlung nicht mehr zumutbar ist, weil etwa das Vertrauensverhältnis zu dem behandelnden Arzt objektiv zerstört ist (vgl. BSG, Urteil vom 11. Februar 2015 – B 6 KA 15/14 R, Rn. 41). Dies war vorliegend ersichtlich nicht der Fall. Die Kammer verkennt nicht, dass die Situation des niedergelassenen Anästhesisten, der nahezu ausschließlich nur anästhesiologische Leistungen erbringt, Besonderheiten aufweist: Langjährige Kooperationen mit Operateuren können nur dann aufrechterhalten werden, wenn der Anästhesist auch kurzfristig Anästhesien übernehmen kann. Die Arzt-Patientenbindung ist zudem durchaus nicht vergleichbar mit der, die beispielsweise zwischen den Patienten und dem Hausarzt besteht. Der Anästhesist ist vielfach den zeitlichen Vorgaben des Operateurs unterworfen. All dies führt dazu, dass anberaumte Termine mit den Patienten oftmals kurzfristig nicht eingehalten werden können. Eine Kooperation mit einem anderen Anästhesisten, der in diesen Situationen auch kurzfristig einspringen und die jeweiligen Behandlungen übernehmen kann, ist sinnvoll und durchaus im Interesse der Patienten. Anders als die Klägerin meint, steht für ein solches kurzfristiges Einspringen für den Kollegen – außerhalb der Vertretungsgründe nach § 32 Abs. 1 S. 2 Ärzte-ZV – aber gerade nicht die Organisationsform der Praxisgemeinschaft zur Verfügung. Die Konsequenz hieraus ist nicht, wie die Klägerin meint, dass hinsichtlich der von ihr gewählten Form der Berufsausübung Sonderregeln bei der Vertretung greifen müssen. Vielmehr muss sie sich die zulässige Kooperationsform suchen, die auf ihre Praxisausrichtung passt. Hier käme beispielsweise eine BAG (§ 33 Abs. 2 Ärzte-ZV) in Betracht. Im Rahmen dieser Kooperationsform erfolgt die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit gemeinsam und eröffnet den Ärzten genau die Flexibilität, die die Klägerin benötigt.

2.) Der von der Beklagten festgesetzte Rückforderungsbetrag bezogen auf die Doppelbehandlungsfälle mit Frau Dr. F. ist jedoch teilweise zu beanstanden (vgl. Anlage 11 des Bescheides vom 18.08.2015).

Angesichts der Verstöße gegen die Regeln des Vertragsarztrechts konnte die Beklagte eine Honorarberichtigung im Wege der Schätzung vornehmen (BSG, Urteil vom 23. Juni 2010 – B 6 KA 7/09 R, Rn. 69). Dabei differenziert das BSG zwischen den Fällen der grob fahrlässig unrichtig abgegebenen Abrechnungs-Sammelerklärung und den Fällen einer nur pro forma bestehenden Kooperationsform (BSG, Urteil vom 19. August 2015 – B 6 KA 36/14 R, Rn. 36). Die Beklagte war nicht verpflichtet, der Klägerin die konkrete Vergütung zu belassen, die sie im Fall des Tätigwerdens in einer BAG erreicht hätte. Auch ist es nicht ermessensfehlerhaft, wenn die Beklagte den arztindividuellen Fallwert zugrunde legt. Die Klägerin verkennt, dass es ihr durch den Missbrauch der Kooperationsform – neben der Abrechnung der konkreten Leistungen – auch möglich war, eine Fallzahl zu erreichen, die sie beim ordnungsgemäßen Führen der Praxisgemeinschaft nicht erlangt hätte.

Hinsichtlich der Kürzungen für die Quartale, in denen die Beklagte aufgrund des Überschreitens des Grenzwertes in § 11 Abs. 2 ARL sich auf Stichproben beschränken durfte, ist die jeweilige Höhe der Kürzungssumme nicht zu beanstanden (Quartale II/2013 bis IV/2013). Die Beklagte hat in nachvollziehbarer Weise den gemeinsamen Patientenanteil, für den die Doppelbehandlung zu beanstanden war, zu dem quartalsbezogenen arztindividuellen Fallwert gekürzt. Dabei hat sie jeweils nur die Hälfte der gemeinsamen Fälle zugrunde gelegt und einen Sicherheitsabschlag i.H.v. 15 % abgezogen. Damit ergab sich für das Quartal II/2013 hier eine Kürzungssumme i.H.v. 2.407,16 Euro, für das Quartal III/2013 i.H.v. 1.701,45 Euro und für das Quartal IV/2013 i.H.v. 2.004,30 Euro.

Da die Beklagte aber nach Auffassung der Kammer hinsichtlich der Quartale, in denen der Anteil an gemeinsamen Patienten 20 % nicht überschritt, jeden Einzelfall zu überprüfen hatte, war sie auch nur berechtigt, die als Falschabrechnung festgestellten Fälle zugrunde zu legen. Die Anwendung eines Sicherheitsabschlages ist hierbei deshalb entbehrlich. Hinsichtlich der Quartale I/2010 bis IV/2011, II/2012 bis I/2013 sind also die von der Beklagten als gerechtfertigt angesehenen Fälle abzuziehen (vgl. Anlage 9 zum Bescheid vom 18.08.2015). Im Einzelnen ergeben sich nach Auffassung der Kammer die folgenden – teilweise von den Festsetzungen im Bescheid vom 18.08.2015 abweichenden – Kürzungssummen (soweit die Kürzungen der Beklagten aufgrund der Anwendung des Sicherheitsabschlages geringer waren, wurden diese aufgrund des Grundsatzes der reformatio in peius beigestrichen):

Quartal Gem. Pat. Ungerechtf. gem Pat Hälfte Quartalsbez. arztindivid. Fallwert Rückforderungsbetrag (brutto) I/2010 11 8 4 213,16 EUR 852,64 EUR II/2010 9 4 2 211,93 EUR 423,86 EUR III/2010 6 4 2 187,70 EUR 375,40 EUR IV/2010 15 10 5 172,36 EUR 861,80 EUR I/2011 20 17 7 189,98 EUR 1.329,86 EUR II/2011 18 17 (Bekl: 15) 8 (Bekl: 7) 196,78 EUR 1.574,24 EUR (Bekl. 1.377,46 EUR) III/2011 15 12 6 196,33 EUR 1.177,98 EUR IV/2011 28 25 12 175,50 EUR 2.106,00 EUR II/2012 16 10 5 167,29 EUR 836,45 EUR III/2012 14 11 5 161,41 EUR 807,05

EUR IV/2012 21 20 (Bekl. 18) 10 (Bekl. 9.) 175,47 EUR 1.754,70 EUR (Bekl. 1.579,23 EUR) I/2013 27 25 (Bekl 23) 12 (Bekl. 11) 194,01 EUR 2.328,12 EUR (Bekl. 2.134,11 EUR)

3.) Die Klägerin war darüber hinaus hinsichtlich der gemeinsamen Patienten mit Prof. Dr. S. nicht berechtigt, jeweils nur die Grundpauschalen (GOP Nr. 05211 und 05212), den Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP. Nr. 32001) und den Zuschlag für die anästhesiologische Grundversorgung (GOP Nr. 05220) abzurechnen. Die Beklagte war insoweit verpflichtet, hier eine sachlich-rechnerische Richtigstellung nach § 106a Abs. 2 Satz 1 (idF vom 14.11.2003, [BGBl. I 2190](#), insofern inhaltlich letztlich unverändert bis 31.12.2016, ab dem 01.01.2017 [§ 106d Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)) vorzunehmen. Die Facettendeneration darf mit Wirkung zum 01.04.2013 nur noch von Fachärzten mit der Zusatzbezeichnung "spezielle Schmerztherapie" erbracht werden, bzw. nur auf Überweisung eines Facharztes, der über die Genehmigung zur Teilnahme an der Schmerztherapie-Vereinbarung verfügt oder selbst berechtigt ist, die Zusatzbezeichnung "Spezielle Schmerztherapie" zu führen. Vorliegend fehlt es sowohl der Klägerin als auch Prof. Dr. S. an der erforderlichen Qualifikation zur Durchführung der Facettendeneration. Die Klägerin rechnete im Rahmen der Leistungserbringung deshalb einfach nur die anästhesiologischen Grundpauschalen ab, was nicht zulässig ist.

4.) Hier war die Beklagte jedoch nicht dazu berechtigt, die Kürzungssumme in der gleichen Weise zu schätzen, wie bei den Doppelbehandlungsfällen mit Frau Dr. F. In dem sie auch hinsichtlich der hier zur Unrecht erbrachten Leistungen bei der Kürzung pro Fall den arztindividuellen Fallwert zugrunde legt, vermischt sie in unzulässiger Weise die Kürzung des Honorars aufgrund des Missbrauchs der Kooperationsform und der sachlich-rechnerischen Richtigstellung aufgrund von fehlerhaft in Ansatz gebrachten GOP-Nrn. Dass hier ein Unterschied besteht, hat die Beklagte auch erkannt und deshalb der Klägerin alle "Doppelbehandlungsfälle" zu Last gelegt. Allein die Tatsache, dass die Falschabrechnungen der Klägerin im Rahmen der Plausibilitätsprüfung "aufgefallen" sind, kann jedoch noch nicht dazu führen, dass die Beklagte hier den gleichen Kürzungsmodus zugrunde legt. Nach Auffassung der Kammer muss sich die Beklagte hier auf die Absetzung der zu Unrecht abgerechneten Ziffern beschränken. Hier kann sie sich nicht auf den Fall der einer nur pro forma bestehenden Kooperationsform stützen (BSG, Urteil vom 19. August 2015 - [B 6 KA 36/14 R](#), Rn. 36), vielmehr war - da es sich um eine "normale" sachlich-rechnerische Richtigstellung handelte - eine konkrete Berechnung vorzunehmen (vgl. u.a. BSG, Urteil vom 19. August 2015 - [B 6 KA 36/14 R](#), Rn. 36).

Im Quartal III/2013 rechnete die Klägerin hinsichtlich der beanstandeten Fälle die GOP Nr. 32001 (0,52 Euro) insgesamt 37 mal ab, die GOP Nr. 05212 (9,59 Euro) insgesamt 18 mal und die GOP Nr. 05211 (11,14 Euro) insgesamt 20 mal ab. Damit ergibt sich für das Quartal III/2013 eine Kürzungssumme i.H.v. 415,03 Euro, die mit der Kürzungssumme unter 2.) für dieses Quartal zu addieren war.

Im Quartal IV/2013 rechnete die Klägerin hinsichtlich der beanstandeten Fälle die GOP Nr. 32001 (0,50 Euro) insgesamt 38 mal ab, die GOP Nr. 05212 (7,95 Euro) insgesamt 17 mal, die GOP Nr. 05211 (9,28 Euro) insgesamt 21 mal und die GOP Nr. 05220 (13,86 Euro) insgesamt 38 mal ab. Damit ergibt sich für das Quartal IV/2013 eine Kürzungssumme i.H.v. 875,71 Euro, die mit der Kürzungssumme unter 2.) für dieses Quartal zu addieren war.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Dabei hat die Kammer berücksichtigt, dass die Klägerin mit ca. 30 % aufgrund der verminderten Höhe der Kürzungssumme obsiegt hat.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2019-10-10