

L 11 KA 64/07

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

11
1. Instanz
SG Dortmund (NRW)
Aktenzeichen
S 16 (9) KA 128/05

Datum
22.08.2007
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KA 64/07

Datum
07.05.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 22.08.2007 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen. Der Streitwert wird auf 33.034,31 Euro festgesetzt.

Gründe:

I.

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit von Honorarkürzungen wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise in den Quartalen 1 bis 4/2000.

Der als Orthopäde in H niedergelassene Kläger ist zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Die von ihm veranlassten physikalisch-medizinischen Leistungen (vpml) überschritten die Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe der Orthopäden im Quartal 1/2000 um 96,8 %, im Quartal 2/2000 um 98,7 %, im Quartal 3/2000 um 157,5 % und im Quartal 4/2000 um 151,8 %. Zu den Prüfanträgen der Krankenkassen wies der Kläger darauf hin, dass er zur Durchführung und Abrechnung ambulanter Operationen berechtigt sei und jährlich ca. 650 ambulante Operationen ausführe. Postoperativ seien vpml dringend notwendig. Zudem habe er durch die ambulanten Operationen Minderaufwendungen im Bereich der Krankenhauseinweisungen erreicht. Im Übrigen sei zu berücksichtigen, dass ein erheblicher Anteil der Patienten an ihn überwiesen werde.

Der Prüfungsausschuss setzte mit Beschlüssen vom 13.12.2001 und 10.10.2002 für die Quartale 1 bis 4/2000 wegen Überschreitung der Verordnungskosten von vpml unter Berücksichtigung einer Toleranz von 70 % gegenüber den Fachgruppendurchschnittswerten einen Regress von 36.704,78 Euro fest. Zur Begründung führte er im Wesentlichen aus, die Durchsicht der Verordnungsblätter ergebe ein breites Verordnungsspektrum; es seien u. a. Kombinationsverordnungen von Elektrotherapien und Fango sowie Elektrotherapie und Heißluft festzustellen. Auffällig sei eine routinemäßige Behandlung mit Elektrotherapie, die nicht vertretbar sei. Bei gegebener Indikation richte sich die Auswahl des zu verordnenden Heilmittels nach dem jeweils im Vordergrund stehenden Behandlungsziel, d. h. die Notwendigkeit der Verordnung müsse in jedem einzelnen Behandlungsfall gegeben sein. Die Notwendigkeit der Verordnung von Elektrotherapien sei nicht in allen Fällen nachvollziehbar. Eine im Vergleich zur Fachgruppe vermehrte Durchführung ambulanter Operationen sei nicht zu erkennen. Anhaltspunkt für gehäufte ambulante Operationen sei die Abrechnungshäufigkeit der Gebührennummern (Nrn.) 80 bis 87 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes. Diese Nrn. seien in den Quartalen 3/1999 bis 3/2000 zwischen insgesamt 48 und 107 mal je Quartal abgerechnet worden. Im Hinblick auf die Gesamtfallzahl von 1.428 bis 1.578 Fällen je Quartal ergebe sich kein Hinweis auf eine vermehrte Durchführung ambulanter Operationen. Auch die Behandlungsausweise und die Verordnungsblätter ließen nicht erkennen, dass die Überschreitungen im Bereich der vpml durch ambulante Operationen begründet seien. Eine besondere, von der Norm abweichende Zusammensetzung des Patientengutes oder besonders kostenintensive Fälle seien ebenso wie Einsparungen bei den Krankenhauseinweisungen nicht festzustellen.

Mit seinen Widersprüchen trug der Kläger vor, die der Prüfung zugrunde liegenden statistischen Daten seien nicht valide. Der Prüfungsausschuss habe sich bei seiner Entscheidung ermessensfehlerhaft ausschließlich von den Überschreitungen des jeweiligen Fachgruppendurchschnittswerts leiten lassen, ohne die entscheidungserheblichen Gesichtspunkte rechtsfehlerfrei zu würdigen. Der Gesichtspunkt der ambulanten Operationen werde zwar gesehen, aber nicht vollständig und rechtsfehlerfrei gewürdigt. Im Übrigen seien kompensatorische Einsparungen sowohl bei Arzneiverordnungen als auch im Honorarbereich bezogen auf die Sparte physikalisch-medizinischer Leistungen nicht ausreichend gewürdigt worden.

Der Beklagte reduzierte den Regress auf 33.034,31 Euro und wies im Übrigen die Widersprüche des Klägers als unbegründet zurück

(Beschluss vom 08.12.2004). Zur Begründung gab er an, bei der Festsetzung des Regresses sei ein 10 %iger Anteil für Patientenzuzahlungen in Abzug zu bringen. Ansonsten seien keine Gründe zu erkennen, die die beanstandeten Überhöhungen als notwendig und wirtschaftlich erscheinen ließen. Eine von der Vergleichsgruppe abweichende Klientel oder besonders schwere und kostenintensive Fälle seien weder erkennbar noch vorgetragen. Die Anzahl der Überweisungen läge im statistischen Durchschnitt der Fachgruppe und belaste daher nicht die Statistik. Auch die Durchführung ambulanter Operationen könne nicht entlasten. Der Kläger habe in den streitigen Quartalen 61, 112, 117 und 103 zuschlagsberechtigte ambulante Operationen durchgeführt bzw. Leistungen nach dem Strukturvertrag über die Förderung krankenhauseretzender Operationen erbracht. Diese habe er aber auch in den folgenden Quartalen in entsprechendem Umfang abgerechnet; die Überschreitungen bei den vpml seien jedoch mit 39,4% und 1,1 % deutlich geringer, so dass die beanstandeten Überschreitungen sich nicht mit ambulanten Operationen und postoperativer Nachsorge erklären ließen. Kompensatorische Einsparungen bei Krankenhauseinweisungen, Arbeitsunfähigkeitsverordnungen oder Arzneikosten seien nicht zu berücksichtigen. Der Kläger habe nicht substantiiert dargelegt bzw. nachgewiesen, dass durch einen konkreten Mehraufwand konkrete Einsparungen in anderen Bereichen erzielt worden seien und dass diese Behandlungsart medizinisch gleichwertig und insgesamt kostensparend und wirtschaftlich sei. Einsparungen bei den kompensationsfähigen eigenen pml seien nicht festzustellen, da der Kläger diese Leistungen gegenüber seiner Fachgruppe überdurchschnittlich abgerechnet habe. Zusammenfassend sei die sich aus der statistischen Vergleichsbetrachtung ergebende Vermutung der Unwirtschaftlichkeit nicht widerlegt.

Mit seiner Klage vom 11.05.2005 hat der Kläger im Wesentlichen sein bisheriges Vorbringen wiederholt: Der hohe Überweisungsanteil und die ambulanten Operationen seien zu berücksichtigen; der Vergleich mit den statistischen Zahlen des Folgejahres überzeuge nicht und sei nicht rechtens. Die statistischen Daten seien im Ergebnis insgesamt nicht valide. Kompensatorische Einsparungen bei Verordnungen von Krankenhauseinweisungen, Arbeitsunfähigkeit oder Arzneimitteln seien ebenso wie Einsparungen bei den eigenen pml anzuerkennen.

Der Kläger hat schriftlich beantragt,

die Bescheide des Prüfungsausschusses vom 13.12.2001 und 10.10.2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 08.12.2004 aufzuheben, soweit noch eine Beschwer des Klägers vorliegt.

Der Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Das Sozialgericht (SG) Dortmund hat die Klage - nach Durchführung eines Erörterungstermins im Einverständnis mit den Beteiligten ohne mündliche Verhandlung - mit Urteil vom 22.08.2007 abgewiesen: Nach den zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen nach Durchschnittswerten von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen sei die statistische Vergleichsprüfung die Regelprüfmethode. Die Abrechnungswerte des Arztes seien mit denjenigen seiner Fachgruppe im selben Quartal zu vergleichen; ergänzt durch die sogenannte intellektuelle Betrachtung, bei der medizinisch-ärztliche Gesichtspunkte zu berücksichtigen seien, sei dies die Methode, die typischerweise die umfassendsten Erkenntnisse bringe. Ergebe die Prüfung, dass der Behandlungsaufwand des Arztes je Fall bei dem Gesamtwert, bei Sparten- oder bei Einzelleistungsvergleichen in offensichtlichem Missverhältnis zum durchschnittlichen Aufwand der Vergleichsgruppe stehe, d.h. ihn in einem Ausmaß überschreite, das sich im Regelfall nicht mehr durch Unterschiede in der Praxisstruktur oder in den Behandlungsnotwendigkeiten erklären ließe, habe dies die Wirkung eines Anscheinsbeweises der Unwirtschaftlichkeit. Den Prüfungsgremien sei insbesondere bei der Wahl der im Einzelfall geeigneten Prüfmethode, der Auswahl der Vergleichsgruppe, der Festlegung des für das offensichtliche Missverhältnis maßgeblichen Grenzwertes und bei der Festlegung und Schätzung des Umfangs des unwirtschaftlichen Mehraufwandes ein Beurteilungsspielraum einzuräumen. Die Kontrolle der Gerichte beschränke sich darauf, ob das Verwaltungsverfahren ordnungsgemäß durchgeführt worden sei, der Verwaltungsentscheidung ein richtiger und vollständig ermittelter Sachverhalt zugrunde liege, die Verwaltung die durch die Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs ermittelten Grenzen eingehalten und sie ihre Subsumtionserwägungen so verdeutlicht und begründet habe, dass die Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar sei. Diesen Rechtsgrundsätzen entspreche der Beschluss des Beklagten. Er habe von der Richtigkeit der der Prüfung zugrunde liegenden Daten ausgehen können; denn den elektronisch erfassten und übermittelten Daten komme die Vermutung der Richtigkeit zu. Erst wenn dieser Anscheinsbeweis durch konkrete Tatsachen erschüttert werde, seien weitergehende Ermittlungen erforderlich. Die lediglich pauschale Behauptung, dass Verordnungsvolumen sei nicht ordnungsgemäß erfasst worden, löse keine Verpflichtung zur weiteren Überprüfung oder Vorlage sämtlicher Verordnungsblätter aus. Über die pauschale Behauptung der Unrichtigkeit hinausgehende Tatsachen habe der Kläger jedoch nicht vorgetragen; solche seien auch nicht erkennbar. Der Kläger habe auch nicht substantiiert darzulegen vermocht, dass die von ihm erbrachten ambulanten Operationen zu einem Mehrbedarf bei den vpml führten bzw. aus welchen Gründen ein solcher nicht oder nicht ausreichend mit dem belassenen Mehraufwand von 70% gegenüber der Vergleichsgruppe abgedeckt wäre. Der Beklagte habe sich mit dem Vortrag des Klägers, vermehrt ambulante Operationen durchzuführen, auseinander gesetzt, die Häufigkeit operativer Tätigkeit reflektiert und festgestellt, dass bei unverändertem Leistungsspektrum im Folgejahr die Überschreitungen bei den vpml deutlich geringer seien. Es sei nicht erkennbar, dass der hieraus gefolgerte Schluss, die Überschreitungen hingen daher nicht mit der operativen Tätigkeit des Klägers zusammen, fehlerhaft sei. Darüber hinaus habe der Kläger keinerlei Hinweise auf einzelne Behandlungsfälle erbracht, bei denen im Zusammenhang mit der operativen Tätigkeit vpml erforderlich geworden seien; er habe auch nicht dargelegt, in welchem Umfang hierdurch ein Mehraufwand entstanden sei. Bei den im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses liegenden Überschreitungen obliege es dem Kläger, den hiermit eingetretenen Anscheinsbeweis der Unwirtschaftlichkeit durch Praxisbesonderheiten, durch substantiierten Vortrag schwerer und atypischer Fälle oder durch substantiierten Vortrag eines gegenüber der Fachgruppe abweichenden Patientenlientels und hiermit verbundenen Mehraufwandes im Bereich der vpml zu widerlegen. Einsparungen im Bereich eigener pml lägen nicht vor, da der Kläger pml, die sowohl in der eigenen Praxis erbracht als auch verordnet werden können, im Vergleich zur Fachgruppe überdurchschnittlich erbracht habe und daher Einsparungen in diesem Bereich nicht vorhanden seien. Einsparungen im Bereich Arzneiverordnungen, bei Arbeitsunfähigkeitszeiten oder Krankenhauseinweisungen habe der Beklagte zu Recht nicht anerkannt; denn die Berücksichtigung von kompensatorischen Einsparungen setze den substantiierten Vortrag voraus, durch welche vermehrte konkrete Leistung im einzelnen Behandlungsfall tatsächlich Einsparungen in anderen Leistungsbereichen erzielt worden seien. An einem substantiierten Vortrag des Klägers fehle es jedoch.

Gegen das am 02.10.2007 zugestellte Urteil richtet sich die ohne weitere Begründung am 24.10.2007 eingelegte Berufung des Klägers.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des SG Dortmund vom 22.08.2007 abzuändern und nach seinem erstinstanzlichen Klageantrag zu erkennen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat die Beteiligten auf seine Absicht hingewiesen, die Berufung des Klägers ohne mündliche Verhandlung durch Beschluss gemäß [§ 153 Abs. 4](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zurückzuweisen.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und die Verwaltungsvorgänge des Beklagten Bezug genommen.

II.

Der Senat kann über die Berufung des Klägers nach [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss entscheiden, weil er die Berufung einstimmig für unbegründet hält und eine mündliche Verhandlung entbehrlich ist. Der Senat hat die Beteiligten hierzu angehört.

Die zulässige Berufung ist nicht begründet.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen; denn der Bescheid des Beklagten vom 08.12.2004 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger daher nicht in seinen Rechten ([§ 54 Abs. 2 SGG](#)).

Zur Begründung nimmt der Senat auf die Gründe des Bescheides des Beklagten vom 08.12.2004 ([§ 153 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 136 Abs. 3 SGG](#)) und des angefochtenen Urteils des SG vom 22.08.2007 Bezug ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)), die er sich nach eingehender Prüfung zu Eigen macht. Ergänzungen sind nicht erforderlich; auch der Kläger hat im Berufungsverfahren nicht weiter vorgetragen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§§ 197 a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2008-05-21