S 19 KA 15/01

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Duisburg (NRW)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
19
1. Instanz
SG Duisburg (NRW)
Aktenzeichen
S 19 KA 15/01
Datum
28.01.2005
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KA 28/05
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Der Beschluss des Zulassungsausschusses vom 24.05.2000 und der Beschluss des Beklagten vom 09.05.2001 werden aufgehoben. Der Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits und die außergerichtlichen Kosten des Klägers.

Tatbestand:

Streitig ist, ob dem Kläger die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung zu Recht entzogen worden ist.

Der 1949 geborene Kläger ist seit Juli 1992 für den Sitz C-straße in P zugelassen und nimmt seit Januar 1996 als hausärztlich tätiger Internist an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Die Bezirksstelle Ruhr der Beigeladenen zu 7) führte am 14.07.1999 mit dem Kläger ein Beratungsgespräch und am 11.10.1999 über die im Quartal I/99 und II/99 erstellten Abrechnungen ein sogenanntes Plausibilitätsgespräch; auf die entsprechenden Aktenvermerke der Bezirksstelle Ruhr der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein wird im übrigen verwiesen.

Mit Schreiben vom 24.01.2000 beantragte die Hauptstelle der Beigeladenen zu 7) bei dem Zulassungsausschuß für Ärzte - E -, dem Kläger die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung zu entziehen: Der Kläger sei für eine weitere Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ungeeignet, denn er habe vertragsärztliche Vorschriften bewußt umgangen. Ausweislich des Plausibilitätsgesprächs vom 11.10.1999 sei die erforderliche Dokumentation bei Leistungen nach den Nummern 10, 11, 17, 19, 21, 60, 850 und 851 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM) nur unzureichend erfolgt. Ferner habe der Kläger die EBM-Nummern 667 abgerechnet, obwohl er laut seiner Dokumentation nur eine Leistung im Sinne der Nummer 666 erbracht habe. Desweiteren habe er die EBM-Nummern 603 und 604 nebeneinander abgerechnet, anstatt lediglich die Nummer 603 anzusetzen. Seit dem Quartal III/93 habe der Kläger fortlaufende Honorarkürzungen erfahren, die inzwischen bestandskräftig geworden seien. Insgesamt fehle dem Kläger die Bereitschaft, sich in das vertragsärztliche System einzuordnen.

Der Kläger nahm unter dem 31.01.2000 Stellung: Eine mangelhafte Dokumentation sei als Vorwurf nur nachgeschoben worden. Die Überschreitungen bei Beratungs- und Untersuchungsleistungen führten zu Einsparungen in anderen Bereichen. Dies zeige sich daran, daß sowohl die Gesamtleistung als auch der Falldurchschnitt seiner Praxis unterhalb der Vergleichsgruppe liege; insgesamt gebe es beträchtliche Einsparungen bei Arzneimitteln, Laborkosten, Krankenhauseinweisungen und Überweisungen. Die Besonderheiten seiner Praxis bestünden zum einen darin, daß er cirka 70 Suchtpatienten behandle; bisher gebe es keine spezielle Abrechnungsziffer für den enormen Beratungs- und Untersuchungsaufwand, den die engmaschigen Kontrollen mit sich brächten. Zum anderen steigere der hohe Anteil an ausländischen Patienten den Ansatz der EBM-Nummer 60, weil sprachliche Verständigungsschwierigkeiten es angezeigt erschienen ließen, den sogenannten Ganzkörperstatus zu erheben. Schließlich erübrigten Infusions- und Quaddeltherapien (EBM-Nummern 273, 415, 801) Krankenhaus-Einweisungen, Überweisungen zu Orthopäden und Röntgen- bzw. CT-Leistungen.

Unter dem 11.02.2000 befürworteten die Beigeladenen zu 5) und 6) und unter dem 17.03.2000 der Beigeladene zu 3) den Antrag der Beigeladenen zu 7). Mit Beschluss vom 24.05.2000 entzog der Zulassungsausschuß dem Kläger die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung: Der Kläger habe fortgesetzt gegen das Gebot der wirtschaftlichen Behandlungsweise verstoßen. Über 15 Quartale, nämlich vom Quartal I/96 bis zum Quartal III/99 habe der Kläger Honorarkürzungen erfahren.

Der Kläger erhob Widerspruch: Eine gröbliche Verletzung vertragsärztlicher Pflichten liege nicht vor. Die bestandskräftigen Honorarkürzungen der Quartale I/96 bis III/99 müßten unter dem Gesichtspunkt der "Gesamtwirtschaftlichkeit" gesehen werden. Seit dem Quartal III/97 lägen die Gesamtleistungen unter dem Fachgruppendurchschnitt. Unter dem Fachgruppendurchschnitt liege er auch in anderen als den Leistungssparten, in denen er Kürzungen erfahren habe. Es gebe deutliche Einspareffekte bei der Verordnung von

Arzneimitteln, der Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und bei Krankenhauseinweisungen. Ab dem Quartal III/97 seien die Kürzungen nicht mehr vollstreckt worden, weil die entsprechenden Summen niedriger als die wegen der Budgetierung nicht vergüteten Leistungen ausgefallen seien. Die Nummer 5 des EBM habe er deshalb häufig abgerechnet, weil er wegen einer Methadon-Subtitions-Behandlung häufig auch noch nach 20.00 Uhr abends sowie an Wochenenden und Feiertagen angerufen worden sei. Seit dem Quartal IV/99 seien keine Prüfverfahren mehr eingeleitet worden, weil sich sein Abrechnungsverhalten nach dem am 14.07.1999 geführten Beratungsgespräch geändert habe. Folglich seien Disziplinarmaßnahmen ausreichend.

Die Beigeladene zu 7) machte geltend: Für das Quartal IV/99 seien sehr wohl noch Beratungs- und Betreuungsleistungen (EBM-Nummer 11, 21, 801 und 415) gekürzt worden. Für die Beurteilung der Maßnahme sei es unerheblich, daß Kürzungen mit Rücksicht auf das Praxisbudget nicht mehr umgesetzt worden seien. Nachdem dem Kläger unter dem 19.06.2003 seine Genehmigung zu Methadon-Subtitions-Behandlung entzogen worden sei, behandle er Patienten privatärztlich und rate diesen, bei der jeweiligen Krankenkasse einen Antrag auf Kostenerstattung zu stellen. Zuvor habe er von diesen Patienten die Ausstellung einer Anzugsermächtigung über einen Betrag von 150,- DM pro Monat verlangt.

Der Beklagte wies den Widerspruch mit Beschluss vom 09.05.2001 zurück: Die in § 95 Absatz 6 Fünftes Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB V) in Verbindung mit § 27 der Zulassungsordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) aufgestellten Voraussetzungen seien vorliegend erfüllt.

Der Kläger habe vertragsärztliche Pflichten in gröblicher Weise verletzt. Zum einen habe er fortgesetzt gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 Absatz 1 SGB V) verstoßen, weswegen er seit dem Quartal I/96 durchgehend Honorarkürzungen erfahren habe; der Einwand einer sogenannten Gesamtwirtschaftlichkeit gehe fehlt, weil es keinen ursächlichen Zusammenhang mit dem im Nichthonorarbereich - insbesondere bei Arzneimittelverordnungen - eingetretenen Einsparungen gebe. Zum anderen habe der Kläger gegen seine Dokumentationspflicht verstoßen, die sich aus § 57 Absatz 1 des Bundesmantelvertrages - Ärzte (BMV-Ä) ergebe. Schließlich seien Leistungen abgerechnet worden, die entweder überhaupt nicht oder nicht ordnungsgemäß oder nicht vollständig erbracht worden seien; damit habe der Kläger gegen die wesentliche Verpflichtung zur peinlich genauen Abrechnung verstoßen. Im übrigen wird auf die Gründe des Beschlusses vom 09.05.2001 verwiesen.

Der Kläger trägt zur Begründung der dagegen binnen Monatsfrist erhobenen Klage ergänzend vor: Er sei über 50 Jahre alt und zu 80 % gehbehindert. Er habe die verfügten Honorarkürzungen durchaus ernstgenommen, was sich daran zeige, daß er keine Widersprüche bzw. Klagen erhoben habe. Mit Schreiben vom 31.01.2000 habe er sein bisheriges Behandlungsverhalten bedauert. Der bei den Krankenkassen eingetretene Schaden sei tatsächlich "gleich Null". Er habe die Bedeutung der Honorarkürzungen bzw. die Auswirkungen des Praxisbudgets zunächst nicht richtig erfaßt; dabei hätten auch sprachliche Probleme eine Rolle gespielt. Immer habe er sich bemüht, alle Leistungen, die er tatsächlich erbracht habe, auch zur Abrechnung zu bringen. Nach dem am 14.07.1999 durchgeführten Beratungsgespräch habe es keine einzige wesentliche Auffälligkeit mehr gegeben. "Implausible" Abrechnungen habe er nicht erstellt. Verstöße gegen die Dokumentationspflicht seien ihm nur für das Quartal I/99 vorgeworfen worden, nicht aber eine fortgesetzte unrichtige Abrechnung von Leistungen, über die keine Aufzeichnungen vorlägen. Festzuhalten sei, daß es insoweit nicht an der Behandlungsleistung als solcher fehle, sondern lediglich an deren Dokumentation als Teil der in der betreffenden EBM-Nummer umschriebenen Leistung. Insoweit sei durchaus fraglich, was unter einer ausreichenden Dokumentation zu verstehen sei. Zwischenzeitlich sei er durch eine Entscheidung des Sozialgerichts Düsseldorf wieder als in der Methadon-Subtitions-Behandlung tätiger Arzt etabliert. Gerade in diesem Bereich werde man erfahrungsgemäß sehr engmaschig und sehr intensiv hinsichtlich des Verordnungs- und Abrechnungsverhaltens überprüft. Auch in diesem Bereich, an dem er seit dem Quartal III/2002 wieder teilnehme, habe es bis heute keine Beanstandungen gegeben.

Der Kläger beantragt,

den Beschluss des Zulassungsaussschusses für Ärzte - E - vom 24.05.2000 und den Beschluss des Beklagten vom 09.05.2001 aufzuheben.

Der Beklagte und der Beigeladene zu 7) beantragen,

die Klage abzuweisen.

Der Beklagte hält die angefochtenen Beschlüsse für rechtmäßig.

Die Beigeladene zu 7) trägt vor: Der Kläger sei offensichtlich mit den grundlegenden Regeln des Vertragsarztrechts nicht vertraut, was insbesondere seine Ausführungen zu einer "Gesamtwirtschaftlichkeit" belegten. Eine Aufrechnung verschiedener Leistungsspaten gegeneinander sei nicht zulässig. Nach dem Quartal IV/99 habe man nochmals die auf das Quartal II/2002 entfallenden Honorare geprüft; Maßnahmen seien hier nicht erforderlich geworden. Dennoch halte man den Kläger nach wie vor für nicht mehr geeignet, weiterhin an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen. Immerhin sei der Kläger schon seit 1992 zugelassener Kassen- bzw. Vertragsarzt gewesen und habe schon in den ersten Jahren seiner Tätigkeit Hinweise geliefert, die eine Überprüfung seines Abrechnungsverhaltens erforderlich gemacht hätten. Entsprechende Prüfmaßnahmen seien dann auch in den Quartalen ab 1993 ergriffen worden. Die Entscheidung, einen Antrag auf Entziehung der Zulassung zu stellen, dürfte den Kläger nicht "aus heiterem Himmel getroffen" haben, denn dem Kläger seien von seiten der Selbstverwaltung schon im Jahr 1993 erste Hinweise für ein korrektes Abrechnungsverhalten erteilt worden.

Wegen der Einzelheiten wird auf die Gerichtsakten, den Aktenvorgang über das Widerspruchsverfahren und auf die den Kläger betreffenden Arztregister- und Zulassungsakten, deren wesentlicher Inhalt ebenfalls Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig und begründet.

Der Beschluss des Zulassungsausschusses vom 24.05.2000 und der Beschluss des Beklagten vom 09.05.2001 sind nach § 54 Absatz 2 Satz 1 1. Alternative Sozialgerichtsgesetz (SGG) aufzuheben gewesen. Diese Beschlüsse beschweren den Kläger nach § 54 Absatz 2 Satz 1 SGG, weil sie rechtswidrig sind. Die Zulassungsinstanzen haben dem Kläger die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung zu Unrecht

entzogen.

Nach § 95 Absatz 6 SGB V ist die Zulassung zu entziehen, wenn ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen, der Vertragsarzt die vertragsärztliche Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht mehr ausübt oder seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt. Nach § 27 Satz 1 Ärzte-ZV hat der Zulassungsausschuß von Amts wegen über die Entziehung der Zulassung zu beschließen, wenn die Voraussetzungen nach § 95 Absatz 6 SGB V vorliegen.

Eine gröbliche Verletzung vertragsärztlicher Pflichten im Sinne dieser Vorschriften begeht ein Vertragsarzt dann, wenn sein Verhalten das Vertrauen, das für die Teilnahme am öffentlich-rechtlich strukturierten System der vertragsärztlichen Versorgung unerläßlich ist, als nicht mehr gegeben erscheinen läßt (Bundessozialgericht, Urteil vom 30.03.1997, Amtliche Sammlung, 43. Rand, Seite 250; Schallen, Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, Vertragszahnärzte und Psychiotherapeuten, 3. Auflage 2000, § 27 Randnummer 486 f mwN). Von einem Arzt, der in der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, ist insbesondere zu fordern, daß er in jeglicher Hinsicht Gewähr dafür bietet, daß er fremde und eigene Vermögensinteressen mit der gebotenen Sorgfalt wahrnimmt. Im vorliegenden Fall ist das Vertrauensverhältnis zwischen der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen auf der einen und dem Kläger auf der anderen Seite jedoch nicht so schwer erschüttert, daß weder der Beigeladenen zu 7) noch den gesetzlichen Krankenkassen zuzumuten ist, mit dem Kläger die Zusammenarbeit im System der vertragsärztlichen Versorgung fortzusetzen.

Aus Sicht der Kammer erscheint eine weitere Zusammenarbeit mit dem Kläger im System der vertragsärztlichen Versorgung durchaus zumutbar, weil die von den Zulassungsinstanzen ausgesprochene Entziehung der Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung nach Auffassung der Kammer gegen das Übermaßverbot (Verhältnismäßigkeitsprinzip im weiteren Sinne) verstößt. Im vorliegenden Fall sind weniger schwerwiegende Maßnahmen als die ausgesprochene Entziehung der Zulassung geeignet, das erforderliche Vertrauen in den Kläger auf seiten der übrigen Vertragsärzte und der Krankenkassen wieder herzustellen und bis auf weiteres aufrecht zu erhalten. Im vorliegenden Fall reichen Disziplinarmaßnahmen aus, um für die Zukunft ein ordnungsgemäßes Abrechnungsverhalten des Klägers auf Dauer sicherzustellen.

Zwar hat der Kläger vertragsärztliche Pflichten zumindest Anfang 1999 verletzt, indem er insbesondere im Quartal I/99 Leistungen abgerechnet hat, die nicht in dem von § 57 Absatz 1 BMV-Ä vorausgesetzten Umfang dokumentiert gewesen sind; dies ergibt sich aus dem zu den Verwaltungsakten gelangten Aktenvermerk über das am 11.10.1999 mit dem Kläger geführte Plausibilitätsgespräch. Aus diesem Aktenvermerk, dem der Kläger weder im Laufe des Vor- noch des sozialgerichtlichen Streitverfahrens ausdrücklich entgegen getreten ist, ergibt sich, daß insbesondere die EBM-Nummer 60 zur Abrechnung gestellt worden ist, ohne daß sich aus der entsprechenden Patienten-Karte ergibt, daß der Kläger tatsächlich den gesamten Körper des betreffenden Patienten befundet hat.

Entgegen der Auffassung des Klägers reicht es keinesfalls aus, nach der Untersuchung eines Patienten, für die die EBM-Nummer 60 zur Abrechnung gestellt wird, nur solche Befunde in der entsprechenden Patienten-Karteikarte zu dokumentieren, die regelwidrig sind.

Auch im übrigen verkennt die Kammer nicht, daß der Kläger beginnend mit dem Quartal III/93 fortlaufend Honorarkürzungen erfahren hat. Auch ist der Beigeladenen zu 7) zuzugeben, daß sich der aus dieser Serie von Honorarkürzungen herleitbare Vorwurf eines Verstoßes gegen das in § 12 Absatz 1 SGB V normierte Wirtschaftslichkeitsgebot weder durch den Hinweis auf einen hohen Anteil ausländischer Patienten mit entsprechenden sprachlichen Verständigungsproblemen noch durch das Abstellen auf eine sogenannte Gesamtwirtschaftlichkeit widerlegen läßt.

Abgesehen davon, daß sich die von seiten des Klägers behaupteten Einsparungen bei Krankenhauseinweisungen, Überweisungen zu Orthopäden, Arbeitsunfähigkeits- bescheinigungen, Arzneimittel-Verordnungen, Laborkosten und Röntgen- bzw. CT-Leistungen nicht ohne weiteres ursächlich auf das Verordnungsverhalten in den gekürzten Leistungssparten zurückführen lassen dürften, kann das Geltendmachen einer sogenannten Gesamtwirtschaftlichkeit den Kläger insoweit deshalb nicht entlasten, weil sich das Gebot der wirtschaftlichen Behandlungsweise auf jede einzelne Leistungssparte erstreckt.

Die von den Zulassungsinstanzen verfügte Entziehung der vertragsärztlichen Zulassung ist dennoch rechtswidrig, weil unverhältnismäßig im weiteren Sinne, weil die in den angefochtenen Beschlüssen implizit getroffene - negative - Eignungsprognose nicht in hinreichender Weise der Tatsache Rechnung trägt, daß der Kläger sein beanstandetes Abrechnungsverhalten als Reaktion auf die am 14.07.1999 und am 11.10.1999 geführten Gespräche nachhaltig geändert hat.

Wie die Beigeladene zu 7) bereits im Termin zur mündlichen Verhandlung am 31.10.2003 vorgetragen hat, ist nach dem Quartal IV/99 für die Praxis des Klägers noch einmal ein Prüfverfahren durchgeführt worden, aus dem jedoch eine Honorarkürzung nicht resultiert ist. Ferner hat die Beigeladene zu 7) eingeräumt, daß der Kläger in der Folgezeit immer korrekt abgerechnet habe.

Aus dieser Entwicklung des Abrechnungsverhaltens zieht die Kammer den Schluß, daß die am 14.07.1999 und am 11.10.1999 mit dem Kläger geführten Gespräche den Zweck, den die Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen aus der Sicht des Klägers mit diesen Gesprächsangeboten verfolgt hat, in angemessener Zeit tatsächlich erreicht haben. In der Tatsache, daß bereits für das Quartal I/2000 keine Auffälligkeiten mehr festgestellt worden sind, hat sich nach Überzeugung der Kammer der Wille des Klägers manifestiert, ordnungsgemäß abzurechnen und insbesondere Leistungen nach § 57 BMV-Ä ordnungsgemäß zu dokumentieren. Als ein im Rahmen eines laufenden Zulassungs- Entziehungsverfahrens bzw. sozialgerichtlichen Streitverfahrens unbeachtliches, weil taktisch motiviertes "Wohlverhalten" ist diese Änderung des Abrechnungsverhaltens nicht zu würdigen. Kenntnis von dem von der Beigeladenen zu 7) unter dem 24.01.2000 gestellten Entziehungsantrag hat der Kläger nämlich erst gegen Ende des Monats Januar 2000 erlangt.

Schließlich spricht der Umstand, daß der Kläger seit dem Quartal III/2002 an der Methadon-Subtitions-Behandlung, wie sie auch im System der vertragsärtzlichen Versorgung angeboten wird, wieder teilnimmt, dafür, daß das erforderliche Vertrauensverhältnis für eine weitere Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nicht so schwerwiegend erschüttert ist, daß der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen bis auf weiteres nicht mehr zuzumuten ist, mit dem Kläger die Zusammenarbeit im System der vertragsärztlichen Versorgung fortzusetzen. Gerade das Tätigwerden in der Methadon-Subtitions-Behandlung setzt ein besonderes Vertrauen der Selbstverwaltung in die Zuverlässigkeit des jeweiligen Arztes voraus.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197 a Sozillgerichtsgesetz (SGG) in Verbindung mit § 154 Absatz 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2005-04-07