

L 11 KA 17/07

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

11
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 33 KA 80/05
Datum
10.01.2007
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KA 17/07

Datum
08.08.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 10.01.2007 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

I.

Die Beteiligten streiten über Honorarkürzungen für die Quartale II/01 und III/01 wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise.

Der Kläger nimmt als Internist an der vertragsärztlichen Versorgung teil, seit dem 2. Quartal 2001 im Bereich der fachärztlichen Versorgung. In den Quartalen II/01 und III/01 rechnete der Kläger leicht über der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe liegende 971 bzw. 883 Behandlungsfälle ab. In der Sparte Beratungs-/Betreuungsleistungen, Ganzkörperstatus rechnete der Kläger in den streitbefangenen Quartalen die Ziffer 17 EBM mit Frequenzen von 108,3 bzw. 80,4 auf 100 Fälle (Fachgruppe 18,77 bzw. 18,54) ab, so dass er den Fachgruppendurchschnitt um 575 % bzw. 334 % überschritt.

Auf den gemeinsamen Prüfantrag der Beigeladenen kürzte der Prüfungsausschuss mit Bescheid vom 30.10.2001 die Honoraranforderung für das Quartal II/01 wegen der Überschreitung im Bereich der Ziffer 17 EBM um 206.245 Punkte, wobei dem Kläger eine Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts um 100 % belassen wurde. In gleicher Weise erfolgte für das Quartal III/2001 eine Kürzung um 114.620 Punkte (Bescheid vom 04.02.2002). In beiden Fällen wurden die Kürzungen als prozentualer Anteil der Honoraranforderungen für die gesamte Sparte ausgewiesen.

Der Kläger legte gegen beide Bescheide Widerspruch ein, mit denen er geltend machte, aus den Bescheiden gehe nicht hervor, welche Leistungen gekürzt worden seien. Außerdem wies er darauf hin, er habe in dem Quartal I/2001, in dem er noch an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen habe, in der gekürzten Sparte die gleiche Punktzahl abgerechnet, ohne dass es deswegen zu Kürzungen gekommen sei. Der Beklagte wies die Widersprüche mit Widerspruchsbescheid vom 17.02.2003 zurück. Die Überschreitungen bei der Ziffer 17 EBM lägen im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses. Die Fachgruppe habe diese Leistungen nur in knapp 1/5 der Fälle abgerechnet, der Kläger dagegen im Quartal II/01 in über 100 % der Fälle, im Quartal III/2001 in 80 % der Fälle. Die Leistung beinhalte die intensive ärztliche Beratung und Erörterung im Zusammenhang mit lebensbedrohenden Erkrankungen bzw. nachhaltig lebensverändernden Erkrankungen. Es könne nicht nachvollzogen werden, dass die Leistung in diesem Umfang angefallen sei. Es sei nicht anzunehmen, dass bei einer Frequenz von 80 % im 3. Quartal 2001 in einer fachärztlichen internistischen Praxis 4/5 der Patienten unter lebensbedrohenden Erkrankungen litten. Nach Auffassung des Ausschusses sei die Indikation zur Durchführung dieser Leistung zu großzügig gestellt worden. Zu berücksichtigende Praxisbesonderheiten und/oder kompensatorische Einsparungen auf anderen Gebieten, die den häufigen Ansatz bei der gekürzten Gebührenordnungsposition hätten begründen können, seien nicht ersichtlich und vom Kläger nicht dargelegt worden.

Zur Begründung der am 14.03.2003 erhobenen Klage hat der Kläger vorgetragen, die vom Beklagten zu Grunde gelegten Zahlen und Statistiken seien falsch. Dies ergebe sich aus den Abweichungen von dem Zahlen über die Individualbudgetierung. Er habe in den gleichen Quartalen des Vorjahres, in denen er noch an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen habe, unbeanstandet in der Sparte Beratungs-/Betreuungsleistungen, Ganzkörperstatus Punktzahlen bis zur Höhe von 256.000 Punkten abgerechnet. Es sei somit davon auszugehen, dass ihm bis zu diesem Umfang eine unwirtschaftliche Behandlungsweise nicht vorgeworfen werden könne. Da seiner Praxis im Rahmen des Individualbudgets ein deutlich höheres Punktzahlvolumen als der Fachgruppe zugewiesen sei, sei zu vermuten, dass das Leistungsgeschehen in seiner Praxis nicht mit der der Fachgruppe vergleichbar sei. Die Beklagte müsse erklären, warum er als

fachärztlicher Internist nicht mehr das gleiche Punktzahlvolumen in der fraglichen Sparte abrechnen dürfe, wie in der Zeit, in der er noch an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen habe. Das Patientenkontingent sowie sein persönliches Engagement hätten sich nicht geändert.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 10.01.2007 abgewiesen. Es sei nicht beanstanden, dass die Beklagte den statistischen Vergleich auf die Leistungen nach Nr. 17 EBM beschränkt habe und dass sie angesichts der Überschreitungen von 575 % bzw. 334 % von Überschreitungen im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses ausgegangen sei. Soweit der Kläger auf vermeintliche Unstimmigkeiten der vom Beklagten zu Grunde gelegten Zahlen zu anderen Abrechnungsunterlagen verweise, sei ihm offensichtlich nicht bewusst, dass Honorarkürzungen im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen und die Leistungsmengensteuerung nach dem Honorarverteilungsmaßstab der Beklagten unabhängig voneinander zu betrachten seien. Aus der Tatsache, dass dem Kläger ein überdurchschnittliches Individualbudget zugeordnet worden sei, ergebe sich nichts für das Vorliegen von Praxisbesonderheiten. Ebenso wenig sei von Bedeutung, dass vor dem Wechsel des Klägers vom hausärztlichen in den fachärztlichen Versorgungsbereich es bei vergleichbaren Punktzahlvolumina nicht zu Kürzungen gekommen sei. Zum Einen sei insoweit der Unterschied zwischen der fachgruppenübergreifenden Beratung nach Nr. 17 EBM mit dem hausärztlichen therapeutischen Gespräch nach Nr. 10 EBM zu beachten, zum Anderen habe der Kläger auch in den Quartalen II/2000 bis I/2001 die Nr. 10 EBM weit überhöht abgerechnet, so dass schon zu diesem Zeitpunkt Maßnahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen denkbar gewesen wären. Sonstige Praxisbesonderheiten oder kompensatorische Einsparungen seien weder ersichtlich noch vom Kläger vorgetragen worden. Die Kürzungen seien auch der Höhe nach nicht zu beanstanden. Wenn der Beklagte dem Kläger eine Überschreitung um 100 % nach Kürzung belassen habe, bewege er sich im Rahmen des ihm eingeräumten Beurteilungsspielraums.

Gegen das ihm 03.03.2007 zugestellte Urteil hat der Kläger am 12.03.2007 Berufung eingelegt, zu deren Begründung er auf seinen erstinstanzlichen Vortrag verweist.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 10.01.2007 abzuändern und den Beklagten unter Aufhebung des Bescheides vom 17.02.2003 zu verurteilen, über die Widersprüche gegen die Bescheide vom 30.10.2001 und 04.02.2001 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Die Beigeladenen haben sich zur Sache nicht geäußert.

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

II.

Der Senat konnte über die zulässige Berufung des Klägers durch Beschluss ohne mündliche Verhandlung entscheiden, da er die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich gehalten hat ([§ 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)). Die Beteiligten sind zu dieser Möglichkeit angehört worden.

Das Sozialgericht hat zu Recht die Klage abgewiesen, denn die Kürzungen für die Quartale II/2001 und III/2001 sind nicht zu beanstanden. Zur Begründung nimmt der Senat auf die zutreffenden Ausführungen des Sozialgerichts Bezug ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Da der Kläger im Berufungsverfahren keine neuen Argumente vorgetragen hat, erübrigen sich weitere Ausführungen des Senats. Nur zur Abrundung sei darauf hingewiesen, dass die Abrechnungsfrequenzen der Ziffer 17 EBM angesichts der Leistungslegende mit medizinischen Gründen nicht erklärbar sind. Dass bei allen (Quartal II/2001) bzw. bei 4/5 (Quartal III/2001) Patienten einer internistischen Praxis lebensbedrohende bzw. nachhaltig lebensverändernde Erkrankungen vorgelegen haben, ist lebensfremd, so dass der Beklagte in dem Bescheid zu Recht angemerkt hat, die Indikation zur Durchführung dieser Leistung sei zu großzügig gestellt worden.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus [§ 197 a Abs. 1 SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2007-08-16