S 42 KA 508/96

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	12
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 42 KA 508/96
Datum	23.06.1998

2. Instanz

Aktenzeichen	L 12 KA 110/99
Datum	06.12.2000

3. Instanz

Datum	-

I. Auf die Berufung des KlÃ¤gers werden das Urteil des Sozialgerichts MÃ¼nchen vom 23. Juni 1998 sowie der Bescheid des Beklagten vom 11. MÃ¤rz 1996, jeweils das 1. Quartal 1995 betreffend, aufgehoben und der Beklagte verurteilt, Ã¼ber den Widerspruch des KlÃ¤gers gegen den Bescheid des PrÃ¼fungsausschusses Ãrzte Oberfranken vom 18. Juli 1995 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.
II. Der Beklagte hat dem KlÃ¤ger die auÃergerichtlichen Kosten beider RechtszÃ¼ge zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten Ã¼ber die RechtmÃ¤Ãigkeit der vom Beklagten gegen den KlÃ¤ger wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise festgesetzten KÃ¼rzung seines fÃ¼r das 1. Quartal 1995 angeforderten Honorars fÃ¼r Sonderleistungen um 50 %. Der KÃ¼rzungsbetrag belÃ¤uft sich nach Angaben der Beigeladenen zu 1) auf DM 21.936,20.

Der KlÃ¤ger nahm im streitigen Zeitraum als Internist in B â¦ an der

vertragsÃ¤rztlichen Versorgung teil. Laut GesamtÃ¼bersicht behandelte er im 1. Quartal 1995 301 Patienten, die bei den gesetzlichen Krankenkassen versichert waren. Mit dieser Vergleichsgruppe 19/2 (Internisten mit einem Ãberweisungsanteil von Ã¼ber 10 % bis unter 40 %) von 912 FÃ¤llen. Sein Rentneranteil von 63,1 % Ã¼berstieg den Rentneranteil der Arztgruppe von 42 % um 50,2 %. FÃ¼r die Sonderleistungen (Leistungsgruppe 08) rechnet der KlÃ¤ger ein Honorar von 530.845 Punkten ab. Mit einem Fallwert von 1.763,6 Punkten lag er um 187,3 % Ã¼ber dem gewichteten Fallwert der Arztgruppe von 613,7 Punkten. In den Ã¼brigen Leistungsgruppen waren folgende Ãber-/Unterschreitungen des Arztgruppendurchschnitts festzustellen: â Beratungen/Visiten + 74,9 % â Besuche â 75,9 % â eingehende Untersuchungen + 40,2 % â allgemeine Leistungen â 36,2 % â Basis/allgemeine Laboruntersuchungen + 4,2 % â radiologische Leistungen â 64,1 %. Insgesamt machte der KlÃ¤ger fÃ¼r sÃ¤mtliche kurativen Leistungen im 1. Quartal 1995 einen Leistungsbedarf von 794.910 Punkten geltend, was einem Fallwert von 2.640,9 Punkten entsprach. Damit lag er um 82,3 % Ã¼ber dem gewichteten Arztgruppendurchschnitt von 1.448,9 Punkten.

Die Verordnungsstatistik fÃ¼r das 1. Quartal 1995 wies folgende Werte auf: â Arzneikosten ohne Sprechstundenbedarf Arzt DM 125,22 Arztgruppe DM 120,77 Ãberschreitung gewichtet + 3,7 % â Sprechstundenbedarf Arzt DM 0,86 Arztgruppe DM 3,83 Unterschreitung â 57,5 % â verordnete physikalisch-medizinische Leistungen (keine Werte wegen fehlender Daten der Krankenkassen) â Krankenhauseinweisungen (HÃ¤ufigkeit auf 100 BehandlungsfÃ¤lle) Arzt 5,8 Arztgruppe 2,7 â abgeschlossene AU-FÃ¤lle Arzt 12,9 Arztgruppe 21,6.

Mit Schriftsatz vom 12. Mai 1995 trugen die frÃ¼heren BevollmÃ¤chtigten vor allem vor, dass das besonders groÃe Leistungsspektrum des Mandanten als Praxisbesonderheit zu berÃ¼cksichtigen sei. Ihr Mandant fÃ¼hre als einziger Internist in B â¦ und weitem Umkreis SchilddrÃ¼sendiagnostik, Duplexsonographie der extracraniellen und intracraniellen HirngefÃ¤Ãe, die Duplexsonographie der Arterien und Venen des KÃ¶rperstammes und der ExtremitÃ¤ten, die HÃ¤morrhoidenverÃ¶dung, die Infrarotkoagulation im Enddarmbereich durch. In den vorangegangenen Quartalen seien die Kardiologie, die Sonographie und die Proktologie als Praxisbesonderheit anerkannt worden. ErgÃ¤nzend legten die frÃ¼heren BevollmÃ¤chtigten fÃ¼r das 1. Quartal 1995 eine Liste von 37 BeispielsfÃ¤llen vor.

Auf Antrag der Beigeladenen setzte der PrÃ¼fungsausschuss Ãrzte Oberfranken mit Bescheid vom 18. Juli 1995 eine KÃ¼rzung des angeforderten Honorars fÃ¼r die Sonderleistungen um 50 % fest. Zur BegrÃ¼ndung des hiergegen eingelegten Widerspruchs wiederholten die frÃ¼heren BevollmÃ¤chtigten im Wesentlichen ihre AusfÃ¼hrungen im Schriftsatz vom 12. Mai 1995 (Schriftsatz vom 9. August 1995). Nachdem der KlÃ¤ger mit Schriftsatz vom 30. Oktober 1995 mitgeteilt hatte, dass er nunmehr von der Kanzlei Dr.E â¦, M â¦, vertreten werde, beantragten sowohl er als auch die neuen BevollmÃ¤chtigten eine Verschiebung des Termins vom 17. Januar 1996, weil der KlÃ¤ger wegen seiner beruflichen VerÃ¤nderungen verbunden mit einem Ortswechsel den Termin nicht wahrnehmen kÃ¶nne. Mit Schriftsatz vom

16. Januar 1996 legten die neuen BevollmÃ¤chtigten eine weitere WiderspruchsbegrÃ¼ndung vor. In dieser wurde zum 1. Quartal 1995 im Wesentlichen folgendes ausgefÃ¼hrt: Wegen des erhÃ¶hten Rentneranteils (+ 50,2 %) und der geringen Fallzahl (- 66 %) fehle es an der HomogenitÃ¤t der Vergleichsgruppe. Zudem sei die Klientel innerhalb der Rentner stark Ã¼beraltert. Im 1. Quartal 1995 seien 72 Patienten zwischen 60 und 70 Jahre alt, 91 Patienten zwischen 70 und 80 Jahre und 46 Patienten Ã¼ber 80 Jahre alt gewesen. Die Gewichtung werde einer derartigen HÃ¤ufung Ã¤lterer Rentner nicht gerecht. Diese hÃ¤tte vielmehr als weitere Praxisbesonderheit berÃ¼cksichtigt werden mÃ¼ssen. Der KlÃ¤ger betreue auch in Relation zur Vergleichsgruppe einen erhÃ¶hten Anteil an Patienten mit kardiologischen und angiologischen Problemen. Dies fÃ¼hre zum hÃ¤ufigen Ansatz der Nrn.617, 686 und 687 BMÃ/E-GO, die im 1. Quartal 1995 nur von 11,3 % bzw. 25,71 % der Ãrzte der Vergleichsgruppe erbracht wÃ¼rden. Diese Leistungen machten mit 234.510 Punkten ca. 44 % des Gesamtbetrags der Sonderleistungen aus. Da die Leistungen des WiderspruchsfÃ¼hrers im Bereich der Sonderleistungen erheblich von den Leistungen der Vergleichsgruppe abwichen, sei die Kardiologie/Angiologie als Praxisbesonderheit anzuerkennen. Der WiderspruchsfÃ¼hrer betreue zudem einen erhÃ¶hten Anteil an schweren FÃ¤llen, u.a. auch Tumorpatienten und Patienten mit kardiologischen Problemen. Hinzu komme, dass der WiderspruchsfÃ¼hrer eine sehr geringe Fallzahl aufweise, so dass er wenig "VerdÃ¼nnerscheine" habe. Ein derartig erhÃ¶hter Anteil an multimorbiden und schwerstkranken Patienten kÃ¶nne auch in einer grÃ¶Ãeren Praxis nicht durch BagatellfÃ¤lle ausgeglichen werden. Insoweit sei eine Praxisbesonderheit anzuerkennen.

Mit Bescheid vom 11. MÃ¤rz 1996 lehnte der Beklagte den Antrag auf Absetzung des Termins ab und wies den Widerspruch zurÃ¼ck. Es gebe keine GrÃ¼nde fÃ¼r eine Terminsverschiebung. Ãber die berufliche VerÃ¤nderung verbunden mit einem Ortswechsel werde vom Zulassungsausschuss erst am 31. Januar 1996 entschieden. Zudem sei die bevollmÃ¤chtigte RechtsanwÃ¤ltin zum Verhandlungstermin erschienen. Der Beklagte fÃ¼hrte eine WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung nach Durchschnittswerten mit der Fachgruppe der Internisten Untergruppe 2 in Oberfranken (Ãberweisungsanteil von 10,01 % bis 40,0 %) durch. Die Zusammensetzung des Patientenguts nach Mitgliedern, FamilienangehÃ¶rigen und Rentnern werde durch die Gewichtung berÃ¼cksichtigt. Bei dem Vergleich zeige sich in der Leistungsgruppe der Sonderleistungen eine Abweichung vom Vergleichsgruppendurchschnitt um 187,37 %. Diese Ãberschreitung stelle ein offensichtliches MissverhÃ¤ltnis dar und begrÃ¼nde die Vermutung der Unwirtschaftlichkeit. Aus den vorliegenden statistischen PrÃ¼fungsunterlagen seien keine Praxisbesonderheiten offenkundig. Dem gegenÃ¼ber der Arztgruppe erhÃ¶hten Rentneranteil (+ 50,2 %) sei durch die Gewichtung der Vergleichswerte in den Einzelleistungsgruppen bereits Rechnung getragen worden. Der gewichtete Arztgruppenwert berÃ¼cksichtige die unterschiedlichen Versichertengruppenanteile bei der jeweiligen Praxis im Vergleich zum Durchschnitt der Arztgruppe. Um diesen Wert zu erhalten, wÃ¼rden die jeweiligen Versichertengruppen-Durchschnittswerte der Arztgruppe mit den entsprechenden Fallzahlen der Praxis multipliziert und durch deren Gesamtfallwert dividiert. Eine unterdurchschnittliche Fallzahl sei grundsÃ¤tzlich keine Mehrkosten

verursachende Praxisbesonderheit, da bei einer niedrigen Fallzahl der Aufwand pro Patient medizinisch nicht notwendigerweise hÃ¶her sei als bei einer hohen Fallzahl. Wegen niedriger Fallzahl trete eine Ãberschreitung des Arztgruppendurchschnitts nur dann notwendigerweise hervor, wenn der Anteil aus sogenannten "schweren FÃ¤llen" wesentlich hÃ¶her liege als bei der Vergleichsgruppe. Dies sei nicht substantiiert dargelegt bzw. aus den Abrechnungsunterlagen ersichtlich gewesen. Aus dem im Schriftsatz vom 12. Mai 1995 namentlich angefÃ¼hrten BehandlungsfÃ¤llen mit Diagnosen sei kein fÃ¼r eine internistische Praxis auÃergewÃ¶hnliches Patientengut bzw. eine besondere HÃ¤ufung sogenannter "schwerer FÃ¤lle" oder ein spezielles kardiologisches Patientengut erkennbar. Es wÃ¼rden Quartal fÃ¼r Quartal bei den gleichen Patienten immer wieder die gleichen Untersuchungen durchgefÃ¼hrt, die nicht jedes Quartal notwendig seien. Die erbrachten Leistungen seien oftmals durch die auf den Behandlungsunterlagen eingetragenen Diagnosen nicht begrÃ¼ndet. Schwere FÃ¤lle stellten ebenso wie die Ausstattung einer Praxis und das Leistungsspektrum als solches keine Mehrkosten verursachenden Besonderheiten dar. KompensationsfÃ¤hige Einsparungen seien ebenfalls nicht erkennbar, insbesondere kein ursÃ¤chlicher Zusammenhang der vorliegenden Einsparung bei der Verordnung von Sprechstundenbedarf mit dem Mehraufwand bei den Sonderleistungen. Ein Kausalzusammenhang sei zudem nicht hinreichend dargelegt worden. Der Beschwerdeausschuss errechnete sodann eine mÃ¶gliche KÃ¼rzung von 58 % und vertrat die Auffassung, dass diese KÃ¼rzung erforderlich gewesen wÃ¤re. Aufgrund des VerbÃ¶serungsverbots kÃ¶nne er jedoch diese KÃ¼rzung nicht festsetzen. Er errechnete, dass nach KÃ¼rzung eine Ãberschreitung des Vergleichsgruppendruchschnitts um 43,68 % belassen worden sei.

Gegen den am 18. MÃ¤rz 1996 zugestellten Bescheid lieÃ der KlÃ¤ger durch seine frÃ¼heren BevollmÃ¤chtigten am 18. April 1996 Klage zum Sozialgericht MÃ¼nchen erheben (Az.: S 42 KA 508/96). Die frÃ¼heren BevollmÃ¤chtigten legten mit Schriftsatz vom 29. April 1996 das Mandat nieder. Der KlÃ¤ger begrÃ¼ndete die Klage nicht nÃ¤her. In der mÃ¼ndlichen Verhandlung, zu der der KlÃ¤ger persÃ¶nlich erschien, verband das Sozialgericht dieses Verfahren mit weiteren fÃ¼nf Rechtsstreitigkeiten des KlÃ¤gers. Der KlÃ¤ger beantragte u.a., den Bescheid des Beklagten vom 11. MÃ¤rz 1996, das 1. Quartal 1995 betreffend, aufzuheben und diesen zur Neuentscheidung Ã¼ber seinen Widerspruch zu verpflichten. Die Vertreter der Beigeladenen zu 1) und 5) beantragten, die Klage abzuweisen. Die Beigeladene zu 1) nahm in ihrer Klageerwiderung vom 16. Juli 1996 auf den Widerspruchsbescheid Bezug. Sie nannte einen Streitwert von DM 21.936,20.

Mit Urteil vom 23. Juni 1998 wies das Sozialgericht u.a. die Klage, das 1. Quartal 1995 betreffend, ab. Die EntscheidungsgrÃ¼nde decken sich mit denen der Vorquartale.

Gegen dieses Urteil hat der KlÃ¤ger am 3. Dezember 1998 beim Sozialgericht MÃ¼nchen Berufung eingelegt, die trotz mehrmaliger Erinnerung nicht begrÃ¼ndet worden ist.

Mit Beschluss vom 14. September 1999 trennte der Senat das vom Sozialgericht

verbundene Verfahren fÃ¼r das Berufungsverfahren.

Den Verlegungsersuchen des KlÃ¤gers vom 16. und 22. November 2000, die im Wesentlichen mit einer Terminskollision mit einer Sitzung des Zulassungsausschusses Ãrzte Oberbayern begrÃ¼ndet worden sind, hat der Vorsitzende des Senats vor allem deswegen nicht entsprochen, weil die Ladung des Senats dem KlÃ¤ger bereits vor der Ladung des Zulassungsausschusses zugegangen ist.

Der KlÃ¤ger, der zur mÃ¼ndlichen Verhandlung nicht erschienen ist, beantragt sinngemÃ¤Ã,

das Urteil des Sozialgerichts MÃ¼nchen vom 23. Juni 1998 sowie den Bescheid des Beklagten vom 11. MÃ¤rz 1996, jeweils das 1. Quartal 1995 betreffend, aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, Ã¼ber seinen Widerspruch gegen den Bescheid des PrÃ¼fungsausschusses Ãrzte Oberfranken vom 18. Juli 1995 erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

Die Beigeladenen zu 1) und 2) beantragen,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakte (Honorarabrechnung 1/95 GKV), die Klageakte (Az.: S 42 Ka 508/96) und die Berufungsakte (Az.: L 12 KA 110/99) vor, die zum Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren sonstigen Inhalt ergÃ¤nzend Bezug genommen wird.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Der Senat konnte trotz Nichterscheinens des KlÃ¤gers verhandeln und entscheiden, denn der KlÃ¤ger ist ordnungsgemÃ¤Ã geladen worden. In der Ladung ist er darauf hingewiesen worden, dass auch kann (Â§Â§ 110, 202 SGG i.V.m. Â§Â§ 214 ff. ZPO). Der Vorsitzende des Senats war nicht verpflichtet, den Verhandlungstermin zu verlegen (Â§ 202 SGG i.V.m. Â§ 227 Abs.1 Satz 1 ZPO). Der KlÃ¤ger hat in seinen Schreiben vom 16. und 22. November 2000 keinen "erheblichen Grund" fÃ¼r eine Verlegung vorgetragen. Hinsichtlich der Terminskollision mit der Sitzung des Zulassungsausschusses Ãrzte Oberbayern ist darauf hinzuweisen, dass die Ladung durch den Senat erheblich frÃ¼her erfolgte und daher als vorrangig anzusehen ist.

Die nach Â§ 143 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte sowie gemÃ¤Ã Â§ 151 Abs.1 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung des KlÃ¤gers ist begrÃ¼ndet. Der Bescheid des Beklagten vom 11. MÃ¤rz 1996, das 1. Quartal 1995 betreffend, der allein Gegenstand des Klage- und Berufungsverfahrens ist (vgl. BSG SozR 3-2500 Â§ 106 Nr.22 S.118 f), hÃ¤lt einer rechtlichen ÃberprÃ¼fung nicht stand, denn der Beklagte hat ohne nÃ¤here BegrÃ¼ndung mit einer nach KÃ¼rzung belassenen RestÃ¼berschreitung von + 43,6 % in die Ãbergangszone gekÃ¼rzt (vgl. BSG SozR 3-2500 Â§ 106 Nr.36 S.207). Das Sozialgericht hat deshalb die gegen diesen Bescheid erhobene kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage zu

Unrecht abgewiesen.

Rechtsgrundlage fÃ¼r die PrÃ¼fung der Wirtschaftlichkeit nach Durchschnittswerten ist in dem streitigen Quartal 1/95 Â§ 106 Abs.2 Satz 1 Nr.1 SGB V in Verbindung mit den ergÃ¤nzenden vertraglichen Bestimmungen des Â§ 47 des Bundesmantelvertrages-Ãrzte (BMV-Ã) vom 19. Dezember 1994 bzw. Â§ 43 des Arzt-Ersatzkassenvertrages (EKV-Ã) vom 7. November 1994 sowie der zwischen den Beigeladenen geschlossenen Bayer. PrÃ¼fungsvereinbarung vom 26. MÃ¤rz 1993. Mit dem seit 1. Januar 1989 geltenden Â§ 106 Abs.2 Satz 1 Nr.1 SGB V hat der Gesetzgeber die in der Praxis seit langem angewandte, bis dahin aber im Gesetz nicht verankerte und lediglich durch Richterrecht sanktionierte Methode des statistischen Kostenvergleichs als AnknÃ¼pfungspunkt fÃ¼r die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Ã¤rztlichen TÃ¤tigkeit anerkannt und als RegelprÃ¼fmethode Ã¼bernommen. Er hat damit zugleich die zur Legitimation einer statistischen VergleichsprÃ¼fung unerlÃ¤ssliche Annahme gebilligt, dass die Gesamtheit aller Ãrzte im Durchschnitt gesehen wirtschaftlich behandelt, jedenfalls das MaÃ des Notwendigen und ZweckmÃ¤Ãigen nicht unterschreitet, und dass deshalb der durchschnittliche Behandlungsaufwand grundsÃ¤tzlich ein geeigneter MaÃstab fÃ¼r die WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung ist (vgl. BSG SozR 3-2500 Â§ 106 Nr.23 S.124).

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes stellt im Rahmen der PrÃ¼fmethode nach Durchschnittswerten die statistische Betrachtung nur einen Teil der WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung dar. Diese muss durch eine intellektuelle PrÃ¼fung und Entscheidung ergÃ¤nzt werden, bei der die fÃ¼r die Frage der Wirtschaftlichkeit relevanten medizinisch-Ã¤rztlichen Gesichtspunkte wie das Behandlungsverhalten und die unterschiedlichen Behandlungsweisen innerhalb der Arztgruppe und die bei dem geprÃ¼ften Arzt vorhandenen Praxisbesonderheiten in Rechnung zu stellen sind. Diese Gesichtspunkte sind bereits auf der ersten PrÃ¼fungsstufe von Amts wegen mit zu berÃ¼cksichtigen, also bereits vor der Feststellung eines offensichtlichen MissverhÃ¤ltnisses (vgl. BSG SozR 3-2500 Â§ 106 Nr.23 S.125 f.; Nr.26 S.147 f.; Nrn.27 S.154; Nr.41 S.226).

Von der Methode des statistischen Fallkostenvergleichs ist der Beklagte auch in dem angefochtenen Bescheid vom 11. MÃ¤rz 1996 ausgegangen. Er ist bei seiner PrÃ¼fung der Leistungsgruppe 08 (Sonderleistungen) zu Recht davon ausgegangen, dass sich der KlÃ¤ger mit einem gewichteten Ãberschreitungswert von + 187,37 % gegenÃ¼ber der Vergleichsgruppe im so genannten offensichtlichen MissverhÃ¤ltnis befindet. Beurteilungsfehlerfrei hat er es abgelehnt, einen wirtschaftlichen Mehraufwand in den beanstandeten Leistungsgruppen fÃ¼r Praxisbesonderheiten und/oder kompensierende Einsparungen anzuerkennen. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes sind Praxisbesonderheiten alle UmstÃ¤nde, die sich auf das Behandlungs- und Verordnungsverhalten des Arztes auswirken und in der Praxis der Vergleichsgruppe typischerweise nicht oder nicht in derselben HÃ¤ufigkeit anzutreffen sind (vgl. BSG SozR 3-2500 Â§ 106 Nr.27 S.153).

Der Beklagte hat im Rahmen der stichprobenartigen Durchsicht der

Behandlungsunterlagen kein fÃ¼r einen Internisten besonderes Patientengut feststellen kÃ¶nnen. FÃ¼r das aus der HÃ¤ufigkeitsstatistik erkennbare breite Leistungsspektrum hat der Beklagte in nicht zu beanstandender Weise keinen berechtigten Mehraufwand zugestanden. Es ist zunÃ¤chst davon auszugehen, dass die Vergleichsgruppe der Internisten mit einem Ãberweisungsanteil von Ã¼ber 10 % bis unter 40 % ebenso wie der KlÃ¤ger ein breites Leistungsspektrum aufweist. Ein breites Leistungsspektrum ist deshalb bei dieser Arztgruppe keine Besonderheit. Eine Praxisbesonderheit kann nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes allenfalls die schwerpunktmÃ¤Ãige Praxisausrichtung auf ein spezielles Leistungsspektrum, das sich in einem besonderen Patientengut niederschlÃ¤gt, sein (vgl. auch Urteil des Senats vom 19. Juli 2000, Az.: L 12 KA 12/99). Ein besonderes Patientengut hat der KlÃ¤ger aber im Rahmen des Widerspruchsverfahrens zum Quartal 1/95 nicht substantiiert dargelegt, insbesondere ist, wie der Beklagte bereits beurteilungsfehlerfrei festgestellt hat, aus den im Schriftsatz vom 12. Mai 1995 namentlich angefÃ¼hrten BehandlungsfÃ¤llen mit Diagnosen kein fÃ¼r eine internistische Praxis auÃergewÃ¶hnliches Patientengut bzw. eine besondere HÃ¤ufung sog. "schwerer FÃ¤lle" oder ein spezielles kardiologisches Patientengut erkennbar. Aus der HÃ¤ufigkeitsstatistik ergibt sich, worauf die frÃ¼heren BevollmÃ¤chtigten in ihrem Schriftsatz vom 16. Januar 1996 hingewiesen haben, dass von den in der Leistungsgruppe 08 insgesamt angeforderten 530.845 Punkten ca. 25 % (131.760 Punkte) auf die Nr.617 EBM (eindimensionale echokardiographische Untersuchung) entfallen, die nur von 11,43 % in der Vergleichsgruppe abgerechnet wird. Auch die Nr.686 EBM (sonographische Untersuchung der extrakraniellen und/oder interkraniellen HirngefÃ¤Ãe mittels Duplexverfahren) mit 61.800 Punkten wird nur von 25,71 % in der Vergleichsgruppe abgerechnet, ebenso die Nr.687 EBM (sonographische Untersuchung der Arterien und/oder Venen des KÃ¶rperstammes und/oder der ExtremitÃ¤ten mittels Duplexverfahrens) mit 40.950 Punkten. Andererseits beruht die Ãberschreitung aber auch auf fachgruppentypischen Leistungen (Nr.380 EBM mit 52.800 Punkten und einer AbrechnungshÃ¤ufigkeit in der Vergleichsgruppe in HÃ¶he von 94,29 %; Nr.603 EBM mit 34.000 Punkten, AbrechnungshÃ¤ufigkeit: 100 %; Nr.606 EBM mit 34.800 Punkten, AbrechnungshÃ¤ufigkeit: 88,57 %). Insgesamt ist deshalb dem Sozialgericht zuzustimmen, dass ein typisches Merkmal der Internistenuntergruppe 19/2 gerade darin besteht, dass verschiedene internistische Schwerpunkte in einer Gruppe zusammengefasst sind und die im Wesentlichen einem internistischen Schwerpunkt zuzurechnenden Leistungen naturgemÃ¤Ã nur von einem Teil der weitergebildeten Internisten erbracht werden. Dieser Umstand rechtfertigt aber fÃ¼r sich allein gesehen nicht die Anerkennung von Praxisbesonderheiten. Die gegenÃ¼ber der Vergleichsgruppe deutlich erhÃ¶hte AnsatzhÃ¤ufigkeit bei einzelnen Leistungsnummern kann entweder der Ausdruck eines zu hÃ¤ufigen und damit unwirtschaftlichen Ansatzes der Leistungen oder Ausdruck einer speziellen Praxisausrichtung, die sich in einem besonderen Patientengut niederschlÃ¤gt, sein. Dass diese Ãberschreitungen auf einer speziellen Praxisausrichtung zurÃ¼ckzufÃ¼hren sind, hat der KlÃ¤ger im Rahmen des Verwaltungsverfahrens nicht substantiiert dargelegt. Der Beklagte war daher nicht gemÃ¤Ã Â§ 20 Abs.1 SGB X gehalten und auch nicht in der Lage, diesbezÃ¼glich eine weitergehende PrÃ¼fung vorzunehmen. Es bleibt dem KlÃ¤ger unbenommen, in dem wiedererÃ¶ffneten Verwaltungsverfahren seinen Vortrag eines speziellen

Leistungsspektrums bei den Nrn.617, 686 und 687 BMÃ/E-GO durch die Darlegung eines entsprechenden besonderen Patientenguts, das diese Leistungen notwendig gemacht hat, zu ergÃ¤nzen.

Dem um 50,2 % erhÃ¶hten Rentneranteil ist bereits durch die Gewichtung der Vergleichswerte hinreichend Rechnung getragen. Einen Ã¼ber den durch die Gewichtung bereits berÃ¼cksichtigten Mehraufwand hinausgehenden Mehraufwand durch die Behandlung von mehr Rentnern hat der KlÃ¤ger bislang nicht hinreichend substantiiert dargelegt. Soweit seine frÃ¼heren BevollmÃ¤chtigten im Schriftsatz vom 16. Januar 1996 eine atypische Altersstruktur mit Ã¼berdurchschnittlich vielen Ã¤lteren Rentnern geltend gemacht haben, haben sie nicht konkret genug dargelegt, inwiefern diese Patientengruppe der Ã¤lteren Rentner einen Ã¼berdurchschnittlichen Aufwand bei den Sonderleistungen bedingt hat und wie groÃ der Mehraufwand war. Es bleibt dem KlÃ¤ger auch insoweit unbenommen, im wiedererÃ¶ffneten Verwaltungsverfahren einen entsprechenden Vortrag nachzuholen.

Auch der Hinweis auf die niedrige Fallzahl begrÃ¼ndet fÃ¼r sich allein noch keine Praxisbesonderheit. Nach der hÃ¶chstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. BSG SozR 3-2500 Â§ 106 Nr.45 S.244 ff.) rechtfertigt die Tatsache einer niedrigen Fallzahl grundsÃ¤tzlich noch keine Leistungsausweitung, weil bei kleinen Praxen die Relation von behandlungsintensiven und weniger aufwendigen BehandlungsfÃ¤llen nicht notwendig anders sein muss als bei groÃen Praxen. Das Vorliegen einer besonderen HÃ¤ufung so genannter "schwerer FÃ¤lle", die den Fallwert des KlÃ¤gers Ã¼berproportional in die HÃ¶he treiben kÃ¶nnten, hat der KlÃ¤ger im Rahmen des Verwaltungsverfahrens nicht substantiiert dargelegt. Das VerhÃ¤ltnis der Fallzahl des KlÃ¤gers zur Durchschnittsfallzahl der Vergleichsgruppe liegt mit 33,0 % (301: 912 FÃ¤lle) ebenfalls deutlich Ã¼ber der von der hÃ¶chstrichterlichen Rechtsprechung (BSG, a.a.O., S.244/245) geforderten Mindestquote von 20 %.

Auch das Vorliegen kompensierender Einsparungen hat der KlÃ¤ger im Rahmen des Verwaltungsverfahrens nicht substantiiert dargelegt. Unterdurchschnittliche Werte finden sich ohnehin nur beim Sprechstundenbedarf (- 57,5 %) und bei den abgeschlossenen AU-FÃ¤llen. Der KlÃ¤ger hat aber weder behauptet, noch ist es aus den statistischen Unterlagen erkennbar, dass es gerade durch den Mehraufwand in der Leistungsgruppe 08 zu den unterdurchschnittlichen Werten gekommen ist.

Der Beklagte ist deshalb zu Recht zu dem Ergebnis gekommen, dass die Honoraranforderung des KlÃ¤gers in der Leistungsgruppe 08 gegenÃ¼ber der Vergleichsgruppe mit einem Ãberschreitungswert von 187,37 % im so genannten offensichtlichen MissverhÃ¤ltnis befindet. Er hat deshalb zutreffend die Unwirtschaftlichkeit der Behandlungsweise in der Leistungsgruppe 08 festgestellt.

Die Festsetzung der HÃ¶he der KÃ¼rzung mit 50 % ist jedoch ermessens- und begrÃ¼ndungsfehlerhaft erfolgt.

Bei der zu treffenden Ermessensentscheidung ist vor allem â auch fÃ¼r den

betreffenden Arzt â□□ von Belang, auf welchen Ã□berschreitungsgrad des Fachgruppendurchschnitts (belassene RestÃ¼berschreitung) die Honorarforderung gekÃ¼rzt wird. Als Korrektiv zu den von der hÃ¶chstrichterlichen Rechtsprechung den PrÃ¼forganen zugestandenen Beurteilungs- und ErmessensspielrÃ¤umen werden gemÃ¤Ã□ Â§ 35 Abs.1 SÃ¤tze 2 und 3 SGB X besondere Anforderungen an die BescheidbegrÃ¼ndung gestellt (zur BegrÃ¼ndungspflicht allgemein: BSG SozR 3-2500 Â§ 106 Nr.5; SozR 3-2500 Â§ 106 Nr.23). Nach Satz 2 der vorgenannten Bestimmung sind in der BegrÃ¼ndung die wesentlichen tatsÃ¤chlichen und rechtlichen GrÃ¼nde mitzuteilen, die die BehÃ¶rde zu ihrer Entscheidung bewogen haben. Satz 3 verlangt, dass die BegrÃ¼ndung von Ermessensentscheidungen auch die Gesichtspunkte erkennen lÃ¤sst, von denen die BehÃ¶rde bei der AusÃ¼bung ihres Ermessens ausgegangen ist.

Im Rahmen der WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung nach Durchschnittswerten fordert die hÃ¶chstrichterliche Rechtsprechung eine Darlegung der ErmessensgrÃ¼nde dann nicht, wenn â□□ ggf. nach qualitativer und quantitativer BerÃ¼cksichtigung von Praxisbesonderheiten bzw. kompensatorischen, kausalen Einsparungen â□□ nach KÃ¼rzung bzw. Regress eine RestÃ¼berschreitung belassen wird, die sich noch immer im Bereich des offensichtlichen MissverhÃ¤ltnisses befindet. Eine diesbezÃ¼gliche BegrÃ¼ndung ist allerdings dann erforderlich, wenn unter die Grenze zum offensichtlichen MissverhÃ¤ltnis gekÃ¼rzt bzw. ein entsprechender Regress festgesetzt wird (vgl. BSG SozR 2200 Â§ 368 n Nr.48; SozR 2200 Â§ 368 n Nr.49; SozR 3-2500 Â§ 106 Nr.15; SozR 3-2500 Â§ 106 Nr.36 S.207). Richten sich die PrÃ¼fungsgremien, wie im vorliegenden Fall der Beklagte, nach arithmetischen Durchschnittszahlen, so kann im Allgemeinen nicht als rechtswidrig angesehen werden, wenn sie aufgrund ihres Erfahrenswissens die Grenze zum offensichtlichen MissverhÃ¤ltnis bei einer FallwertÃ¼berschreitung des Arztes um 50 % annehmen. Die unterschiedliche HomogenitÃ¤t von Fachgruppen, insbesondere in Bezug auf bevorzugt angewandte Leistungssparten und Leistungsarten, kÃ¶nnen eventuell Abweichungen bei den Grenzwerten rechtfertigen, so dass schon insoweit ein Beurteilungsspielraum in Frage kommen kann, der es den PrÃ¼fungsgremien ermÃ¶glicht, ihr Erfahrungswissen zu berÃ¼cksichtigen und diesem ihre PrÃ¼fungsmaÃ□stÃ¤be anzupassen (BSG SozR 2200 Â§ 368 n Nr.31 S.100). An diesem Grundsatz aus dem Urteil des BSG vom 22. Mai 1984 hÃ¤lt das BSG weiterhin fest (BSG, Urteil vom 18. Juni 1997, SozR 3-2500 Â§ 106 Nr.41 S.227). Es hÃ¤lt es deshalb auch fÃ¼r rechtmÃ¤Ã□ig, wenn die PrÃ¼finstanzen die Grenze zum offensichtlichen MissverhÃ¤ltnis bereits bei unter 50 % annehmen, wenn entweder eine besonders homogene Vergleichsgruppe gegeben ist oder aber nach BerÃ¼cksichtigung von Praxisbesonderheiten bzw. kausalen Einsparungen der Fallwert des zu prÃ¼fenden Arztes entsprechend bereinigt wurde. Diese Voraussetzungen liegen hier jedoch nicht vor. Bei der Arztgruppe 19/2 handelt es sich um Internisten mit einem Ã□berweisunganteil zwischen 10 und 40 %. Es ist eine relativ inhomogene Gruppe, da in ihr sowohl hausÃ¤rztlich tÃ¤tige Internisten als auch bereits spezialisierte Internisten enthalten sind. Praxisbesonderheiten bzw. kausale Einsparungen hat der Beklagte, wie dargelegt, nach dem bisherigen Vorbringen zu Recht nicht anerkannt, so dass es schon einer besonderen BegrÃ¼ndung bedurft hÃ¤tte, weshalb die Grenze zum offensichtlichen MissverhÃ¤ltnis weniger als 50 % betrÃ¤gt. Nach Auffassung des Senats sind die

Anforderungen, die an die BegrÃ¼ndung eines Bescheides zu stellen sind, um so hÃ¶her, je weiter in den Bereich der Ãbergangszone hineingekÃ¼rzt wird. Diese Betrachtung ergibt sich nicht nur aus den Bestimmungen des einfachen Rechts (Â§ 35 Abs.1 Satz 3 SGB X), sondern ist nach Auffassung des Senats auch von Verfassung wegen geboten. Andernfalls wÃ¼rden die Ãrzte, die vor KÃ¼rzung bzw. Regress im Bereich des offensichtlichen MissverhÃ¤ltnisses liegen, gegenÃ¼ber denjenigen Ãrzten, die darunter liegen, nach KÃ¼rzung bzw. Regress ohne hinreichend gewichtigen Grund ungleich behandelt, nÃ¤mlich schlechter gestellt. Dies wÃ¤re jedoch mit Art.3 Abs.1 Grundgesetz unvereinbar (vgl. BVerfGE 55, 72; 88, 87). Liegen demnach hinreichend gewichtige GrÃ¼nde dafÃ¼r vor, die KÃ¼rzung auch auf die Ãbergangszone oder gar in die Streubreite zu erstrecken, so mÃ¼ssen diese in der BegrÃ¼ndung des Bescheides besonders genannt werden (siehe hierzu Urteile des Senats vom 10. Februar 1995, Az.: L 12 Ka 518/90, vom 12. Juni 1996, Az.: L 12 Ka 6/95, und vom 16. Oktober 1996, Az.: L 12 Ka 79/95, sowie aus der neueren Rechtsprechung des BSG, Urteil vom 8. Mai 1996, SozR 3-2500 Â§ 106 Nr.36 S.207).

Vorliegend hat der Beklagte zwar in der BescheidsbegrÃ¼ndung festgehalten, dass die RestÃ¼berschreitung nach KÃ¼rzung durch den Beschwerdeausschuss in der Leistungsgruppe 08 43,68 % betrÃ¤gt, jedoch keine AusfÃ¼hrungen gemacht, weshalb er dem KlÃ¤ger nur eine RestÃ¼berschreitung in dieser HÃ¶he belassen wollte. Im Bescheid wird auch nicht ausgefÃ¼hrt, ab welcher Grenze bei dem statistischen Vergleich ein offensichtliches MissverhÃ¤ltnis anzunehmen ist. Es ist deshalb davon auszugehen, dass der Beklagte von dem bisher von der Rechtsprechung gebilligten Wert "um 50 %" (vgl. etwa BSG SozR 2200 Â§ 368 n Nr.31 S.100) ausgegangen ist. Bei der BegrÃ¼ndung seiner KÃ¼rzung ist der Beklagte dann weiter davon ausgegangen, dass die Honoraranforderung des KlÃ¤gers, die mehr als 20 % Ã¼ber dem gewichteten Vergleichsgruppendurchschnittswert liegt, unwirtschaftlich ist. Dies ist nach der stÃ¤ndigen zitierten Rechtsprechung des BSG und des Senats nicht rechtmÃ¤Ãig.

Vielmehr muss bei einer KÃ¼rzung unter die Grenze zum offensichtlichen MissverhÃ¤ltnis besonders nachgewiesen werden, dass und in welchem Umfang auch der Mehraufwand im Bereich der Ãbergangszone noch unwirtschaftlich ist. Die diesbezÃ¼glichen Feststellungen mÃ¼ssen im Bescheid dargelegt und die HonorarkÃ¼rzung muss entsprechend begrÃ¼ndet werden (vgl. BSG SozR 3-2500 Â§ 106 Nr.36 S.207).

Das klageabweisende Urteil des Sozialgerichts MÃ¼nchen vom 23. Juni 1998 sowie der Bescheid des Beklagten vom 11. MÃ¤rz 1996, jeweils das 1. Quartal 1995 betreffend, sind daher aufzuheben und der Beklagte zu verurteilen, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts Ã¼ber den Widerspruch des KlÃ¤gers gegen den Bescheid des PrÃ¼fungsausschusses vom 18. Juli 1995 erneut zu entscheiden. In diesem erneuten Verwaltungsverfahren, bleibt es dem KlÃ¤ger unbenommen, wie bereits ausgefÃ¼hrt, gezielt Praxisbesonderheiten darzulegen. Dem Beklagten ist es mÃ¶glich, die bisher ausgesprochene HonorarmaÃnahme durch eine ausreichende, den dargelegten Anforderungen an einen PrÃ¼fbescheid entsprechende BegrÃ¼ndung, zu rechtfertigen oder die KÃ¼rzung auf eine HÃ¶he

zu reduzieren, die nicht besonders begrÃ¼ndet zu werden braucht.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus Â§ 193 Abs.1 SGG und beruht auf der ErwÃ¤gung, dass der KlÃ¤ger im Klage- und Berufungsverfahren obsiegt hat.

GrÃ¼nde, die Revision nach Â§ 160 Abs.2 Nrn.1 und 2 SGG zuzulassen, liegen nicht vor.

Erstellt am: 24.09.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024