

Sozialgericht Marburg

Urteil (nicht rechtskräftig)

Sozialgericht Marburg S 12 KA 435/12

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Die Kläger haben die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine Honorarrückforderung in Höhe von 112.422,41 EUR gegenüber dem Kläger zu 1) bzw. 98.936,74 EUR gegenüber der Klägerin zu 2) aufgrund einer Plausibilitätsprüfung der Honorarabrechnungen der elf Quartale II/05 bis IV/07 und hierbei insbesondere eines Praxisabgleichs innerhalb der Praxisgemeinschaft beider Kläger mit einem Anteil gemeinsamer Patienten zwischen 36 % und 50 % bzw. 34 % und 47 %.

Der Kläger zu 1) und die Klägerin zu 2) sind als Facharzt bzw. Fachärztin für Allgemeinmedizin zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen. Sie führten im streitbefangenen Zeitraum eine Praxisgemeinschaft. Seit dem 01.04.2012 führen sie eine Berufsausübungsgemeinschaft.

In den streitbefangenen Quartalen setzte die Beklagte das Honorar der Kläger jeweils durch Honorarbescheid fest. Die Festsetzungen im Einzelnen ergeben sich aus nachfolgender Übersicht:

Für den Kläger zu 1):

Quartal II/05 III/05 IV/05 I/06

Honorarbescheid vom 29.06.2006 12.08.2006 06.08.2007 21.01.2007

Nettohonorar gesamt in EUR 63.144,93 62.958,25 62.974,67 59.494,76

Bruttobonorar PK + EK in EUR (bis 2001 in DM) 62.871,68 62.372,80 62.284,37 58.633,08

Fallzahl PK + EK 966 1.055 1.089 1.069

Fallzahl gesamt 1.005 1.105 1.129 1.109

Fallzahlbegrenzungsmaßnahme nach Ziff. 5.2.1 HVV

Quote in % 97,29 - - -

Regelleistungsvolumen

Überschreitung in Punkten 3.387,3 - 1.520,1 27.142,5

Ziff. 7.5

Auffüll-/Kürzungsbetrag pro Fall in EUR - - 1,9268 - 3,6211 - 6,579,25

Quartal II/06 III/06 IV/06 I/07

Honorarbescheid vom 04.02.2007 17.03.2007 18.04.2007 17.07.2007

Nettohonorar gesamt in EUR 64.974,08 66.504,92 68.975,25 66.288,15

Bruttobonorar PK + EK in EUR (bis 2001 in DM) 64.707,91 66.899,84 68.937,56 67.078,56

Fallzahl PK + EK 982 1.073 1.046 1.203

Fallzahl gesamt 1.021 1.110 1.082 1.244

Fallzahlbegrenzungsmaßnahme nach Ziff. 5.2.1 HVV

Quote in % - 99,93 92,70

Regelleistungsvolumen

Überschreitung in Punkten 27.134,5 - -

Ziff. 7.5

Auffüll-/Kürzungsbetrag pro Fall in EUR - 0,1566 -

Quartal II/07 III/07 IV/07

Honorarbescheid vom 17.10.2007 17.01.2008 09.05.2008

Nettohonorar gesamt in EUR 72.430,89 69.727,52 72.043,54

Bruttobonorar PK + EK in EUR (bis 2001 in DM) 72.361,84 69.954,34 73.616,82

Fallzahl PK + EK 1.101 1.160 1.179

Fallzahl gesamt 1.139 1.186 1.194

Für die Klägerin zu 2):

Quartal II/05 III/05 IV/05 I/06

Honorarbescheid vom 29.06.2006 12.08.2006 06.08.2007 21.01.2007

Nettohonorar gesamt in EUR 62.808,79 61.371,53 62.605,47 61.600,52

Bruttohonorar PK + EK in EUR (bis 2001 in DM) 62.148,16 50.560,89 62.730,96 61.790,97
Fallzahl PK + EK 1.016 1.098 1.167 1.210
Fallzahl gesamt 1.070 1.152 1.207 1.245

Fallzahlbegrenzungsmaßnahme nach Ziff. 5.2.1 HVV
Quote in % 98,23 - - -

Regelleistungsvolumen
Überschreitung in Punkten - - - -

Ziff. 7.5
Auffüll-/Kürzungsbetrag pro Fall in EUR - - 827,25 - - 1.711,11

Quartal II/06 III/06 IV/06 I/07
Honorarbescheid vom 04.02.2007 17.03.2007 18.04.2007 08.03.2008
Nettohonorar gesamt in EUR 62.399,97 57.308,54 62.381,28 61.014,06
Bruttohonorar PK + EK in EUR (bis 2001 in DM) 62.896,60 57.585,10 62.981,84 61.560,37
Fallzahl PK + EK 1.118 1.086 1.115 1.200
Fallzahl gesamt 1.148 1.122 1.145 1.237

Fallzahlbegrenzungsmaßnahme nach Ziff. 5.2.1 HVV
Quote in % - - -

Regelleistungsvolumen
Überschreitung in Punkten - - -

Ziff. 7.5
Auffüll-/Kürzungsbetrag pro Fall in EUR - - -

Quartal II/07 III/07 IV/07
Honorarbescheid vom 17.10.2007 17.01.2008 09.05.2008
Nettohonorar gesamt in EUR 62.751,15 59.366,45 65.407,55
Bruttohonorar PK + EK in EUR (bis 2001 in DM) 63.425,42 60.408,60 66.602,91
Fallzahl PK + EK 1.163 1.196 1.272
Fallzahl gesamt 1.192 1.217 1.289

Die Beklagte forderte die Kläger jeweils unter Datum vom 09.06.2010 aufgrund einer Plausibilitätsprüfung der Quartalsabrechnung für die streitbefangenen Quartale zu einer Stellungnahme auf. Sie habe die Honorarabrechnung zusammen mit der Honorarabrechnung der Klägerin zu 2) bzw. des Klägers zu 1) einer Plausibilitätsprüfung unterzogen. Es sei analysiert worden, wie viele Patienten von beiden Ärzten gemeinsam behandelt und abgerechnet worden seien. Hierbei habe sie eine hohe Anzahl von gemeinsam abgerechneten Fällen festgestellt, was sie zahlenmäßig in einer Tabelle darstellte. Dem Schreiben fügte sie eine Patientenliste mit jeweils zehn Patientennamen bzgl. der Quartale II und IV/05 bei.

Die Kläger trugen unter Datum vom 14.07.2010 vor, wie bereits bekannt sei, arbeiteten sie seit Dezember 1998 als Praxismgemeinschaft, die sie in dieser Form vom Ehepaar Dres. med. C. und E. übernommen hätten. Die Praxis liege im Einzugsbereich eines sozialen Brennpunkts der Stadt A-Stadt. Auf Grund eines sehr hohen Anteils von Patienten mit Migrationshintergrund und anderen nicht deutschstämmigen Patienten mit zum Teil sehr schlechten Deutschkenntnissen habe sie von der Einrichtung einer Bestellpraxis absehen müssen und betreibe eine Zulaufpraxis. Auch das Vergeben von Terminen zur Blutabnahme, Ultraschalluntersuchungen etc. werde nur teilweise von ihrer Patientenklientel umgesetzt. Neben ihrer Tätigkeit als allgemeinärztliche Hausärzte versorgten sie auch Suchtpatienten im Rahmen der Methadonsubstitution. Sie würden sich in Urlaubs- und Krankheitsfällen gegenseitig vertreten und kündigten die Urlaubszeiten ihren Patienten rechtzeitig an. Urlaubszeiten seien in den Quartalen I, II und IV eines Jahres je Arzt ca. zwei Wochen angefallen, im Quartal III seien es je Arzt ca. drei Wochen. Der Vertreterstatus sei als solcher in den Kassenabrechnungen ersichtlich. Hinsichtlich der Stellungnahmen zu der Patientenliste verweise sie auf ihre patientenbezogenen Ausführungen. Die Urlaubs-Krankheitsvertretungszeiten seien ebenso detailliert aufgelistet wie auch die jeweiligen Übersichten über die Behandlungsscheinarten.

Die Beklagte setzte jeweils mit Bescheid vom 21.07.2010 die strittigen Honorarrückforderungen fest. Gegenüber dem Kläger zu 1) ergab sich die strittige Honorarrückforderung i. H. v. insgesamt 112.422,41 Euro netto vor Verwaltungskosten, gegenüber der Klägerin zu 2) 98.936,74 Euro netto. Im Einzelnen entfielen auf die streitbefangenen Quartale folgende Honorarrückforderungen:

Kläger zu 1) Kläger zu 2)
Quartal Honorar Honorar
II/05 9.543,99 EUR 8.916,50 EUR
III/05 10.908,02 EUR 10.199,29 EUR
IV/05 9.546,60 EUR 8.877,32 EUR
I/06 9.932,78 EUR 9.160,91 EUR

II/06 9.443,83 EUR 8.066,34 EUR
III/06 10.967,32 EUR 9.349,67 EUR
IV/06 8.701,59 EUR 7.436,72 EUR
I/07 10.152,10 EUR 9.253,22 EUR
II/07 10.505,34 EUR 8.696,72 EUR
III/07 11.338,07 EUR 9.407,41 EUR
IV/07 11.382,76 EUR 9.572,64 EUR

Zur Begründung führte sie aus, die Abrechnungen von Ärzten, welche untereinander in einer Praxisgemeinschaft (Berufsausübungsgemeinschaft) verbunden seien, könnten unplausibel sein, wenn bestimmte Grenzwerte des Anteils identischer Patienten überschritten worden seien. Die Anzahl der doppelt abgerechneten Patienten sei ins Verhältnis zur praxiseigenen Patientenzahl zu setzen. Eine Abrechnungsauffälligkeit sei bei 20% Patientenidentität - auf die abrechnenden Praxen bezogen - bei versorgungsbereichsidentischen Praxen zu vermuten. Die Berechnungsergebnisse hätten für die Praxis des Klägers zu 1) folgende Werte ergeben:

Quartal Fallzahl Gemeinsame Patienten Anteil in Prozent

II/05 1.005 434 43,18
III/05 1.105 547 49,50
IV/05 1.129 489 43,31
I/06 1.109 529 47,70
II/06 1.021 424 41,53
III/06 1.110 523 47,12
IV/06 1.082 390 36,04
I/07 1.244 536 43,09
II/07 1.139 472 41,44
III/07 1.186 551 46,46
IV/07 1.194 539 45,14

Bzw. für die Klägerin zu 2):

Quartal Fallzahl Gemeinsame Patienten Anteil in Prozent

II/05 1.070 434 40,56
III/05 1.152 547 47,48
IV/05 1.207 489 40,51
I/06 1.245 529 42,49
II/06 1.148 424 36,93
III/06 1.122 523 46,61
IV/06 1.145 390 34,06
I/07 1.237 536 43,33
II/07 1.192 472 39,60
III/07 1.217 551 45,28
IV/07 1.289 539 41,82

Die nach außen gewählte Rechtsform einer Praxisgemeinschaft müsse auch im Praxisalltag transparent realisiert werden; andernfalls liege ein Gestaltungsmissbrauch vor. Bei einer derart hohen Praxisidentität müsse das Patientenaufkommen koordiniert werden, was wiederum die für eine Gemeinschaftspraxis typische einheitliche Praxisorganisation voraussetze. Eine Vertretung sei nur zulässig, wenn der vertretene Vertragsarzt sich im Urlaub befinde, erkrankt sei oder an einer Fortbildung oder Wehrübung teilnehme. Eine Vertretung liege nur dann vor, wenn der Arzt zumindest einen Tag abwesend sei, so dass die Praxis insgesamt geschlossen bleibe. Die hohe Anzahl der Vertreterfälle sei völlig implausibel. Es handele sich hier überwiegend um "generierte" Vertreterfälle. Eine statistisch signifikant hohe Anzahl von Patienten mit Migrationshintergrund sei (auch aus dem Namen der Patienten) nicht festzustellen; sie hätte auch nicht zwangsläufig einen derart hohen Vertretungsaufwand zur Folge. Warum die Einrichtung einer Bestellpraxis nicht funktioniere, sei nicht nachzuvollziehen, sei aber auch nicht erheblich. Das Morbiditätsrisiko und der Anteil von Akutdiagnosen entspreche der einer normalen Allgemeinarztpraxis und könne die hohe Anzahl an gemeinsamen Patienten nicht erklären. Beide Praxisgemeinschaftspartner hätten einen Schwerpunkt in der Behandlung von Substitutionsabhängigen im Rahmen der Methadonbehandlung. An vielen Tagen behandle einer der beiden Ärzte nur diesen Personenkreis; die anderen, eigenen Patienten würden vertretungsweise vom Praxisgemeinschaftspartner behandelt werden. Ungewöhnlich sei in diesem Bereich die durchgehende Präsenz beider Praxen; auch an Sonn- und Feiertagen an 91 Tagen im Quartal, dies stehe jedoch im Widerspruch zu den Urlaubsangaben der Kläger. Die Abrechnung nach Nr. 01950 EBM setze einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt voraus. Diese Präsenz werde augenscheinlich zur generellen, gegenseitigen Vertretung benutzt, ohne dass eine medizinische bzw. akute Notwendigkeit erkennbar sei. Die detaillierte Überprüfung der Abrechnung habe ergeben, dass ein Großteil der Vertreterscheine auf eine nur stundenweise Abwesenheit des Praxisgemeinschaftspartners entfalle. In der Praxis würden Scheine im Rahmen der Urlaubs- und Krankheitsvertretung angelegt werden, während der zu vertretende Arzt am selben Behandlungstag Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlungen mit Methadon (Ziffern 01950, 01950A) abrechne. Hierzu werden drei Patientennamen genannt. Die Kläger wären verpflichtet gewesen, die Patienten auf die Rückkehr des erstbehandelnden Arztes (ggf. auch erst am nächsten Werktag) zu verweisen. Während der von den Klägern angezeigten Abwesenheit bzw. Krankheitsmeldung seien Leistungen nach Nrn. 01950, 01950A abgerechnet worden, die mit 1:52 bis 2:36 Std. ins Tagesprofil eingingen. Beispielhaft werden zwei Patientenfälle für den Zeitraum 15. - 26.08.2005 genannt. Es handele sich um eine missbräuchliche Nutzung der

Praxisgemeinschaft. Die ärztliche Kooperation ging über den üblichen Betrieb einer Praxisgemeinschaft als reine Organisationsgemeinschaft zu Kostenminderung hinaus. Dies führe zu einer deutlichen Erhöhung der Fallzahl und damit verbunden zu einer erheblichen Steigerung des Honorars, ohne dass dies durch die Morbidität der Klientel begründet werden könnte. Der prozentuale Anteil an Vertretungsfällen liege hessenweit bei unter 10%. Bzgl. dieser erhöhten Anzahl an identischen Patienten seien doppelt eingeleseene Krankenversichertenkarten, Vertreterfälle gemäß Muster 19 der Vordruckvereinbarung, Notfälle und Überweisungen zur Auftragsleistungen dahingehend berücksichtigt worden, dass bei der Berechnung der Honorarkorrektur im Einklang mit der gängigen Sozialgerichtsrechtsprechung 30% der gemeinsamen Patienten als plausibel eingestuft und daher der Korrekturberechnung zugunsten des Klägers nicht berücksichtigt worden seien. Der Umstand, dass in einer geringen Anzahl von Fällen unter demselben Datum Krankenversichertenkarten in beiden Praxen eingelese worden seien und Doppelbehandlungen stattgefunden hätten, stelle ein weiteres Indiz für ein pflichtwidriges Verhalten dar. Im Falle einer fehlerhaften bzw. rechtswidrigen Abrechnung sei sie befugt, das an den Arzt zu leistende Honorar in Ausübung eines weiten Schätzungsermessens neu festzusetzen. Die Berichtigung der Honorarabrechnungen sei auf der Basis einer stichprobenartigen Überprüfung der gemeinsam abgerechneten Behandlungsfälle vorgenommen und in Form einer Hochrechnung auf den Gesamtkorrekturbedarf geschlossen worden. Hierbei würden grundsätzlich zunächst die Anzahl der bei der Prüfung festgestellten gemeinsamen Behandlungsfälle und die auf Grund ihrer Urlaubs- und Krankheitsmeldungen zulässigen gemeinsamen Behandlungsfälle reduziert werden. Im Fachgruppendurchschnitt seien gegenseitige Vertretungen in einer Größenordnung von unter 10% der Gesamtfallzahl evident. Die Korrekturhöhe pro Behandlungsfall errechne sich aus dem Nettofalldurchschnittswert aus allen Behandlungsfällen der Praxis multipliziert mit der Gesamtzahl der implausiblen Behandlungsfälle. Im Einzelnen verweise sie auf die beigelegte Anlage.

Hiergegen legten die Kläger am 03.08.2010 Widerspruch ein. Sie trugen vor, die Berechnung der "Doppelbehandlungen" sei nicht sachgerecht, da durch die Addition der Patienten beider Praxen vor Bildung der Quote für die jeweilige Praxis von wesentlich überhöhten - grundsätzlich etwa doppelt so hohen Zahlen - ausgegangen werde, so dass entsprechend eine zweifach überhöhte Quote von Doppelpatienten pro Praxis entstehe. Es müsste die Quote der gemeinsamen Fälle aus der jeweiligen Teilmenge der einzelnen Praxis gebildet werden. Wechselseitige Vertretungen seien tatsächlich ausschließlich in Fällen von Krankheit, Urlaub oder Fortbildung des jeweils anderen Praxisgemeinschaftskollegen erfolgt. Sie überreichten eine Aufstellung über die Abwesenheitszeiten. I. V. m. den Patientenabgleichen werde daraus ersichtlich, dass sämtliche Vertreterfälle in den Bereich zulässiger Vertretung einzuordnen seien. Hinsichtlich der Substitutionsbehandlungen liege keine bloße stundenweise Abwesenheit vor. Es sei lediglich in Fällen, in denen einer der Praxisgemeinschaftspartner abwesend gewesen sei, die Nr. 01950 eingetragen worden. Andere ärztliche Tätigkeiten seien nicht abgerechnet worden. Die Behandlung der Substitutionspatienten sei in der Praxisgemeinschaft in der Weise erfolgt, dass die Patienten zu Beginn des jeweiligen Quartals mit ihrer Krankenversichertenkarte bei dem jeweiligen Behandler erschiene und diese Karte eingelese worden sei. Die Substitution erfolge bei Patienten, die in die Substitution einträten, also in den ersten sechs Monaten, täglich. Gleiches gelte für instabile Patienten, die Beigebrauch von Drogen hätten. Nach etwa sechs Monaten könne man i. d. R. dazu übergehen, den Patienten, welche eine gewisse Stabilität aufwiesen, für die Wochenenden ein Rezept für das verwendete Präparat zu übergeben. Wiederum weiter fortgeschrittener Patienten bekämen ein Take-Home-Rezept einmal pro Woche für sieben Tage. Während der Abwesenheit des Praxisinhabers müsse selbstverständlich die Fortsetzung der Substitutionsbehandlung sichergestellt werden. Die Substitutionsbehandlung dürfe nur von entsprechend qualifizierten Vertretern fortgeführt werden. Sie hätten in der Vergangenheit darauf verzichtet, für Vertretungszeiten Überweisungen an den vertretenden Praxisgemeinschaftskollegen auszustellen, sondern sie hätten die Vertretung des Praxisgemeinschaftskollegen bei der Substitution in dessen Praxis durchgeführt. Die Vertretung sei daher, nicht wie bei den übrigen Patienten, in der eigenen Praxis des vertretenden Arztes, sondern in der Praxis des vertretenen Arztes durchgeführt worden. Die Nr. 01950 sei weder für das Budget noch für das Regelleistungsvolumen relevant gewesen. Es könne daher der Eindruck der Anwesenheit entstehen, obwohl dies tatsächlich nicht der Fall gewesen sei. Sie hätten sehr klar zwischen budgetären und extrabudgetären Leistungen getrennt. Ab dem Quartal III/10 seien entsprechende Überweisungen ausgestellt worden. Abgerechnet habe nur der Arzt, der diese Substitution durchgeführt habe. Der Begriff des Notfalls sei gesetzlich nicht geregelt. Rückforderungsansprüche bezüglich des Jahres 2005 seien im Jahr 2010 bereits verjährt gewesen.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheiden vom 01.08.2012 die beiden Widersprüche jeweils als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie aus, die Ausschlussfrist von vier Jahren sei eingehalten worden. Die Honorarbescheide für die Quartale II - IV/05 seien am 01.08., 09.10.2006 und 14.01.2008 verschickt worden, die Folgequartale entsprechend später. Der Berechnungsweg der Patientenidentitäten sei nicht zu beanstanden. Bei der Ermittlung des Prozentsatzes sei es unerheblich, in welcher Praxis die doppelten Patienten originär hausärztlich behandelt würden. Vielmehr bilde jeder Patient, der im Prüfquartal in beiden Praxen behandelt worden sei, einen Doppelfall. Die Auswertung der Abrechnungsdaten habe ergeben, dass sich unter den identischen Patienten im Quartal II/05 bei dem Kläger zu 1) 25 von 434 Doppelfällen befunden hätten, die täglich oder wöchentlich substituiert worden seien. Im Quartal III/05 seien es 28 Substitutionspatienten von insgesamt 547 Fällen, im Quartal IV/05 22 von 489 Fällen, im Quartal I/06 20 von 529 Fällen, im Quartal II/06 26 von 424 Fällen, im Quartal III/06 33 von 523 Fällen, im Quartal IV/06 20 von 390 Fällen, im Quartal I/07 32 von insgesamt 536 Fällen, im Quartal II/07 25 von 471 Fällen, im Quartal III/07 29 von 551 Fällen und im Quartal IV/07 20 von insgesamt 539 Doppelfällen. Substitutionspatienten, die eine Tagesdosis erhielten, könne nicht zugemutet werden, bis zur Rückkehr des eigentlich behandelnden Arztes zu warten. Eine Verringerung der Doppelfälle würde sich unter Berücksichtigung der von den Klägern beschriebenen gegenseitigen Vertretungspraxis für Ausgabe der Tagesdosen jedoch nicht ergeben. Unter den gezählten doppelten Patienten fänden sich ausschließlich solche Substitutionspatienten, bei denen neben der Ausgabe des Ersatzstoffes nach Nr. 01950 EBM am selben Tag eine darüber hinausgehende

Behandlung erforderlich gewesen sei, die dann auf einen Vertretungsschein einer Praxis des Vertreters abgerechnet worden sei. Es verbliebe selbst unter Abzug der identischen regelmäßig substituierten Patienten in allen Prüfquartalen eine Überschreitung der Grenzwerte für Patientenidentitäten. Im Quartal III/05 habe der Kläger zu 1) als Vertretung für die Klägerin zu 2) insgesamt 358 Vertretungsscheine abgerechnet. Damit hätten ca. 34% der gesamten Fallzahlen auf Vertretungsfällen beruht. Bei 20 Abwesenheitstagen der Klägerin zu 2) habe der Kläger durchschnittlich 18 Vertretungen pro Tag erbracht. Die Klägerin zu 2) habe bei 1.098 Fällen und 72 Arbeitstagen durchschnittlich lediglich 15 Patienten behandelt. Daraus folge, dass der Kläger zu 1) fast die gesamte Praxis der Klägerin zu 2) an den Abwesenheitstagen weiter geführt habe. Patienten mit alleiniger Abholung einer Substitutionsdosis seien nicht mitgezählt worden. Am 30.06.2005 sei die Klägerin zu 2) für einen Tag abwesend gewesen. Der Kläger zu 1) habe 33 Vertretungsscheine bei 98 Behandlungsfällen abgerechnet. Bei fünf dieser Behandlungsfälle sei keine Akutdiagnose angegeben worden, bei den übrigen Patienten fänden sich auch Diagnosen, bei denen ein Verweis der Patienten auf die baldige Rückkehr der Klägerin zu 2) möglich gewesen sei. Es finde sich in allen Prüfquartalen eine ungewöhnlich große Anzahl an Vertretungsscheinen, auf denen keine Diagnose, sondern lediglich Dauerdiagnosen eingetragen worden seien. Die Dringlichkeit der Behandlung auf Grund der Art der Erkrankung könne in diesen Fällen nur sehr eingeschränkt überprüft werden. Angesichts der Anzahl der unzureichend ausgeführten Vertretungsscheine sowie der sich über viele Quartale hinziehenden Abrechnungspraxis handele es sich auch nicht um ein bloßes Versehen, sondern um wiederholtes, standardmäßig unzulässiges Ausfüllen der Abrechnungsscheine. So seien in den Prüfquartalen unter den identischen Patienten z. B. 45% von 261 Vertretungsscheinen (IV/05), 36% von 116 Vertretungsscheinen (II/06), 40% von 119 Vertretungsscheinen (II/06) und 36% von 267 Vertretungsscheinen (II/07) lediglich mit der Angabe von Dauerdiagnosen versehen worden. Es gehe zu Lasten des Klägers zu 1), dass eine Notfallsituation und damit eine ggf. zulässige Vertretung nicht zu erkennen sei. Ein Indiz für die fehlende Trennung der Praxen sei, dass die Kläger die Patientenkarteen nicht getrennt führten. Die gemeinsame Nutzung der Patientendaten sei in einer Praxisgemeinschaft nicht zulässig. In allen Quartalen finde man Fälle, in denen für denselben Patienten jeweils ein Originalschein angelegt worden sei. Hier sei also nicht darauf geachtet worden, dass die Patienten nur einen bestimmten Hausarzt besuchten. Es wurden für die Quartale I, II und IV/06 sowie II/07 verschiedene Behandlungsfälle aufgeführt. Nicht an allen Behandlungstagen sei der jeweilige Partner urlaubsbedingt abwesend gewesen. Die Kläger hätten sich in der Behandlung der Versicherten abgewechselt, wie es in einer Berufsausübungsgemeinschaft üblich sei. Die Schilderung der Kläger, dass Vertretungs-Leistungen weiter auf dem normalen Abrechnungsschein geführt worden seien, bestätige, dass die Praxisorganisation einer Berufsausübungsgemeinschaft vorgelegen habe. Es seien keine getrennten Patientenkarteen geführt worden. Andernfalls sei es nicht möglich gewesen, dass eigene Leistungen auf den Behandlungsschein einer rechtlich fremden Praxis eingetragen worden seien. Durch das pflichtwidrige Verhalten hätten sich die Kläger vertragsärztliches Honorar verschafft, das sie bei korrekter Zusammenarbeit nicht hätten erzielen können. Die erhöhte Fallzahl der jeweils anderen Praxis führe zu Vorteilen bei Budgetierungsregelungen, die den Budgetrahmen anhand der Zahl der Behandlungsfälle berechneten. Hierzu gehörten beispielsweise das Regelleistungsvolumen, Laborkostenbudget und der Wirtschaftlichkeitsbonus. Zwar werde die hausärztliche Grundvergütung (Nr. 0300 EBM - 90 Punkte) bei Urlaubs-/Krankheitsvertretungsscheinen, Abrechnungsscheine im ärztlichen Bereitschaftsdienst sowie Behandlungsfällen ausschließlich mit Auftragsleistungen nicht zugesetzt. Allerdings erhalte jede Einzelpraxis eine "Pauschale für die versorgungsbereichsspezifische Bereitschaft" einmal im Behandlungsfall (Nr. 03005 EBM - 320 Punkte), so dass in Vertretungsfällen diese Pauschale für denselben Patienten zweimal abgerechnet werde. Darüber hinaus kämen auch vereinzelt Fälle vor, bei denen für denselben Patienten in jeder der Praxen ein Originalschein angelegt worden sei und dementsprechend die hausärztliche Grundvergütung für jede Praxis vergütet worden sei. Die Abrechnung der Nr. 01950 EBM in der von den Klägern geschilderten Weise führe, da beide Praxen unterschiedliche Zahlen an Substitutionsfällen hätten, dazu, dass dem Vertretenen mehr Honorar zugewiesen worden sei, als dieser selbst erwirtschaftet habe. Im Ausgangsbescheid sei ein Sicherheitsabschlag von 30% der gemeinsam behandelten Fälle zugrunde gelegt worden, d. h., dass von den doppelten Fällen 30% wiederum als plausibel behandelt worden seien. Ferner werde die darüber hinaus verbliebene Anzahl der Fälle hälftig (50%) auf die Praxisgemeinschaftspartner aufgeteilt (was wiederum eine Begünstigung darstelle). Hintergrund sei, dass Fälle wie doppelt eingeleseene Krankenversichertenkarten, Vertreterfälle gemäß Muster 19 der Vordruckvereinbarung, Notfälle und Überweisungen zur Auftragsleistung damit abgegolten seien. Die Berechnung gehe dabei von der Gesamtzahl der Doppelfälle pro Praxis aus, nicht allein von den Vertretungsfällen der Scheingruppe 42. Die Kläger hätten grob fahrlässig, wenn nicht sogar vorsätzlich u. a. die Versichertenkarten doppelt eingelese und eigene Leistungen auf fremden Abrechnungsscheinen in Ansatz gebracht.

Entsprechend begründete die Beklagte die Zurückweisung des Widerspruchs der Klägerin zu 2).

Hiergegen haben der Kläger zu 1) zum Aktenzeichen S 12 KA 435/12 und die Klägerin zu 2) zum Aktenzeichen S 11 KA 434/12 am 30.08.2012 die Klage erhoben. Die Kammer hat mit Beschluss vom 23.01.2013 beide Verfahren zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung miteinander verbunden.

Zur Begründung ihrer Klagen verweisen die Kläger auf ihre Widerspruchsbegründung und tragen ergänzend vor, eine Vertretung sei nur in Zeiten der Abwesenheit des Partners erfolgt. Bereits im Verwaltungsverfahren hätten sie dargelegt, wie es zur Abrechnung der Substitutionsbehandlungen trotz Abwesenheit gekommen sei. Die Quote gemeinsamer Patienten liege deshalb unter 20%. Sie bestreite, dass unter den gezählten Doppelpatienten sich ausschließlich solche Substitutionspatienten fänden, bei denen neben den Tätigkeiten nach Nr. 01950 EBM am selben Tag eine darüber hinaus gehende Behandlung erforderlich gewesen sei. Sie hätten bereits im Verwaltungsverfahren dargelegt, weshalb eine Bestellpraxis nicht möglich sei. Die Beklagte lege demgegenüber theoretische Anforderungen zugrunde, wie sich ein Patient zu verhalten habe und wie Patientenströme gelenkt

werden könnten, ohne auf die tatsächlichen Gegebenheiten einzugehen. Insbesondere treffe die Behauptung nicht zu, dass Patienten auch während der Zeit der Abwesenheit einbestellt worden seien. Die Kläger haben ferner zum Behandlungsablauf in einzelnen Fällen Angaben gemacht.

Die Kläger beantragen jeweils, den Bescheid vom 21.07.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.08.2012 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt, die Klagen abzuweisen.

Sie verweist auf ihre Ausführungen in den angefochtenen Widerspruchsbescheiden. Ergänzend führt sie aus, aus dem Abrechnungsverhalten der klägerischen Praxen ergebe sich die Behandlungsstruktur einer Gemeinschaftspraxis. Die Kläger hätten mindestens grob fahrlässig fehlerhaft abgerechnet. Damit entfalle die Garantiefunktion der Vierteljahreserklärung (Sammelerklärung), und sie sei zur Einbehalt bzw. zur Aufhebung des Honorarbescheides und zur Schätzung des Rückforderungsbetrages verpflichtet. Ärzte einer Praxisgemeinschaft seien verpflichtet, die Versicherten darauf hinzuweisen, dass sie im Rahmen der hausärztlichen Versorgung innerhalb eines Quartals an die Behandlung durch einen Hausarzt gebunden seien, soweit kein wichtiger Grund für einen Wechsel vorliege. Im Hinblick auf den naheliegenden Gestaltungsmissbrauch sei ein entsprechender Hinweis nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu dokumentieren. Dass eine solche Dokumentation erfolgt sei, sei nicht ersichtlich und sei auch nicht vorgetragen worden.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit einer ehrenamtlichen Richterin und einem ehrenamtlichen Richter 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 \226 SGG).

Die Klage ist zulässig, denn sie sind insbesondere form- und fristgerecht bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben worden.

Die Klage ist aber unbegründet. Die angefochtenen Bescheide vom 21.07.2010 in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 01.08.2012 sind rechtmäßig und waren daher nicht aufzuheben.

Die Beklagte war grundsätzlich zuständig für die sachlich-rechnerische Berichtigung.

Nach § 75 Abs. 1 SGB V haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die vertragszahnärztliche Versorgung sicher zu stellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragszahnärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Nach § 75 Abs. 2 Satz 2 1. Halbsatz haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen. Zu den Pflichten der Vertragsärzte gehört unter anderem auch eine ordnungsgemäße Abrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen. Es obliegt deshalb nach § 45 des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 34 des Ersatzkassenvertrages-Ärzte (EKV-Ä) der Beklagten, die vom Vertragsarzt eingereichten Honoraranforderungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und ggf. zu berichtigen. Dies wird nunmehr durch den ab 01.01.2004 geltenden § 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V klargestellt, wonach die Kassenärztliche Vereinigung die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte feststellt; dazu gehört auch die Arzt bezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten. Dies galt auch bereits zuvor auf der Grundlage der genannten bundesmantelvertraglichen Regelungen.

Die Befugnis zu Richtigstellungen besteht auch für bereits erlassene Honorarbescheide (nachgehende Richtigstellung). Sie bedeutet dann im Umfang der vorgenommenen Korrekturen eine teilweise Rücknahme des Honorarbescheides. Die genannten, auf § 82 Abs. 1 SGB V beruhenden bundesmantelvertraglichen Bestimmungen stellen Sonderregelungen dar, die gemäß § 37 Satz 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) in ihrem Anwendungsbereich die Regelung des § 45 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) verdrängen. Eine nach den Bestimmungen zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung rechtmäßige (Teil)Aufhebung des Honorarbescheides mit Wirkung für die Vergangenheit löst nach § 50 Abs. 1 Satz 1 SGB X, der Grundnorm des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs für den gesamten Bereich des Sozialrechts, eine entsprechende Rückzahlungsverpflichtung des Empfängers der Leistung aus (vgl. BSG, Urt. v. 14.12.2005 - B 6 KA 17/05 R \226 SozR 4-2500 § 85 Nr. 22 = BSGE 96, 1 = Breith 2006, 715 = MedR 2006, 542 = GesR 2006, 499 = USK 2005-130, zitiert nach juris Rdnr. 11 m.w.N.)

Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen des Vertragsarztes zielt auf die Feststellung, ob die Leistungen rechtmäßig, also im Einklang mit den gesetzlichen, vertraglichen oder satzungrechtlichen Vorschriften des Vertragsarztrechts - mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebots -, erbracht und abgerechnet worden sind. Die Befugnis zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung der Honorarforderung auf bundesmantelvertraglicher Rechtsgrundlage besteht danach nicht nur im Falle rechnerischer und gebührenordnungsmäßiger Fehler, sondern erfasst auch Fallgestaltungen, in denen der Vertragsarzt Leistungen

unter Verstoß gegen Vorschriften über formale oder inhaltliche Voraussetzungen der Leistungserbringung durchgeführt und abgerechnet hat. Dementsprechend erfolgt eine sachlich-rechnerische Richtigstellung z. B. bei der Abrechnung fachfremder Leistungen oder qualitativ mangelhafter Leistungen, aber auch bei Leistungen eines nicht genehmigten Assistenten sowie bei der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs mit Hilfe eines Assistenten, bei der Abrechnung von Leistungen, die nach stationärer Aufnahme erbracht werden, bei der Nichtbeachtung der bereichsspezifischen Vorschriften zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der vertragsärztlichen Abrechnung und schließlich bei einem Missbrauch vertragsarztrechtlicher Kooperationsformen (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 23.06.2010 - B 6 KA 7/09 R - BSGE 106, 222 = SozR 4-5520 § 32 Nr. 4 = GesR 2010, 615 = ZMGR 2010, 370 = MedR 2011, 298 = USK 2010-73, juris Rdnr. 26 f. m.w.N.).

Bei missbräuchlicher Nutzung der Kooperationsform der Praxisgemeinschaft können Honorarbescheide korrigiert werden.

Für die berufliche Kooperation im Status der Gemeinschaftspraxis i. S. des § 33 Abs. 2 Satz 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (in der bis zum 31.12.2006 geltenden Fassung) (Ärzte-ZV) ist kennzeichnend, dass sich mehrere Ärzte des gleichen Fachgebietes oder ähnlicher Fachgebiete zur gemeinsamen und gemeinschaftlichen Ausübung des ärztlichen Berufs in einer Praxis zusammenschließen, wobei - über die gemeinsame Nutzung der Praxiseinrichtungen sowie die gemeinsame Beschäftigung von Personal hinaus - die gemeinschaftliche Behandlung von Patienten und die gemeinschaftliche Karteiführung und Abrechnung in den Vordergrund treten. Einen Schwerpunkt bildet die Zusammenarbeit zur gemeinsamen Einnahmenerzielung. Für die Annahme einer gemeinschaftlichen Berufsausübung im Rahmen einer Gemeinschaftspraxis ist neben einer Beteiligung der Partner an den Investitionen und Kosten der Praxis grundsätzlich auch eine Beteiligung am immateriellen Wert der Praxis (dem "Goodwill") erforderlich, wobei die vertragliche Ausgestaltung im Einzelfall unterschiedlich sein kann. Diese Form der Zusammenarbeit bedarf vorheriger Genehmigung durch den Zulassungsausschuss (§ 33 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV). Bei der Praxisgemeinschaft handelt es sich um eine Organisationsgemeinschaft, die nicht der gemeinsamen, in der Regel jederzeit austauschbaren ärztlichen Behandlung an gemeinsamen Patienten dient. Mit ihr wird vielmehr die gemeinsame Nutzung von Praxisräumen und Praxiseinrichtungen sowie die gemeinsame Beschäftigung von Hilfspersonal durch mehrere Ärzte mit dem vorrangigen Zweck, bestimmte Kosten zur besseren Ausnutzung der persönlichen und sachlichen Mittel auf mehrere Ärzte umzulegen. Es verbleibt bei der selbstständigen Praxisführung mit verschiedenem Patientenstamm und jeweils eigener Patientenkartei (vgl. BSG, Urt. v. 22.03.2006 - B 6 KA 76/04 R - SozR 4-5520 § 33 Nr. 6 = BSGE 96, 99 = ZMGR 2006, 148 = NZS 2006, 544 = GesR 2006, 450 = MedR 2006, 611 = Breith 2007, 185, juris Rn. 14 f. m.w.N.).

Behandeln die Partner einer Praxisgemeinschaft die Patienten zu einem hohen Anteil gemeinschaftlich, bedienen sie sich der Kooperationsform der Praxisgemeinschaft missbräuchlich. Die zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Spitzenverbänden der Krankenkassen mit Wirkung vom 1. Januar 2005 vereinbarten Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfungen der KVen und der Krankenkassen (DÄ 2004, A-2555) geben in § 11 Abs. 2 für die Plausibilitätsprüfung bereits bei 20 % Patientenidentität in (teil) gebietsgleichen/versorgungsbereichs-identischen bzw. 30 % bei gebietsübergreifenden/versorgungsübergreifenden Praxisgemeinschaften die Annahme einer Abrechnungsauffälligkeit vor. Diese Aufgreifkriterien lassen die in den Richtlinien vorgenommenen Grenzziehungen erkennen, dass jedenfalls dann, wenn zwei in der Rechtsform einer Praxisgemeinschaft kooperierende Vertragsärzte desselben Fachgebietes annähernd bzw. mehr als 50 % der Patienten in einem Quartal gemeinsam behandeln, tatsächlich die für eine Gemeinschaftspraxis kennzeichnende gemeinsame und gemeinschaftliche Ausübung der ärztlichen Tätigkeit durch Behandlung eines gemeinsamen Patientenstammes stattfindet. Bei einer derart hohen Patientenidentität muss das Patientenaufkommen koordiniert werden, was wiederum die für eine Gemeinschaftspraxis typische einheitliche Praxisorganisation erfordert (vgl. BSG, Urt. v. 22.03.2006 - B 6 KA 76/04 R - aaO., Rdnr. 19 f.; BSG, Beschl. v. 05.11.2008 - B 6 KA 17/07 B - juris Rdnr. 12).

Insofern ist es die klare Aufgabe des Arztes, nicht nur auf die bestehende Kooperationsform der Praxisgemeinschaft hinzuweisen (vgl. BSG, Urt. v. 22.03.2006 - B 6 KA 76/04 R - aaO., Rdnr. 19; LSG Bayern, Urt. v. 16.05.2007 - L 12 KA 563/04 - juris Rdnr. 34 (Nichtzulassungsbeschwerde zurückgewiesen durch BSG, Beschl. v. 17.09.2008 - B 6 KA 65/07 B - BeckRS 2008, 57265)), sondern auch ggf. die Behandlung des Patienten $\S 26$ abgesehen von Notfällen $\S 26$ 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. Speziell für den Fall der hausärztlichen Versorgung, an der beide Ärzte der Praxisgemeinschaft teilnehmen, ergibt sich die Pflicht zur Festlegung auf einen bestimmten Hausarzt zwingend aus § 76 Abs. 3 Satz 2 SGB V. Danach wählt der Versicherte einen Hausarzt. Das Nebeneinander von zwei Hausärzten kommt schon begrifflich nicht in Betracht und widerspricht dem Hausarztkonzept, wonach die ärztliche Betreuung und die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen in einer Hand sein sollen (vgl. § 73 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Nach § 76 Abs. 3 Satz 3 SGB V ist der Arzt verpflichtet, die Versicherten über Inhalt und Umfang der hausärztlichen Versorgung vorab zu informieren und damit auch über die Verpflichtung des Versicherten, einen bestimmten Hausarzt zu wählen.

Nach diesen Kriterien hat die Beklagte in den angefochtenen Bescheiden eine missbräuchliche Nutzung der Kooperationsform der Praxisgemeinschaft hinreichend nachgewiesen. Sie hat in den angefochtenen Bescheiden im Einzelnen zutreffend dargelegt, dass der Anteil der gemeinsam behandelten Patienten in den streitbefangenen Quartalen bei dem Kläger zu 1) zwischen 36 % und 50 % und bei der Klägerin zu 2) zwischen 34 % und 47 % beträgt. 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, dass im hausärztlichen Bereich von einem Anteil an Vertretungsfällen von 5 % bis 10 % auszugehen ist. 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, Urte. v. 13.12.2006 - L 11 KA 60/06 - www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris Rdnr. 21; LSG Nordrhein-Westfalen, Urte. v. 13.12.2006 - L 11 KA 59/06 - www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris Rdnr. 19). Die Beklagte geht im Allgemeinen von einem Anteil von 5 % für Vertretungsscheine aus (vgl. SG Marburg, Urte. v. 08.12.2010 - S 12 KA 30/10 - juris Rdnr. 50) bzw. $\sqrt{26}$ wie im hier vorliegenden Verfahren - von einer gegenseitigen Vertretung im Fachgruppendurchschnitt von unter 10 % aus (vgl. SG Marburg, Urte. v. 05.12.2012 - S 12 KA 80/12 $\sqrt{26}$ GesR 2013, 225, juris Rdnr. 42). LSG Niedersachsen geht gleichfalls davon aus, dass bei Praxisgemeinschaften üblicherweise auftretende Patientenidentitäten deutlich geringer sind als 20 % (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Urte. v. 21.03.2012 - L 3 KA 103/08 - juris Rdnr. 23). Clemens weist darauf hin, dass die Überschneidungsquote bei Praxisgemeinschaften normalerweise bis max. 15 % beträgt (vgl. Clemens in: jurisPK-SGB V, 2. Aufl., § 106a Rn 175). Danach kann nicht ausgeschlossen werden, dass der Durchschnitt im Einzelfall überschritten wird.

Unzutreffend ist der Einwand der Kläger, die Berechnung der "Doppelbehandlungen" sei nicht sachgerecht, da durch die Addition der Patienten beider Praxen vor Bildung der Quote für die jeweilige Praxis von wesentlich überhöhten - grundsätzlich etwa doppelt so hohen Zahlen - ausgegangen werde, so dass entsprechend eine zweifach überhöhte Quote von Doppelpatienten pro Praxis entstehe. Es müsste die Quote der gemeinsamen Fälle aus der jeweiligen Teilmenge der einzelnen Praxis gebildet werden. Die Beklagte hat zunächst festgestellt, welche Anzahl von Patienten sowohl in der Praxis des Klägers zu 1) als auch in der Praxis der Klägerin zu 2) behandelt wurde. Diese Anzahl hat sie in das Verhältnis zur Anzahl aller behandelten Patienten gesetzt. Auf diese Weise hat sie in nicht zu beanstandender Weise den Prozentsatz der "Doppelbehandlungen" für jede Praxis ermittelt.

Die Kläger haben hinsichtlich ihres Widerspruchsvorbringens zur gemeinsamen Behandlung von Substitutionspatienten im Ergebnis selbst eingeräumt, die Praxen wie eine Gemeinschaftspraxis geführt zu haben, wenn sie darauf hinweisen, sie hätten unter Verzicht auf Überweisungen die Vertretung des Praxisgemeinschaftskollegen bei der Substitution in dessen Praxis und für ihn durchgeführt, also die Substitutionsleistung so abgerechnet, als hätte sie der vertretene Kollege selbst, d. h. persönlich erbracht. Dies ist objektiv eine Falschabrechnung und widerspricht dem Gebot der persönlichen Leistungserbringung. Ein solches Abrechnungsverhalten ist nur im Rahmen einer Gemeinschaftspraxis möglich und setzt voraus, dass der vertretende Arzt vollständigen Zugriff auf die Krankenunterlagen des Kollegen hat. Gerade die Art- und Weise der Leistungserbringung und Abrechnung bei den Substitutionsbehandlungen zeigt, dass hier wie innerhalb einer Gemeinschaftspraxis behandelt oder abgerechnet worden ist. Insofern hat die Beklagte zutreffend auf die Nichttrennung der Patientenkarteien hingewiesen, abgesehen von der Verletzung des Arztgeheimnisses und des Datenschutzes. Es handelt sich bei dieser Form der Vertretung auch nicht um eine Vertretung im Sinne eines "Praxisvertreters" nach § 32 Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV, der in der Praxis des Vertretenen für diesen die Patienten behandelt (siehe auch zur Haftung § 14 Abs. 2 Satz 1 BMV-Ä/§ 20 Abs. 2 Satz 1 EKV-Ä). Dies zeigt gerade die nach dem Vortrag der Kläger vorgenommene unterschiedliche Handhabung zu den übrigen Fällen, bei denen im Regelfall eine Vertretung im Rahmen einer "kollegialen Vertretung" erfolgte, d. h. die Patienten im Namen der vertretenden Praxis behandelt und abgerechnet wurden.

Von daher ist der Vortrag der Kläger auch im Einklang mit der Feststellung der Beklagten, unter den gezählten doppelten Patienten hätten sich ausschließlich solche Substitutionspatienten befunden, bei denen neben der Ausgabe des Ersatzstoffes nach Nr. 01950 EBM am selben Tag eine darüber hinausgehende Behandlung erforderlich gewesen sei, die dann auf einen Vertretungsschein einer Praxis des Vertreters abgerechnet worden sei. Soweit dies nicht der Fall gewesen wäre, hätten die Kläger nach ihrem Vortrag die Abrechnung auf dem Originalschein des abwesenden Kollegen vorgenommen.

Die Beklagte hat im Übrigen nachgewiesen, dass sich die "Doppelbehandlungen" nicht auf die Substitutionspatienten beschränkt haben. Dies folgt angesichts der auch absolut hohen Anzahl der gemeinsamen Patienten aus dem Umstand, dass die Zahl an Substitutionspatienten pro Arzt auf 50 Patienten im Quartal beschränkt ist und dies nur in Ausnahmefällen erweitert werden kann (§ 11 Abs. 4 Substitutionsrichtlinie (Anlage 1 Nr. 2 zur Methodenrichtlinie)). Die Beklagte hat insofern auch beispielhaft anhand der Anzahl von vertretungsweise behandelten Patienten dargelegt, dass die Kläger wechselseitig faktisch die Praxis des abwesenden Kollegen fortgeführt hätten, wofür auch der Umstand spricht, dass nach den Feststellungen der Beklagten bei einer großen Anzahl der Vertretungsscheine lediglich Dauerdiagnosen eingetragen worden wären. Hinzu kommen Fälle, in denen für denselben Patienten jeweils ein Originalschein angelegt worden ist.

Zutreffend geht die Beklagte davon aus, dass ein Vertretungsfall nur dann angenommen werden kann, wenn der Vertragsarzt aus einem besonderen Grund "an der Ausübung seiner Praxis verhindert" sei, 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). Bereits nach dem Bundesmantelvertrag im Primärkassenbereich in der bis Juni 2007 geltenden Fassung war der Vertragsarzt gehalten, seine Sprechstunden entsprechend dem Bedürfnis nach einer ausreichenden und zweckmäßigen vertragsärztlichen Versorgung und den Gegebenheiten seines Praxisbereiches festzusetzen (§ 17 Abs. 1 Satz 1 BMV-Ä). Bei der Verteilung der Sprechstunden auf den einzelnen Tag sollen die Besonderheiten des Praxisbereiches und die Bedürfnisse der Versicherten (z. B. durch Sprechstunden am Abend oder an Samstagen) berücksichtigt werden (§ 17 Abs. 2 BMV-Ä). Der Vertragsarzt war und ist gehalten, in dem Umfang Sprechstundenzeiten anzubieten, in denen er seine

Patienten das gesamte Quartal hindurch behandeln kann und diese nicht gehalten sind, einen "Vertreter" aufzusuchen. Dies folgt bereits aus seinen allgemeinen vertragsärztlichen Pflichten (§ 95 Abs. 3 SGB V). Der Vertragsarzt hat die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich in freier Praxis auszuüben (§ 32 Abs. 1 Satz 1 Ärzte-ZV). Nur bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung kann er sich innerhalb von zwölf Monaten bis zur Dauer von drei Monaten vertreten lassen. Dauert die Vertretung länger als eine Woche, so ist sie der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen (§ 32 Abs. 1 Satz 2 und 4 Ärzte-ZV). Eine Gemeinschaftspraxis kann nicht unter Hinweis auf die generelle Vertretungsbefugnis wie eine Praxisgemeinschaft geführt werden; der Vertragsarzt hat in dem Umfang Sprechstundenzeiten anzubieten, in denen er seine Patienten das gesamte Quartal hindurch behandeln kann und diese nicht gehalten sind, einen "Vertreter" aufzusuchen (vgl. SG Marburg, Ur. v. 08.12.2010 - S 12 KA 30/10 R - juris Rdnr. 40 ff.)

Insofern ist es die klare Aufgabe des Arztes, nicht nur auf die bestehende Kooperationsform der Praxisgemeinschaft hinzuweisen (vgl. BSG, Ur. v. 22.03.2006 - B 6 KA 76/04 R \226 aaO., Rdnr. 19; LSG Bayern, Ur. v. 16.05.2007 \226 L 12 KA 563/04 \226 juris Rdnr. 34 (Nichtzulassungsbeschwerde zurückgewiesen durch BSG, Beschl. v. 17.09.2008 \226 B 6 KA 65/07 B - BeckRS 2008, 57265)), sondern auch ggf. die Behandlung des Patienten \226 abgesehen von Notfällen \226 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. Speziell für den Fall der hausärztlichen Versorgung, an der beide Ärzte der Praxisgemeinschaft teilnehmen, ergibt sich die Pflicht zur Festlegung auf einen bestimmten Hausarzt zwingend aus § 76 Abs. 3 Satz 2 SGB V. Danach wählt der Versicherte einen Hausarzt. Das Nebeneinander von zwei Hausärzten kommt schon begrifflich nicht in Betracht und widerspricht dem Hausarztkonzept, wonach die ärztliche Betreuung und die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen in einer Hand sein sollen (vgl. § 73 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Nach § 76 Abs. 3 Satz 3 SGB V ist der Arzt verpflichtet, die Versicherten über Inhalt und Umfang der hausärztlichen Versorgung vorab zu informieren und damit auch über die Verpflichtung des Versicherten, einen bestimmten Hausarzt zu wählen. Das haben die Kläger nicht oder jedenfalls nicht ausreichend getan. Vielmehr geht aus den Ausführungen der Kläger hervor, dass aufgrund der von ihnen geschilderten sozialen Verhältnisse eine wirkliche Akzeptanz nicht zu erreichen war. Das deckt sich insofern mit den Feststellungen der Beklagten, dass bei Abwesenheit eines Praxispartners die Praxis des abwesenden Partners im Wesentlichen von dem anwesenden Praxispartner fortgeführt wurde. Soweit in einzelnen (Not-)Fällen aus medizinischen Gründen eine Abweisung der Patienten nicht möglich gewesen sein sollte, wird dem von der Beklagten bei der Neufeststellung der Honorare mit den zugestanden gemeinsamen Fällen - zum Umfang im Einzelnen sogleich - mehr als ausreichend Rechnung getragen (vgl. LSG Bayern, Ur. v. 16.05.2007 \226 L 12 KA 563/04 \226 juris Rdnr. 35; LSG Bayern, Ur. v. 28.03.2007 \226 L 12 KA 216/04 \226 juris Rdnr. 26).

Insofern kommt es auch nicht auf die Anzahl der wenigen Behandlungsfälle an, für die in beiden Praxen Originalscheine angelegt wurden. Soweit die Kammer dies mit den Beteiligten in der mündlichen Verhandlung erörtert hat, haben die Kläger hierfür keine Erklärung gehabt und geht die Kammer davon aus, dass es sich hierbei um Ausnahmen gehandelt hat, da im Regelfall Vertretungsscheine angelegt wurden. Der zwischen den Klägern abwechselnde Behandlungsverlauf zeigte aber jeweils die Fortführung der Behandlung bei Abwesenheit des eigentlichen Hausarztes.

Angesichts dieser Verstöße gegen die Regeln des Vertragsarztrechts erweisen sich die von den Klägern in den streitbefangenen Quartalen jeweils der Abrechnung beigefügten Abrechnungssammelerklärungen, in denen sie die ordnungsgemäße Erbringung der abgerechneten Leistungen bestätigt haben, als falsch, mit der Folge, dass die Beklagte berechtigt war, die Honorarbescheide aufzuheben und die Honorare im Wege der Schätzung neu festzusetzen (vgl. BSG, Ur. v. 17.09.1997 - 6 RKA 86/95 - SozR 3-5500 § 35 Nr.1 = MedR 1998, 338 = USK 97134, juris Rdnr. 27 f.; BSG, Ur. v. 23.06.2010 - B 6 KA 7/09 R - juris Rdnr. 69). Der Beklagten kommt dabei ein weites Schätzungsermessen zu, da mit der Implausibilität der Abrechnung aufgrund des Formenmissbrauchs die Abrechnung selbst nicht mehr ausschlaggebend sein kann.

Keinesfalls steht den in einer vorgetäuschten Praxisgemeinschaft zusammenarbeitenden Ärzten mehr an Honorar zu, als ihnen zu zahlen gewesen wäre, wenn sie auch rechtlich eine genehmigte Gemeinschaftspraxis im Sinne von § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV gebildet hätten (vgl. BSG, Ur. v. 22.03.2006 - B 6 KA 76/04 R - aaO., Rdnr. 22). Dies bedeutet jedoch nicht, dass den Ärzten auch tatsächlich das Honorar zu zahlen wäre, das sie erhalten hätten, wenn sie legal in einer genehmigten Gemeinschaftspraxis zusammengearbeitet hätten. Das BSG (ebd.) führt vielmehr weiter aus, dass jedenfalls bei einer Patientenidentität von mehr als 50 % bei formal unter der Rechtsform einer Praxisgemeinschaft zusammenarbeitenden Ärzten desselben Fachgebiets solche Gebührentatbestände des EBM, bei denen bei einer Behandlung in einer fachgleichen Gemeinschaftspraxis eine Vergütung für ein Quartal höchstens einmal gewährt werden kann, bei keinem Praxisgemeinschaftspartner zu berücksichtigen seien, denn insoweit scheidet eine vergütungsrechtliche Zuordnung der Leistungen zu einem der Vertragsärzte aus. Das Bundessozialgericht hat in ständiger Rechtsprechung solche Gegenrechnungen bzw. Saldierungen abgelehnt, weil dadurch die Ordnungsvorgaben des Vertragsarztsystems unterlaufen würden. Honorarkürzungen dürfen sich vielmehr auf das gesamte Honorar erstrecken, das auf rechtswidrige Weise erlangt wurde, ohne dass gegenzurechnen ist, was bei rechtmäßigem Verhalten als Honorar zu zahlen gewesen wäre; in solchen Fällen kann eine Honorarneufestsetzung im Wege einer Schätzung erfolgen. Diese Grundsätze gelten auch in Fällen des Missbrauchs der Kooperationsform der Praxisgemeinschaft. Dabei können auch deutlich unter 50% liegende Quoten ausreichen, um Vergütungen, die bei Vorliegen einer Gemeinschaftspraxis nur einmal zu zahlen wären, beiden Ärzten zu kürzen (vgl. BSG, Beschl. v. 17.09.2008 \226 B 6 KA 65/07 B - BeckRS 2008, 57265, Rdnr. 9 ff.).

Ausgehend von diesen Grundsätzen ist die Berechnung des Berichtigungsbetrags nicht zu beanstanden.

Die Beklagte geht zunächst von der Anzahl gemeinsamer Patienten aus. Hiervon zieht sie einen nicht näher begründeten "Sicherheitsabschlag" von 30 % ab. Die darüber hinaus verbliebene Anzahl der Fälle teilt sie hälftig (50 %) auf die Praxisgemeinschaftspartner auf, wodurch weitere 50 % anerkannt werden. Im Ergebnis verbleiben damit dem Kläger zu 1) 23,6 % bis 31,3 %, der Klägerin zu 2) 22,2 % bis 30,3 % der gemeinsamen Fälle, wie sich aus nachfolgenden Berechnungen der Kammer ergeben. Spalte 4 zeigt jeweils die verbleibenden Fälle aufgrund des 30 %-Abzugs, Spalte 6 die verbleibenden Fälle aufgrund der 50 %-Aufteilung, Spalte 7 gibt die Summe der Spalten 4 und 6 wieder und damit die Anzahl der nicht beanstandeten gemeinsamen Fälle. Spalte 8 gibt den Anteil an der Gesamtfallzahl (Spalte 2) wieder, Spalte 5 den Anteil der Spalte 4 an der Gesamtfallzahl.

Kläger zu 1):

1 2 3 4 5 6 7 8

Quartal Fallzahl Gemeinsame Patienten - 30 % in % Fallzahl 50 % Gesamt anerkannt Gesamt in %

II/05	1.005	434	130	12,9	152	282	28,0
III/05	1.105	547	154	13,9	192	346	31,3
IV/05	1.129	489	147	13,0	171	318	28,2
I/06	1.109	529	159	14,3	185	344	31,0
II/06	1.021	424	127	12,4	149	276	27,0
III/06	1.110	523	157	14,1	183	340	30,6
IV/06	1.082	390	117	10,8	138	255	23,6
I/07	1.244	536	161	12,9	187	348	28,0
II/07	1.139	472	142	12,5	165	307	27,0
III/07	1.186	551	165	13,9	193	358	30,2
IV/07	1.194	539	162	13,6	188	350	29,3
Durchschnitt				13,1			28,6

Klägerin zu 2):

1 2 3 4 5 6 7 8

Quartal Fallzahl Gemeinsame Patienten - 30 % in % Fallzahl 50 % Gesamt anerkannt Gesamt in %

II/05	1.070	434	130	12,1	152	282	26,3
III/05	1.152	547	154	13,4	192	346	30,0
IV/05	1.207	489	147	12,2	171	318	26,3
I/06	1.245	529	159	12,8	185	344	27,6
II/06	1.148	424	127	11,1	149	276	24,0
III/06	1.122	523	157	14,0	183	340	30,3
IV/06	1.145	390	117	10,2	138	255	22,2
I/07	1.237	536	161	13,0	187	348	28,1
II/07	1.192	472	142	11,9	165	307	25,8
III/07	1.217	551	165	13,6	193	358	29,4
IV/07	1.289	539	162	12,6	188	350	27,1
Durchschnitt				12,4			27,0

Damit werden trotz der Annahme allgemeiner Vertretungsfälle von unter 10 % und dem Aufgreifkriterium von 20 % beiden Klägern erheblich mehr als 20 % gemeinsamer Fälle nicht beanstandet. Die Schwankungsbreiten zwischen den beiden Klägern und den Quartalen beruhen auf der unterschiedlichen Anzahl gemeinsamer Fälle und der willkürlichen 30 %-Grenze. Wenn auch die Beklagte für diese Unterschiede keine Begründung abgegeben hat, so sieht die Kammer dies noch von dem Ermessen der Beklagten, das zu Pauschalierungen berechtigt, als gedeckt an.

Nach allem waren die Klagen abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i. V. m. § 154 Abs. 1 VwGO. Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.