

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 6 KA 2/14 B

L 3 KA 73/11 (LSG Niedersachsen-Bremen)
S 24 KA 200/08 (SG Hannover)

.....,

Kläger und Beschwerdeführer,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen,
Berliner Allee 22, 30175 Hannover,

Beklagte und Beschwerdegegnerin.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat am 2. Juli 2014 durch den Vorsitzenden Richter Prof. Dr. W e n n e r , die Richterinnen Dr. D ü r i n g und den Richter R a d e m a c k e r sowie den ehrenamtlichen Richter Dr. K o r s c h a n o w s k i und die ehrenamtliche Richterin Dr. Z e c h beschlossen:

Die Beschwerde des Klägers gegen die Nichtzulassung der Revision im Beschluss des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 11. Dezember 2013 wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten des Beschwerdeverfahrens.

Der Streitwert für das Beschwerdeverfahren wird auf 13 295 Euro festgesetzt.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



Gründe :

I

- 1 Im Streit steht die Rechtmäßigkeit von Honorarrückforderungen für die Quartale I/2002 bis IV/2002.
- 2 Der Kläger hatte zunächst mit dem ebenfalls als Urologe an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Dr. B. in einer Gemeinschaftspraxis kooperiert. Seit Ende 1997 betrieb er zusammen mit diesem Arzt eine Praxisgemeinschaft. Die beklagte Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) stellte im Rahmen einer auf das Quartal I/2002 bezogenen erweiterten Plausibilitätsprüfung fest, dass 474 Patienten (33,59 % bzw 30,03 %) zugleich bei beiden Ärzten in Behandlung waren und dass das Einlesedatum der Chipkarte überwiegend identisch war. Wegen der auffällig erhöhten Patientenidentität stellte die Beklagte die Honorarabrechnung für dieses Quartal mit Bescheid vom 5.7.2004 richtig und forderte Honorar in Höhe von 2625,56 Euro zurück. Entsprechendes erfolgte mit Bescheid vom 6.6.2006 für die Quartale II/2002 bis IV/2002; zurückgefordert wurden Beträge von 3509,22 Euro (Quartal II/2002), 3712,54 Euro (Quartal III/2002) bzw 3447,25 Euro (Quartal IV/2002). Die hiergegen erhobenen Widersprüche wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 12.3.2008 zurück. Klage und Berufung sind erfolglos geblieben (*Urteil des SG vom 4.5.2011, Beschluss des LSG vom 11.12.2013*).
- 3 Das LSG hat ausgeführt, die Beklagte sei zur Richtigstellung befugt, weil der Kläger sich durch eine missbräuchliche Zusammenarbeit mit Dr. B. Honorarvorteile verschafft habe, die er bei einer pflichtgemäßen Zusammenarbeit innerhalb der Praxisgemeinschaft nicht hätte erlangen können. Eine missbräuchliche Nutzung der Kooperationsform Praxisgemeinschaft könne auch bei einer Patientenidentität von 20 % bis 50 % vorliegen, wenn sich anhand der Umstände des Einzelfalles ergebe, dass die Ärzte tatsächlich wie die Mitglieder einer Gemeinschaftspraxis zusammenarbeiteten. Vorliegend seien im Quartal I/2002 30,03 % der vom Kläger behandelten Patienten (bzw 24,9 % nach Abzug berechtigter Vertretungsfälle) auch von Dr. B. oder von beiden Ärzten behandelt worden. Im Quartal II/2002 seien dies 31,4 % gewesen, im Quartal III/2002 32,5 % (bzw 25,1 % nach Abzug berechtigter Vertretungsfälle) sowie im Quartal IV/2002 29,75 % (bzw 22,4 %). Zudem lägen Indizien vor, die für eine Zusammenarbeit in einer Gemeinschaftspraxis sprächen, nämlich die planmäßig erfolgte Behandlung von Heimbewohnern mit aufeinander abgestimmten An- und Abwesenheitszeiten für Hausbesuche in den Altenheimen sowie die abgestimmte Wahrnehmung von ambulanten Operationen. Bestätigt würde dies durch das Ergebnis der vorgenommenen Stichprobenüberprüfungen, insbesondere durch die überwiegend identischen Diagnosen; schließlich könne nicht außer Betracht bleiben, dass es dem Kläger und seinem Partner gelungen sei, seit 1996 die Zahl der "Fälle" im Rahmen ihrer "Praxisgemeinschaft" insgesamt mehr als zu verdoppeln.



- 4 Mit seiner Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision in diesem Beschluss macht der Kläger die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache (*Zulassungsgrund gemäß § 160 Abs 2 Nr 1 SGG*) geltend.

II

- 5 Die zulässige Beschwerde des Klägers hat keinen Erfolg.
- 6 Die Revisionszulassung setzt eine Rechtsfrage voraus, die in dem angestrebten Revisionsverfahren klärungsfähig (entscheidungserheblich) sowie klärungsbedürftig und über den Einzelfall hinaus von Bedeutung ist (*vgl BSG SozR 4-1500 § 153 Nr 3 RdNr 13 mwN; BSG SozR 4-1500 § 160 Nr 5 RdNr 3*). Die Klärungsbedürftigkeit fehlt dann, wenn die Rechtsfrage bereits geklärt ist und/oder wenn sie sich ohne Weiteres aus den Rechtsvorschriften und/oder aus der bereits vorliegenden Rechtsprechung klar beantworten lässt (*hierzu s zB BSG SozR 3-1500 § 146 Nr 2 S 6; BSG SozR 3-2500 § 75 Nr 8 S 34; BSG SozR 3-1500 § 160a Nr 21 S 38; vgl auch BSG SozR 3-4100 § 111 Nr 1 S 2 f sowie BSG SozR 3-2500 § 240 Nr 33 S 151 f mwN*). Nichts anderes gilt, wenn kein vernünftiger Zweifel an der Richtigkeit der vom LSG dazu gegebenen Auslegung bestehen kann, weil sich die Beantwortung bereits ohne Weiteres aus der streitigen Norm selbst ergibt (*vgl hierzu BSG Beschluss vom 2.4.2003 - B 6 KA 83/02 B - Juris RdNr 4*). Die Bedeutung über den Einzelfall hinaus ist nicht gegeben, wenn die Rechtsfrage aufgrund besonderer Gestaltung des vorliegenden Einzelfalls einer verallgemeinerungsfähigen Beantwortung nicht zugänglich ist (*vgl zB BSG Beschluss vom 5.11.2008 - B 6 KA 50/07 B - RdNr 6 iVm 11*). Diese Anforderungen sind verfassungsrechtlich unbedenklich (*s die BVerfG-Angaben in BSG SozR 4-1500 § 153 Nr 3 RdNr 13 sowie BVerfG <Kammer> SozR 4-1500 § 160a Nr 16 RdNr 4 f*).
- 7 Die Rechtsfrage,
 ob es bei einer Patientenidentität zwischen 20 % und 50 % keinen die Annahme einer missbräuchlichen Nutzung der Kooperationsform der Praxisgemeinschaft - und somit die rechnerische Kürzung des Honorars auf das einer fiktiven BAG - rechtfertigenden weiteren Umstand darstellt, wenn ein Vertragsarzt und sein Praxisgemeinschafts-Kollege
 a) Heimpatienten "im Wechsel" mit Hausbesuchen versorgen und/oder
 b) bei durch die Versorgung von Versicherten
 (1) mit Hausbesuchen und/oder
 (2) mit ambulanten Operationen im nahe gelegenen Krankenhaus
 bedingter Abwesenheit eines Arztes seine Patienten vom jeweils anderen als eigene behandelt haben, und unter Berücksichtigung der sich aus diesen Umständen ergebenden Fälle der Anteil identischer Patienten unter 20 % sinkt,
 ist nicht klärungsbedürftig, weil sich die Antwort aus der Rechtsprechung des Senats ergibt.



- 8 Danach liegt eine missbräuchliche Nutzung der Kooperationsform der Praxisgemeinschaft vor, wenn Ärzte oder Zahnärzte ihre Zusammenarbeit im Innen- und Außenverhältnis so gestalten, wie dies für eine Gemeinschaftspraxis (heute: Berufsausübungsgemeinschaft) typisch ist (vgl. *BSG Beschluss vom 11.5.2011 - B 6 KA 1/11 B - Juris RdNr 11*). Ein hoher Anteil von Patienten, an deren Behandlung sowohl der von der Prüfung betroffene Arzt als auch Kollegen derselben Praxisgemeinschaft beteiligt sind, indiziert eine missbräuchliche Nutzung der Kooperationsform (*BSGE 96, 99 = SozR 4-5520 § 33 Nr 6, RdNr 19; BSG Beschluss vom 5.11.2008 - B 6 KA 17/07 B - Juris RdNr 12; BSG Beschluss vom 8.12.2010 - B 6 KA 46/10 B - RdNr 14; BSG Beschluss vom 11.5.2011 - B 6 KA 1/11 B - RdNr 11*). Ein hoher gemeinsamer Patientenanteil spricht stets dafür, dass die Rechtsform der Praxisgemeinschaft im Praxisalltag nicht transparent realisiert wurde (*BSG Beschluss vom 11.5.2011 - B 6 KA 1/11 B - RdNr 11*), sondern tatsächlich die für eine Gemeinschaftspraxis kennzeichnende Ausübung der ärztlichen Tätigkeit stattfindet (*BSGE 96, 99 = SozR 4-5520 § 33 Nr 6, RdNr 20; BSG Beschluss vom 6.2.2013 - B 6 KA 43/12 B - RdNr 6*). Bei hoher Patientenidentität muss das Patientenaufkommen koordiniert werden, was wiederum die für die Gemeinschaftspraxis typische einheitliche Praxisorganisation erfordert (*BSGE 96, 99 = SozR 4-5520 § 33 Nr 6, RdNr 20; BSG Beschluss vom 6.2.2013 - B 6 KA 43/12 B - RdNr 6*). Ein Formenmissbrauch ist nicht erst bei einer Patientenidentität von mehr als 50 % anzunehmen; vielmehr hat der Senat ausdrücklich betont, dass auch deutlich unter 50 % liegende Quoten ausreichen können (*BSG Beschluss vom 17.9.2008 - B 6 KA 65/07 B - RdNr 10*).
- 9 Soweit sich die Frage des Klägers darauf bezieht, ob die wechselweise Versorgung von Heimpatienten bzw die wechselweise Durchführung von ambulanten Operationen einen die Annahme einer missbräuchlichen Nutzung "rechtfertigenden" Umstand darstellt, ist zunächst darauf hinzuweisen, dass die Rechtsprechung des Senats immer von einer hohen Quote der gemeinsamen Behandlung von Patienten ausgegangen ist, die grundsätzlich die Annahme eines Rechtsformmissbrauchs trägt. Weitere Umstände, die auf einen Missbrauch hindeuten, hat der Senat mehrfach angesprochen (*Beschlüsse vom 5.11.2008 - B 6 KA 17/07 B - Juris RdNr 12; vom 8.12.2010 - B 6 KA 46/10 B - Juris RdNr 15*), aber nicht gefordert, dass neben einer auffälligen Patientenidentität stets zusätzliche Sachverhalte eines Formenmissbrauchs gegeben sein müssen. Er entzieht sich einer generellen Festlegung, ob bei einer nur in geringem Maße auffälligen Patientenidentität und plausiblen Erklärungen dafür die Feststellung eines Formenmissbrauchs das Vorliegen weiterer Anhaltspunkte erfordert. Jedenfalls im Regelfall ist nach der Rechtsprechung des Senats bei einem bestimmten Vom-Hundert-Satz gemeinsam behandelter Patienten ein Missbrauch der Rechtsform "ohne Weiteres" anzunehmen (*BSG Beschluss vom 6.2.2013 - B 6 KA 43/12 B - RdNr 8*).
- 10 Zudem sind die vom Kläger angeführten Gesichtspunkte nicht geeignet, eine hohe Patientenidentität zu "rechtfertigen" bzw der Annahme einer missbräuchlichen Nutzung entgegenzu-



stehen. Zum einen hat der Senat bereits entschieden, dass Fälle einer "kollegialen Vertretung" nicht aus der Zahl der von beiden Ärzten behandelten Fällen heraus zu rechnen sind (*BSG Beschluss vom 6.2.2013 - B 6 KA 43/12 B - RdNr 6*). Dies hat der Senat damit begründet, dass Umfang und Häufigkeit der gemeinsamen Behandlung von Patienten gerade als Indiz für eine gemeinsame Praxisführung zu werten seien; bei hohen Patientenidentitäten stehe außer Zweifel, dass sie sich nicht durch Vertretungsfälle im üblichen Umfang erklären ließen. Dass innerhalb einer Gemeinschaftspraxis eine Vertretung grundsätzlich nicht abgerechnet werden kann, ist in der Rechtsprechung des Senats geklärt (*Urteil vom 14.12.2011, SozR 4-2500 § 106a Nr 8 RdNr 28*).

- 11 Zum anderen ist die zwischen dem Kläger und Dr. B. abgestimmte Behandlung von Heimbewohnern durch abwechselnde Hausbesuche in den Altenheimen mit aufeinander abgestimmten An- und Abwesenheitszeiten der beiden Ärzte in ihren Praxen sowie die ebenfalls aufeinander abgestimmte Durchführung von ambulanten Operationen im Krankenhaus nur deswegen durchführbar, weil der Kläger sowie Dr. B. ihre Praxisorganisation so gestaltet haben, wie sie für eine Gemeinschaftspraxis bzw Berufsausübungsgemeinschaft kennzeichnend ist. Seinen "Hausbesuchstag" konnte der Kläger nur durchführen, weil Dr. B. regelhaft - wie der Partner einer Berufsausübungsgemeinschaft - für die Versorgung seiner Patienten zur Verfügung stand. Entsprechendes gilt für die Durchführung ambulanter Operationen.
- 12 Auch die vom Kläger angeführten "versorgungsbedingten Besonderheiten" rechtfertigen seine Vorgehensweise nicht. Es mag durchaus sinnvoll sein, Hausbesuche in Heimen an bestimmten Tagen zu "bündeln". Es steht dem Kläger sowie Dr. B. frei, hierzu die Organisationsform der Berufsausübungsgemeinschaft zu wählen, so wie sie dies bereits in der Vergangenheit (bis 1997) getan hatten.
- 13 Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG iVm §§ 154 ff VwGO. Danach hat der Kläger auch die Kosten des von ihm ohne Erfolg durchgeführten Rechtsmittels zu tragen (§ 154 Abs 2 VwGO).
- 14 Die Festsetzung des Streitwerts entspricht den Festsetzungen der Vorinstanz vom 11.12.2013, die von keinem der Beteiligten in Frage gestellt worden ist (§ 197a Abs 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGG iVm § 63 Abs 2 Satz 1, § 52 Abs 1, § 47 Abs 1 und 3 GKG).

