

L 11 KA 62/07

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

11
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 14 KA 124/05
Datum
08.08.2007
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KA 62/07

Datum
22.04.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 24/09 B
Datum
24.07.2009
Kategorie
Urteil

Bemerkung
Kl. hat Klage zurückgenommen. BSG Beschwerdeverfahren durch Beschluss beendet.

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 08.08.2007 wird zurückgewiesen. Der Kläger hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob das Individualbudget (IB) des Klägers zu erhöhen ist.

Der Kläger ist Facharzt für Innere Medizin und zur vertragsärztlichen Versorgung in I zugelassen. Er verfügt über ein IB von 972.568 Punkten. Unter Berücksichtigung eines Zuschlags in Höhe von 3 % für das Job Sharing beträgt das IB derzeit 1.001.745 Punkte.

Im September 2004 beantragte der Kläger die Erhöhung seines IB s und führte hierzu aus, seine Praxis habe er seit dem Jahre 2000 vollkommen umstrukturiert. Von einer hausärztlichen Scheinpraxis sei eine Umwandlung in eine reine Zuweiserverpraxis erfolgt. Seit 2003 überschreite er sein IB deutlich.

Mit Bescheid vom 20.12.2004 lehnte die Beklagte den Antrag an. Eine Erhöhung des IB s setzte u.a. voraus, dass eine Erhöhung der Leistungsmenge im Vergleich zur Leistungsmenge aus dem Bemessungszeitraum gegeben sei. Angesichts der Entwicklung der Leistungsmenge, wie sie sich seit dem Bemessungszeitraum ergebe, sei diese Voraussetzung nicht erfüllt.

Den dagegen gerichteten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 05.07.2005 zurück. Wegen der Begründung im Einzelnen wird auf den Inhalt des Widerspruchsbescheides Bezug genommen.

Hiergegen richtete sich die am 14.07.2005 erhobene Klage. Die Beklagte habe nicht hinreichend berücksichtigt, dass eine komplette Umstellung der Praxis erfolgt sei. Die Praxis sei von einer hausärztlichen Scheinpraxis in eine fast reine Zuweisungs- bzw. Überweisungspraxis verändert worden. Das sei anhand der vorgelegten Zahlen auch erkennbar. Die Darstellungen der Beklagten hinsichtlich der Fallzahlen und der Leistungsmenge seien nicht richtig. Zwar habe sich eine Verringerung in den Quartalen II/00 bis IV/01 ergeben, danach seien sowohl die Fallzahlen als auch die Leistungsmenge deutlich gesteigert worden. Insoweit sei fraglich, ob der von der Beklagten zu Grunde gelegte Bemessungszeitraum überhaupt noch einschlägig sei. Zudem sei die Kostenentwicklung zu berücksichtigen. Hierzu verwies der Kläger auf eine von ihm erstellte Übersicht zur Entwicklung der Kosten. Darüber hinaus stelle sich die Frage, ob es gewollt sei, dass er oder vergleichbare Praxen Leistungen erbringen würden, die nicht bezahlt würden, und gleichzeitig im Rahmen von Krankenhausbehandlungen immer mehr Leistungserbringer zugelassen würden, ohne dass eine dementsprechende Deckelung erfolge.

Der Kläger hat beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 20.12.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 05.07.2005 zu verurteilen, über seinen Antrag auf Erhöhung des IB s erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie habe zur Prüfung der Entwicklung des Gesamtleistungsbedarfs die Abrechnungsunterlagen der Praxis seit dem Quartal III/97 geprüft. Danach sei dem Kläger auf Basis der Quartale III/97 bis II/98 ein IB weit oberhalb des Durchschnitts der Fachgruppe zugeordnet worden. Der sich aus diesen Quartalen ergebende durchschnittliche Gesamtleistungsbedarf sei in den nachfolgenden Quartalen nicht gesteigert worden. Ein Anspruch auf Erhöhung des IB s aus Sicherstellungsgründen ergebe sich daher nicht. Soweit der Kläger die Richtigkeit der Daten beanstande, die die Beklagte ihrer Beurteilung zugrunde gelegt habe, sei darauf hinzuweisen, dass nur auf den individualbudgetrelevanten Leistungsbedarf einer Praxis abgestellt werden könne. Der Kläger berufe sich auf eine Gesamtpunktzahl, die u. a. Präventionsleistungen und Notfalldienstleistungen umfasse, die aber weder in die ursprüngliche Berechnung des IB s eingeflossen sei noch aktuell vom IB umfasst würde.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 08.08.2007 abgewiesen. Die Voraussetzungen des § 7 Abs. 9 des Honorarverteilungsvertrages (HVV) seien nicht erfüllt. Weder seien externe Umstände ersichtlich, die Einfluss auf den Sicherstellungsumfang der klägerischen Praxis hätten, noch habe sich eine nachweislich geänderte Leistungsmenge gegenüber derjenigen des Bemessungszeitraums belegen lassen. Die Umstellung der klägerischen Praxis stelle keinen externen Umstand im Sinne der genannten Vorschrift dar. Nach der gesetzgeberischen Vorgabe in § 73 des Sozialgesetzbuches (SGB) V gliedere sich die vertragsärztliche Versorgung in einen haus- und einen fachärztlichen Versorgungsbereich. Für den Kläger als Facharzt für innere Medizin habe sich als Folge dieser gesetzgeberischen Vorgabe die Notwendigkeit ergeben, sich für einen dieser Versorgungsbereiche zu entscheiden. Die Konsequenz dieser Entscheidung sei die Anpassung der Praxisstruktur auf den gewählten Versorgungsbereich. Damit lägen aber nach Auffassung der Kammer keine Gründe vor, die sich mit den in der Vorschrift genannten Umständen (Änderungen im Versorgungsumfeld der Praxis durch Schließung von fachgleichen Praxen oder Ablauf von Ermächtigungen) vergleichen ließen. Hinzu komme im Fall des Klägers die fehlende Veränderung der Leistungsmenge. Ausweislich der Leistungsübersicht der Beklagten ergebe sich im Bemessungszeitraum eine durchschnittliche Leistungsmenge von 1.850.082,7 Punkten, die der Kläger in den nachfolgenden Quartalen nicht mehr erreicht habe. Die durchschnittliche Leistungsmenge der Quartale III/01 bis II/02 betrage 1.124.286,20 Punkte. Zwar habe der Kläger die durchschnittliche Leistungsmenge in folgenden Quartalen wieder gesteigert, jedoch bliebe diese mit durchschnittlich 1.412.922,5 Punkten (Quartale III/05 bis II/06) deutlich hinter der Leistungsanforderung des Bemessungszeitraums zurück. Soweit der Kläger die Richtigkeit der Zahlen beanstande, sei darauf hinzuweisen, dass nur der anerkannte Leistungsbedarf verglichen werden könne, der sich auf individualbudgetrelevante Leistungen beziehe. Die Gesamtpunktzahlenanforderung der Praxis könne hierfür nicht maßgebend sein. Es begegne erheblichen Bedenken, dieses Kriterium im Rahmen des Antrags auf Erhöhung des IB s zu berücksichtigen. Zudem sei der Vortrag des Klägers auch als pauschal zu werten, da eine individualbudgetrelevante Kostenentwicklung nicht dargestellt worden sei. Im Übrigen sei auch die Frage aufzuwerfen, ob es Aufgabe der Beklagten sein könne, die Kostenentwicklung zu Lasten anderer vertragsärztlicher Praxen über das IB bei gedeckelter Gesamtvergütung auszugleichen. Schließlich sei der Einwand des Klägers unerheblich, die Beklagte habe die Daten zu den Zuweisungen im Widerspruchsbescheid falsch dargestellt. Anhand der sich in der Verwaltungsakte befindlichen Gesamtübersichten sei ersichtlich, dass die Zahlen korrekt wiedergegeben seien. Bemängelt werden könne allenfalls, dass nicht zusätzlich das Überweiserverhalten geprüft worden sei. Das könne aber dahinstehen, weil sich der Anspruch des Klägers auf Erhöhung des IB s bereits aus den dargestellten Gründen nicht ergebe. Eine Ausnahme im Sinne der Auffangregelung des § 7 Abs. 10 HVV habe die Beklagte nicht zu beschließen brauchen. Diese Regelung solle nur die Fälle erfassen, die untypisch und nicht konkret vorhersehbar seien. Derartiges habe der Kläger weder vorgetragen noch aus den Unterlagen ersichtlich.

Hiergegen richtet sich die Berufung des Klägers vom 16.10.2007. Die angefochtenen Abrechnungsbescheide seien rechtswidrig, aus diesem Grunde sei das Urteil des Sozialgerichts aufzuheben. Die Umstellung der Praxis von einer hausärztlichen Scheinpraxis in eine reine Zuweisungs- und Überweisungspraxis sei ein besonderer Umstand des Einzelfalls, die eine Erhöhung des IB s rechtfertige. Für das Quartal II/05 ergebe sich ein Überweisungsanteil von 90 %. Die Vergleichsgruppe habe einen solchen jedoch nur in Höhe von 70 %. Bereits aus dem Umstand, dass die Beklagte im Widerspruchsbescheid zu diesem Komplex der Zuweisungs- und Überweisungspraxis umfangreiche Ausführungen mache, ergebe sich, dass dieses Argument wesentlich sei. Die Zahlen seien jedoch unvollständig und fehlerhaft zugrunde gelegt worden. Im Übrigen sei auf den Gesichtspunkt der Honorarverteilungsgerechtigkeit zu verweisen. Ferner beschreibe die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht der Beklagten, die diese nicht beachtet habe.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 08.08.2007 abzuändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 20.12.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 05.07.2005 zu verurteilen, über seinen Antrag auf Erhöhung des Individualbudgets unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf zurückzuweisen.

Die Beklagte hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend. Der Aspekt der Umwandlung von einer hausärztlichen Praxis in eine fachärztliche Zuweisungs- und Überweisungspraxis habe der Kläger bereits im Rechtsstreit L 11 KA 105/04 LSG NRW zur gerichtlichen Überprüfung gestellt, dann aber die Berufung zurückgenommen.

Wegen der weiteren Darstellung des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und des Verwaltungsvorgangs der Beklagten sowie auf den Vortrag der Beteiligten im Übrigen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist nicht begründet.

Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen, denn der Kläger ist durch den Bescheid vom 20.12.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 05.07.2005 nicht beschwert im Sinne des [§ 54 Abs. 2 Satz 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG). Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erhöhung seines IB s. Hierzu verweist der Senat auf die zutreffenden Gründe der erstinstanzlichen Entscheidung, die er sich nach Prüfung der Sach- und Rechtslage zu eigen macht ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Auch das Vorbringen des Klägers zur Begründung seiner Berufung führt zu keiner abweichenden Entscheidung, denn es besteht in einer Wiederholung und Vertiefung seines erstinstanzlichen Vorbringens, das jedoch bereits umfassend gewürdigt wurde und keiner weiteren Erörterung bedarf.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197 a SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2009-08-03