

S 26 (10) KA 99/00

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Dortmund (NRW)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
26
1. Instanz
SG Dortmund (NRW)
Aktenzeichen
S 26 (10) KA 99/00
Datum
24.04.2001
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Die Klage wird abgewiesen. Die Klägerin trägt die außergerichtlichen Kosten des Beklagten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit der Aufhebung eines gegenüber dem Beigeladenen zu 9) verhängten Regresses.

Der Beigeladene zu 9) ist als Hausarzt in niedergelassen und nimmt an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Im Mai 1997 beantragte die Klägerin die Feststellung eines sonstigen Schadens gegenüber dem Beigeladenen zu 9). Dieser habe von Juni 1995 bis Mai 1997 dem Versicherten R überflüssige Krankenförderungen zu fachärztlichen Behandlungen und zu Kliniken in B, W und L verordnet. Hierdurch sei ein Schaden in Höhe von 3.936,00 DM entstanden. Der Beigeladene zu 9) wies in einer Stellungnahme darauf hin, dass der Versicherte R. in den letzten Jahren zunehmend an ausgeprägten Lumboischialgien mit zeitweiligen heftigen Schmerzzuständen und ausgeprägter Gehbehinderung leide, welche die Verordnung von Krankenfahrten sowohl zu ihm als auch zu diversen Fachärzten nötig gemacht habe. Hinzu kämen Herzrhythmusstörungen bei Vorhofflimmern und absoluter Arrhythmie. Der Prüfungsausschuss verhängte mit Beschluss vom 05.11.1997 den beantragten Regress in Höhe von 3.936,00 DM. Orthopädische Behandlungen seien ortsnah möglich. Zu fachärztlichen Behandlungen habe der Versicherte öffentliche Verkehrsmittel benutzen können.

Zur Begründung seines Widerspruchs wies der Beigeladene zu 9) darauf hin, der Patient sei bei akuten Attacken nicht gefähig, müsse von Angehörigen sogar getragen werden und sei bei fehlendem Auto in der Familie in Akutsituationen auf Krankentransporte angewiesen.

Mit Beschluss vom 29.03.2000 hob der Beklagte den Regress auf. Aus den vorliegenden Befundberichten der Kliniken gehe hervor, dass der Versicherte infolge einer degenerativen Spinalkanalstenose eine Funktionsstörung der Wirbelsäule habe. Bei akuter Schmerz-Symptomatik und Lähmungserscheinungen der Beine sei dem Patienten die Fahrt zum Orthopäden mit öffentlichen Verkehrsmitteln nicht zuzumuten. Unter Abwägung aller Gesichtspunkte sei der Beklagte der Ansicht, dass dem Arzt keine schuldhafte Verletzung kassenärztlicher Pflichten vorzuwerfen sei. Dies sei jedoch Voraussetzung für die Anerkennung des Regressantrages.

Gegen den am 30.06.2000 abgesandten Beschluss des Beklagten richtet sich die am 10.07.2000 erhobene Klage. Zur Begründung trägt die Klägerin vor, nach § 76 Abs. 2 des Sozialgesetzbuchs - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) habe der Versicherte die Mehrkosten zu tragen, wenn ohne zwingenden Grund ein anderer als einer der nächst erreichbaren an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte oder ärztlich geleiteten Einrichtungen in Anspruch genommen werde. Der Beigeladene zu 9) habe selbst Zweifel an seiner Verordnungspraxis geäußert, wie sich aus einem Telefonvermerk vom 02.06.1997 zeige. Bei diesem Gespräch habe der Beigeladene zu 9) eine gütliche Einigung in Form eines Vergleiches vorgeschlagen. Die Klägerin legt ein Aktengutachten des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Westfalen-Lippe vom 31.08.2000 vor. Wegen des Inhaltes dieses Gutachtens von Dr. B wird auf Blatt 12 ff. der Gerichtsakten wird Bezug genommen.

In der mündlichen Verhandlung vor der erkennenden Kammer am 24.04.2001 hat der Vertreter der Klägerin ausgeführt, Anlass des Vorgehens gegen den Beigeladenen zu 9) sei, dass man mit dem Versicherten R. unzufrieden sei. Dieser sei trotz der behaupteten Gehunfähigkeit bei einer Tanzveranstaltung gesehen worden.

Die Klägerin beantragt,

den Beklagten unter Aufhebung des Beschlusses vom 29.03.2000 zu verurteilen, über den Regressantrag der Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

Der Beklagte und die Beigeladenen zu 1), 3), 6) - 8) beantragen,

die Klage abzuweisen.

Die übrigen Beigeladenen stellen keinen Klageantrag.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Prozessakte und die Verwaltungsakte des Beklagten Bezug genommen. Diese Unterlagen haben vorgelegen und sind ihrem wesentlichen Inhalt nach Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig, aber unbegründet.

Die Entscheidung des Beklagten, den gegen den Beigeladenen zu 9) verhängten Regressmangels schuldhafter Verletzung kassenärztlicher Pflichten aufzuheben, ist nicht zu beanstanden.

Rechtsgrundlage der Feststellung eines sonstigen Schadens durch die Prüfungseinrichtungen ist § 48 Abs. I Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä). Demnach wird der sonstige durch einen Vertragsarzt verursachte Schaden, der einer Krankenkasse aus der unzulässigen Verordnung von Leistungen, die aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind, oder aus der fehlerhaften Ausstellung von Bescheinigungen entsteht, durch die Prüfungseinrichtungen nach [§ 106 SGB V](#) festgestellt.

Voraussetzung für den Anspruch einer Krankenkasse auf Ersatz eines sonstigen Schadens durch einen Vertragsarzt ist die Verletzung vertragsärztlicher Pflichten, ein hieraus resultierender Schaden sowie ein schuldhaftes, also zumindest fahrlässiges Verhalten des Vertragsarztes. Den Prüfungseinrichtungen steht auch bei der Feststellung sonstiger Schäden ein gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbarer Beurteilungsspielraum zu (BSG, Urteil vom 28.08.1996, [BSGE 79, 97](#), 104; Engelhard in: Hauck/Haines, SGB V, § 106 RdNr. 67, 69).

Der Klägerin ist es vorliegend nicht im Ansatz gelungen, ein Verschulden des Beigeladenen zu 9) nachzuweisen. Allein die Behauptung medizinisch nicht gerechtfertigter Krankenförderungsverordnungen genügt insoweit nicht. Selbst wenn der Beigeladene zu 9) auf Grund übertriebener Beschwerdeschilderungen des Versicherten R. medizinisch nicht notwendige Beförderungen verordnet haben sollte, kann allein aus diesem Umstand nicht auf ein Verschulden des Arztes geschlossen werden. Auch der in der mündlichen Verhandlung deutlich gewordene Unmut der Klägerin gegenüber ihrem Versicherten führt nicht weiter. Selbst wenn ein Mitarbeiter der Klägerin den Versicherten bei einer Tanzveranstaltung gesehen haben sollte, könnten hieraus Rückschlüsse auf ein Verschulden des behandelnden Arztes nur dann gezogen werden, wenn dem Arzt eine Kenntnis von diesem Freizeitverhalten des Versicherten nachgewiesen werden könnte.

Das von der Klägerin vorgelegte sozialmedizinische Gutachten von Dr. B vom 31.08.2000 nebst diversen Behandlungsberichten über den Versicherten stützt das Klagebegehren ebenfalls nicht. Es ist verspätet vorgelegt worden, weil alle entscheidungserheblichen Tatsachen bis zur Entscheidung des Beklagten beigebracht werden müssen. Außerdem sieht sich der MdK-Gutachter nicht in der Lage, eine abschließende Beurteilung des hier allein maßgeblichen Zeitraumes von Mitte 1995 bis Mitte 1997 abzugeben. Er bestätigt die Angaben des Beigeladenen zu 9) jedenfalls insoweit, als bei dem Versicherten ein HWS-Syndrom mit Bandscheibenprotrusion C4/C5 und C5/C6, ein LWS-Syndrom mit Bandscheibenvorfall L4/L5 und Protrusion L1 bis L4, eine absolute Arrhythmie und ein Nierensteinleiden zu diagnostizieren sei. Im Ernstfall sei gegenüber der Beförderung mit einem Taxiunternehmer eine andere Transportmöglichkeit mittels Feuerwehr etc. vorzuziehen gewesen. Es erscheint von daher nicht als absolut abwegig, wenn der behandelnde Hausarzt in Fällen akuter Beschwerde Symptomatik und bei schlechten ÖPNV-Verbindungen im Sauerland die Taxibeförderung für erforderlich hielt. Die Ausführungen des Gutachters zu Möglichkeiten der Verweigerung künftiger Fahrkostenverordnungen sind nicht entscheidungserheblich.

Soweit die Klägerin schließlich auf die Vergleichsbereitschaft des Beigeladenen zu 9) hinweist, hat sie es sich selbst zuzuschreiben, dass es im Widerspruchsverfahren infolge ihrer für die Kammer nicht nachvollziehbaren Hartnäckigkeit nicht zu einer zumindest teilweisen Realisierung des Regresses gekommen ist. Die Klägerin wird nunmehr akzeptieren müssen, dass auf Grund des gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbaren Beurteilungsspielraumes des paritätisch besetzten Beklagten rechtsfehlerfrei festgestellt worden ist, dass eine schuldhafte Verletzung vertragsärztlicher Pflichten durch den Beigeladenen zu 9) nicht vorliegt.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-08-12