

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 6 KA 45/11 B

L 5 KA 23/10 (LSG Rheinland-Pfalz)
S 2 KA 480/07 (SG Mainz)

.....,

Kläger und Beschwerdeführer,

Prozessbevollmächtigter:

.....,

g e g e n

Beschwerdeausschuss bei der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz,
Maximilianstraße 22, 67433 Neustadt,

Beklagter und Beschwerdegegner,

beigeladen:

1. Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz - Hauptverwaltung,
Isaac-Fulda-Allee 14, 55124 Mainz,
2. AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz,
Virchowstraße 30, 67304 Eisenberg,
3. BKK-Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland,
Essenheimer Straße 126, 55128 Mainz,
4. IKK Südwest,
Isaac-Fulda-Allee 7, 55124 Mainz,
5. Landwirtschaftliche Krankenkasse Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland,
Theodor-Heuss-Straße 1, 67346 Speyer,
6. Verband der Ersatzkassen e.V. - vdek,
Askanischer Platz 1, 10963 Berlin.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat am 7. September 2011 durch den Vorsitzenden Richter Prof. Dr. W e n n e r sowie die Richterin Dr. D ü r i n g und den Richter E n g e l h a r d beschlossen:

Die Beschwerde des Klägers gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des Landes-sozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 5. Mai 2011 wird verworfen.

Der Kläger trägt die Kosten auch des Beschwerdeverfahrens mit Ausnahme der außergericht-lichen Kosten der Beigeladenen.

Der Streitwert für das Beschwerdeverfahren wird auf 2495 Euro festgesetzt.

G r ü n d e :

I

- 1 Der als Arzt für Orthopädie im Bezirk der zu 1. beigeladenen Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Kläger wendet sich gegen Kürzungen seines Honorars im Quartal III/2003 wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise. Der Prüfungsausschuss kürzte das Honorar des Klägers für drei Einzelleistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä), bei denen die Ansatzhäufigkeit des Klägers diejenige der Ärzte seiner Vergleichsgruppe deutlich überschritt. Betroffen waren Leistungen nach Nr 205 EBM-Ä (entstauender phlebologischer Funktionsverband) mit einer Überschreitung von 1134,90 %, Leistungen nach Nr 514 EBM-Ä (Extensionsbehandlung) mit einer Überschreitung von 510 % und Leistungen nach Nr 3210 EBM-Ä (chirotherapeutische Eingriffe der Wirbelsäule) mit einer Überschreitung um 99,4 %. Der Prüfungsausschuss führte die Honorarforderung des Klägers auf Überschreitungen von 150 %, 100 % und 50 % bei den drei betroffenen Einzelleistungen zurück. Der beklagte Beschwerdeausschuss wies den Widerspruch des Klägers im Wesentlichen mit der Begründung zurück, der Kläger habe die betroffenen Leistungen in einem offensichtlich unwirtschaftlichen Ausmaß erbracht, und die damit verbundene Mehrforderung werde nicht durch Einsparungen in anderen kostenrelevanten Leistungsbereichen ausgeglichen.
- 2 Klage und Berufung sind erfolglos geblieben. Das Berufungsgericht hat ausgeführt, das Abrechnungsverhalten des Klägers sei zu Recht nach der Methode des statistischen Vergleichs überprüft worden. Praxisbesonderheiten, die die Abrechnungswerte des Klägers weit im Bereich des



offensichtlichen Missverhältnisses rechtfertigen könnten, seien nicht ersichtlich. Kompensatorische Einsparungen insbesondere bei der Verordnung von Arzneimitteln und bei Einweisungen zur stationären Behandlung könnten nicht festgestellt werden (*Urteil vom 5.5.2011*).

- 3 Mit seiner Beschwerde rügt der Kläger die Nichtzulassung der Revision im Urteil des LSG und macht geltend, im Rechtsstreit seien Fragen von grundsätzlicher Bedeutung zu entscheiden (*Zulassungsgrund gemäß § 160 Abs 2 Nr 1 SGG*).

II

- 4 Die Beschwerde ist unzulässig. Ihre Begründung entspricht nicht den gesetzlichen Anforderungen an die Begründung einer Nichtzulassungsbeschwerde.
- 5 Für die Geltendmachung der grundsätzlichen Bedeutung einer Rechtssache muss gemäß den aus § 160a Abs 2 Satz 3 SGG abzuleitenden Darlegungsanforderungen in der Beschwerdebegründung eine konkrete Rechtsfrage in klarer Formulierung bezeichnet (*vgl BVerfG 91, 93, 107 = SozR 3-5870 § 10 Nr 5 S 31; BSG SozR 3-1500 § 160a Nr 21 S 37 f*) und ausgeführt werden, inwieweit diese Rechtsfrage die mit der Beschwerde im angestrebten Revisionsverfahren entscheidungserheblich, klärungsfähig sowie klärungsbedürftig ist. Es muss ersichtlich sein, dass sich die Antwort nicht ohne Weiteres aus der bisherigen Rechtsprechung ergibt. Bei der Nichtzulassungsbeschwerde ist es Aufgabe des Prozessbevollmächtigten, die einschlägige Rechtsprechung aufzuführen und sich damit zu befassen; eine Beschwerdebegründung, die es dem Gericht überlässt, die relevanten Entscheidungen zusammenzusuchen, wird den Darlegungsanforderungen des § 160a Abs 2 Satz 3 SGG nicht gerecht. Auch lediglich cursorische Hinweise ohne Durchdringen des Streitstoffs reichen nicht aus (*vgl BVerfG <Kammer> DVBl 1995, 35*). Diese Anforderungen sind verfassungsrechtlich unbedenklich (*s die zitierte Rechtsprechung des BVerfG und zB BVerfG <Kammer>, SozR 3-1500 § 160a Nr 7 S 14*). Ihnen wird die Beschwerdebegründung nicht gerecht. Der Kläger bezeichnet schon keine der Entscheidung des Revisionsgerichts zuzuführende Rechtsfrage in eigener Formulierung. Er führt in der Beschwerdebegründung lediglich aus, "er habe bereits im Widerspruchsverfahren und anschließend sowohl vor dem SG als auch vor dem LSG gerügt, dass kein statistisches Zahlenmaterial über die Krankenhauseinweisungen vorgelegt worden war, denn nur dann kann gemäß § 47 Bundesmantelvertrag-Ärzte eine Prüfung der Gesamtwirtschaftlichkeit überhaupt in Betracht kommen". Daran schließen sich Ausführungen an, weshalb der Kläger der Auffassung ist, statistische Daten über die Krankenhauseinweisungen seien zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit des ärztlichen Abrechnungsverhaltens erforderlich. Damit ist keine Rechtsfrage bezeichnet, die vom Revisionsgericht mit ja oder nein beantwortet werden könnte.



- 6 Wenn man die Formulierung in der Beschwerdebegründung so interpretieren würde, dass der Kläger für grundsätzlich bedeutsam hält, ob Honorarkürzungen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung festgesetzt werden dürfen, wenn ein Arzt geltend macht, die Mehrforderungen beim Honorar für bestimmte Leistungen würden durch eine signifikant unterdurchschnittliche Häufigkeit der Einweisung von Patienten zur stationären Behandlung ausgeglichen, fehlen jedenfalls Darlegungen dazu, weshalb diese Rechtsfrage klärungsbedürftig ist und sich die Antwort darauf nicht bereits aus der Rechtsprechung des Senats ergibt. Mit dieser Rechtsprechung, die auch zu den sog kompensierenden Einsparungen und den in diesem Zusammenhang beachtenden Darlegungsobliegenheiten umfangreiche Ausführungen enthält, setzt sich die Beschwerdebegründung nicht auseinander. In der Rechtsprechung des Senats ist geklärt, dass es Sache des betroffenen Arztes ist darzutun, mit welchen konkreten Behandlungsmaßnahmen bei welchen Diagnosen er Einsparungen gegenüber der Vergleichsgruppe erreicht haben will. Wenn das nicht erfolgt, kommt es auf das (mögliche) Fehlen aussagekräftiger statistischer Unterlagen nicht an (*BSG SozR 3-2500 § 106 Nr 57 S 326*). Das gilt ausdrücklich auch, wenn keine statistischen Daten zur Krankenhauseinweisung vorliegen, wie der Senat mit Urteil vom 16.7.2003 im Fall eines Orthopäden entschieden hat (*B 6 KA 44/02 R, S 10*). Insoweit kann der Beschwerdebegründung nicht entnommen werden, weshalb bezogen auf ein Quartal des Jahres 2003 zum Umgang der Prüfungsgremien mit behaupteten kompensatorischen Einsparungen aktuell eine revisionsgerichtliche Klärung herbeigeführt werden müsste.
- 7 Soweit die Beschwerde geltend macht, die Ausführungen des LSG zu einer möglichen fehlerhaften Anwendung der Leistungsposition Nr 205 EBM-Ä durch den Kläger seien im Rahmen der Überprüfung eines Bescheides des Beschwerdeausschusses unzulässig, ist schon nicht erkennbar, welche Rechtsfrage der Kläger in diesem Zusammenhang geklärt wissen will. Im Übrigen hätte der Kläger sich unter dem Gesichtspunkt der Klärungsbedürftigkeit mit der Rechtsprechung des Senats zur sog Annexkompetenz der Gremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung auseinandersetzen müssen. Danach sind diese Gremien entgegen der Auffassung des Klägers in Grenzbereichen nicht gehindert, eine unwirtschaftliche Leistungserbringung, die (auch) auf einer Fehlinterpretation der vertragsärztlichen Gebührenordnung beruht, bei ihrer Entscheidung zu berücksichtigen (*BSGE 97, 84 = SozR 4-2500 § 106 Nr 15, jeweils RdNr 19*). Dazu verhält sich die Beschwerdebegründung nicht.
- 8 Soweit der Kläger schließlich rügt, auf die Regelung des § 76 Abs 4 SGB V, wonach Kassenpatienten einen Anspruch darauf haben, gemäß des zivilrechtlichen Sorgfaltsmaßstabs behandelt zu werden, sei das Berufungsgericht nicht eingegangen, wird ebenfalls keine Rechtsfrage bezeichnet, über die in einem Revisionsverfahren entschieden werden könnte.
- 9 Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO. Als erfolgloser Rechtsmittelführer hat der Kläger die Kosten des Beschwerdeverfahrens zu erstatten.



- 10 Der Streitwert entspricht der Höhe der im Beschwerdeverfahren streitigen Honorarkürzung.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)