

Kontrolle, Bescheid, Kürzung – die Willkür der Selbstverwaltung ist nicht grenzenlos!

Gerichte haben für Ordnung gesorgt | Urteile zugunsten von Ärzten

HOFHEIM – Die Gremien von KV und Kassen sorgen immer wieder mit denkwürdigen Entscheidungen für Stress und Ärger in den Praxen. Doch die Gerichte weisen die Selbstverwaltungsorgane durchaus in die Schranken, wie das folgende Potpourri an Urteilen zeigt.

Nach einem Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen genügt es z.B. nicht, wenn Prüfungsgremien Praxisbesonderheiten in einem Bescheid ablehnen, ohne dies nachvollziehbar zu begründen.

Die Prüfungsstelle der Ärzte und Krankenkassen hatte für eine Gemeinschaftspraxis, die Schwerpunktpraxis in den DMP Diabetes Typ 1 und 2 war, wegen Überschreitung der Arzneimittelrichtgrößen in den Quartalen 1 bis 4/2010 eine schriftliche Beratung verfügt. Die Praxis widersprach dem Bescheid: Ihre Praxisbesonderheiten seien nicht ausreichend berücksichtigt worden.



Dr. Gerd W. Zimmermann
Facharzt für
Allgemeinmedizin,
Hofheim/Ts.

Foto: MF-Archiv

Sie beantragte eine individuelle Richtgröße und bot eine Einzelfallprüfung ihrer kostenintensiven Patienten an. Die Prüfungsstelle lehnte dies ab; gemäß Richtgrößenvereinbarung fehle dafür die Notwendigkeit.

Nach Auffassung der Richter genügte diese Mitteilung des Prüfungsgremiums nicht den Anforderungen an einen nachvollziehbaren Bescheid, weil die maßgeblichen Gründe für die Ablehnung fehlten. Nach § 106 Abs. 5a S. 1 in Verbindung mit Abs. 5e SGB V komme eine Beratung nur in Betracht, wenn die

Bescheid muss maßgebliche Gründe anführen

So steht es im Gesetz

■ § 106 Absatz 5a Satz 1 SGB V:

Beratungen nach Absatz 1a bei Überschreitung der Richtgrößenvolumen nach § 84 Abs. 6 und 8 werden durchgeführt, wenn das Verordnungsvolumen eines Arztes in einem Kalenderjahr das Richtgrößenvolumen um mehr als 15 vom Hundert übersteigt und auf Grund der vorliegenden Daten die Prüfungsstelle nicht davon ausgeht, dass die Überschreitung in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist (Vorab-Prüfung).

■ § 106 Absatz 5e Satz 1 SGB V:

Abweichend von Absatz 5a Satz 3 erfolgt bei einer erstmaligen Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 Prozent eine individuelle Beratung nach Absatz 5a Satz 1.

Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 % nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist. Letztere seien aber gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbar.

Höhere Anforderungen an eine individuelle Beratung

Das Prüfungsgremium müsse deshalb darlegen, wie das Behandlungsverhalten des Arztes bewertet wurde und auf welchen Erwägungen die getroffene Maßnahme beruht (LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 15. April 2015, Az.: L 11 KA 116/13).

Nach einem Urteil des Sozialgerichts München muss sich die Beratung des Vertragsarztes nach erstmaliger Überschreitung des Richtgrößenvolumens gem. § 106 Abs. 5e S. 1 SGB V von der Beratung nach § 106 Abs. 5a S. 1 SGB V unterscheiden. An die Beratung nach § 106 Abs. 5e S. 1 sind deutlich höhere Anforderungen zu stellen; dem Vertragsarzt muss bei erstmaliger Überschreitung zumindest eine Beratung durch die Prüfungsstelle angeboten werden. Ein Maßnahmenbescheid, wie die Festsetzung der Mehrkostenerstattung oder der Widerspruchsbescheid, genügt dieser individuellen Beratungspflicht jedoch nicht. Nach Auffassung der Richter ergibt sich aus § 106 Abs. 5e S. 3, dass die Erstattung

jedoch nicht. Nach Auffassung der Richter ergibt sich aus § 106 Abs. 5e S. 3, dass die Erstattung

erst nach dem Angebot einer Beratung festgesetzt werden darf. Einer auf den speziellen Beratungsbedarf des Arztes ausgerichteten und den konkreten Prüfungszeitraum bezogenen Beratung bedürfe es im Einklang mit der Rechtsprechung des BSG nur dann nicht, wenn der Arzt schon seit Jahren sein Richtgrößenvolumen überschreitet und davon auszugehen sei, dass ihm die Unwirtschaftlichkeit seines Verordnungsumfanges hinlänglich bekannt sein dürfte (SG München, Urteil vom 8.12.2015, Az.: S 28 KA 1344/14).

KV muss Ärzte an fehlende Fortbildungspunkte erinnern

Die Vertragsärzte erfüllen ihre Fortbildungsverpflichtung, indem sie den Erwerb von 250 Fortbildungspunkten innerhalb von fünf Jahren nachweisen. Geschicht dies nicht rechtzeitig, drohen Honorarkürzungen von bis zu 25 % des angeforderten Honorarvolumens. Die KV muss zuvor aber eindeutig auf diese Gefahr hinweisen. Das hat das LSG Nordrhein-Westfalen bestätigt (Az.: L 11 KA 106/12).

Die KV hatte einem Arzt das Quartalshonorar um rund 10 000 Euro gekürzt, weil er seine Fortbildung nicht rechtzeitig nachgewiesen habe. Der zuständige Sachbearbeiter habe den Arzt im Juni 2010 darauf



hingewiesen, dass er nur noch bis zum April 2011 Zeit habe, den geforderten Fortbildungsnachweis zu erbringen. Nachdem das nicht geschah, kürzte die KV das Honorar für das zweite Quartal 2011.

Dagegen legte der Arzt Widerspruch ein. Er habe sich sehr wohl ausreichend fortgebildet. Es könne ihm nur vorgeworfen werden, dass er die Nachweise nicht rechtzeitig übersandt habe. Darauf hätte ihn die KV mindestens drei Monate vor Ablauf der Frist hinweisen müssen. Das Schreiben der KV vom Juni 2010 habe er nicht erhalten. Die KV war zwar – nach eigenen Angaben – ihrer Pflicht zur „Vorwarnung“ über die mögliche Honorarkürzung nachgekommen. Doch die Zustellung des Schreibens konnte sie nicht nachweisen. Dazu sei sie aber verpflichtet, so das Gericht. Es reiche nicht aus, wenn im Verbandsorgan allgemein auf die Fortbildungspflicht der Ärzte hingewiesen werde.

Ambulante Verordnung trotz stationärer Behandlung

Nach einem Urteil des Bundessozialgerichts muss für die Feststellung eines sog. sonstigen Schadens ein

Verschulden des Arztes nachgewiesen werden. Dem Rechtsstreit zugrunde lag die Verordnung eines Arztes, der einem Patienten während dessen Krankenhausaufenthaltes Arzneimittel verordnet hatte. Dem Arzt konnte nicht nachgewiesen werden, dass er Kenntnis von dem Klinikaufenthalt des Patienten hatte. Das BSG sieht insofern keine generelle Verpflichtung der Vertragsärzte, sich vor Ausstellung einer Arzneimittelverordnung zu vergewissern, ob ein Versicherter, für den die Verordnung ausgestellt wird, sich zu diesem Zeitpunkt nicht in einer stationären Behandlung befindet.

Wichtig ist die Grundsätzlichkeit des Urteils. Nach Auffassung der Richter kann nämlich ein solcher sog. sonstiger Schaden nur dann geltend gemacht werden, wenn konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass der Patient sich in stationärer Behandlung befindet. Sucht der Patient z.B. die Arztpraxis sogar persönlich auf, kann der Vertragsarzt schon deshalb regelmäßig davon ausgehen, dass dieser nicht zeitgleich stationär aufgenommen wurde (BSG-Beschluss vom 28.9.2016, Az.: B 6 KA 27/16 N). Dr. Gerd W. Zimmermann