S 42 KA 61/97

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 61/97
Datum	23.06.1998

2. Instanz

Aktenzeichen	L 12 KA 113/99
Datum	06.12.2000

3. Instanz

Datum	-

I. Die Berufung des KlÃ¤gers gegen das Urteil des Sozialgerichts MÃ¼nchen vom 23. Juni 1998, das 4. Quartal 1995 betreffend, wird zurÃ¼ckgewiesen.
II. Der KlÃ¤ger hat dem Beklagten die Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten Ã¼ber die RechtmÃ¤Ãigkeit der im Quartal 4/95 GKV verfÃ¼gten KÃ¼rzung des angeforderten Honorars des KlÃ¤gers in der Leistungsgruppe 03 (Eingehende Untersuchungen) um 15,0 % und in der Leistungsgruppe 08 (Sonderleistungen) um 40,0 % (KÃ¼rzungsbetrag insgesamt: 17.635,22 DM).

Der KlÃ¤ger war im streitigen Quartal als Internist in B â¦ niedergelassen und zur vertragsÃ¤rztlichen Versorgung zugelassen. Er behandelte im Quartal 4/95 311 Patienten der gesetzlichen Krankenkassen, womit er die Durchschnittsfallzahl der Arztgruppe von 869 Patienten um â 64,2 % unterschritt. Sein Rentneranteil lag mit 56,9 % (177 Patienten) um 33,8 % Ã¼ber dem Rentneranteil der Arztgruppe in HÃ¶he von 42,5 % (370 Patienten). In der Leistungsgruppe 03 (Eingehende

Untersuchungen) lag der KlÃ¤ger mit einem Fallwert von 300,8 Punkten um + 81,4 % Ã¼ber dem gewichteten Fallwert der Vergleichsgruppe in HÃ¶he von 165,8 Punkten. In der Leistungsgruppe 08 (Sonderleistungen) Ã¼berschritt der KlÃ¤ger mit einem Fallwert von 1.602,2 Punkten den gewichteten Fallwert der Vergleichsgruppe in HÃ¶he von 621 Punkten um + 158,0 %.

In den Ã¼brigen Leistungsgruppen waren folgende Ãber- bzw. Unterschreitungen festzustellen:

â Leistungsgruppe 01 (Beratungen/Visiten): + 39,9 %
â Leistungsgruppe 02 (Besuche): â 13,7 %
â Leistungsgruppe 04 (Allg. Leistungen): â 4,0 %
â Leistungsgruppe 10 (Basis/Allg. Laboruntersuchungen): + 16,5 %
â Leistungsgruppe 12 (Radiologische Leistungen u.Ã¤.): â 48,2 %. In den Leistungsgruppen 09 (Physikalisch-medizinische Leistungen) und 11 (spez. Laboruntersuchungen) rechnete der KlÃ¤ger keine Leistungen ab.
FÃ¼r sÃ¤mtliche kurative Leistungen forderte der KlÃ¤ger 810.110,0 Punkte an. Mit einem Fallwert in HÃ¶he von 2.604,9 Punkten Ã¼berschritt er den gewichteten Fallwert der Arztgruppe in HÃ¶he von 1.427,2 Punkten um + 82,5 %.

Die VerordnungstÃ¤tigkeit des KlÃ¤gers fÃ¼hrte im Quartal 4/95 zu Arzneikosten ohne Sprechstundenbedarf in HÃ¶he von 32.595,89 DM, mit seinem Fallwert von 141,11 DM Ã¼berschritt er den Fallwert der Vergleichsgruppe von 130,18 DM um 8,4 %. Beim Sprechstundenbedarf unterschritt der KlÃ¤ger mit einem Fallwert von 3,85 DM den Durchschnittswert der Vergleichsgruppe in HÃ¶he von 4,42 DM um â 12,9 %. Bei den Krankenhauseinweisungen lag er mit einer HÃ¤ufigkeit von 3,5 auf 100 FÃ¤lle Ã¼ber der Vergleichsgruppe mit einer HÃ¤ufigkeit von 2,4 auf 100 FÃ¤lle. Bei den abgeschlossenen AU-FÃ¤llen lag der KlÃ¤ger mit einer HÃ¤ufigkeit von 23,5 auf 100 BehandlungsfÃ¤lle ebenfalls Ã¼ber dem Wert der Vergleichsgruppe mit 18,4 auf 100 BehandlungsfÃ¤lle.

Die Beigeladenen zu 1) bis 5) haben mit Schreiben vom 21. Februar 1996 den Antrag gestellt, die Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise des KlÃ¤gers in den Leistungsgruppen 03 und 08 zu Ã¼berprÃ¼fen.

Der PrÃ¼fungsausschuss Ãrzte Oberfranken hat mit PrÃ¼fbescheid vom 17. April 1996 die Leistungsanforderung des KlÃ¤gers in der Leistungsgruppe 03 (Eingehende Untersuchungen) um 15 % und in der Leistungsgruppe 08 (Sonderleistungen) um 40 % gekÃ¼rzt. Der KlÃ¤ger sei mit der Arztgruppe der Internisten der Untergruppe 19/2 in Oberfranken verglichen worden. Diese Vergleichsgruppe umfasse nur Internisten, die wie er im zu prÃ¼fenden Quartal einen Ãberweisungsanteil von 10,01 % bis 40,0 % zu verzeichnen gehabt hÃ¤tten. Es werde berÃ¼cksichtigt, dass als Besonderheiten die relativ niedrige Fallzahl (verminderte Kostenstreuung), die Proktologie und die Sonographie anzusehen seien. Einsparungen lÃ¤gen beim Sprechstundenbedarf, bei den veranlassten physikalisch-medizinischen Leistungen und bei den AU-FÃ¤llen vor.

Hiergegen richtet sich der Widerspruch des KlÃ¤gers vom 25. April 1996, der nicht

nÃ¤her begrÃ¼ndet wurde.

Mit einem Schreiben vom 7. August 1996 lud der Beklagte den KlÃ¤ger zu der fÃ¼r den 25. September 1996 vorgesehenen Sitzung. Dem Vertagungsantrag des KlÃ¤gers vom 21. August 1996 entsprach der Beklagte nicht. Der KlÃ¤ger wurde am 27. August 1996 erneut zur Sitzung am 25. September 1996 geladen und mit Schreiben vom 18. September 1996 wurde ihm die Ablehnung des Vertagungsantrages mitgeteilt.

Der Beklagte hat mit Widerspruchsbescheid vom 26. November 1996 (beschlossen in der Sitzung am 25. September 1996) den Widerspruch abgewiesen. Die Ãberschreitung in den Leistungsgruppen 03 und 08 stelle ein offensichtliches MissverhÃ¤ltnis dar, das die Vermutung der Unwirtschaftlichkeit begrÃ¼nde. Aus den vorliegenden statistischen PrÃ¼fungsunterlagen seien keine Mehrkosten verursachenden Praxisbesonderheiten offenkundig. Dem gegenÃ¼ber der Arztgruppe erhÃ¶hten Rentneranteil (+ 33,8 %) sei durch die Gewichtung der Vergleichswerte in den einzelnen Leistungsgruppen bereits Rechnung getragen. Bei Durchsicht der Behandlungsunterlagen sei kein fÃ¼r eine internistische Praxis auÃergewÃ¶hnliches Patientengut bzw. eine besondere HÃ¤ufung sog. "schwerer FÃ¤lle" oder ein spezielles kardiologisches Patientengut erkennbar. Die erbrachten Leistungen seien oftmals durch die auf den Behandlungsunterlagen eingetragenen Diagnosen nicht begrÃ¼ndet. Schwere FÃ¤lle seinen keine Praxisbesonderheit. Eine unterdurchschnittliche Fallzahl sei ebenfalls keine Mehrkosten verursachende Praxisbesonderheit, da bei einer niedrigeren Fallzahl der Aufwand pro Patient medizinisch nicht notwendigerweise hÃ¶her sei als bei einer hohen Fallzahl. KompensationsfÃ¤hige Einsparungen seien ebenfalls nicht erkennbar. Nicht jeder Minderaufwand sei auf den beanstandeten Mehraufwand zurÃ¼ckzufÃ¼hren. Es mÃ¼sse zwischen dem Mehraufwand in einem Bereich und dem Minderaufwand (Einsparungen) in anderen Bereichen ein Kausalzusammenhang bestehen, fÃ¼r den der Arzt die volle Darlegungs- und Beweislast habe. Hier hÃ¤tte der Arzt substantiiert im Einzelfall darlegen mÃ¼ssen, bei welchen Patienten er welche Einsparungen erzielt habe und welcher Mehraufwand dadurch in den jeweiligen EinzelfÃ¤llen in der eigenen Praxis erforderlich gewesen sei. Hierzu sei nichts vorgetragen. Der Beklagte ge- wÃ¤hrte dem KlÃ¤ger zusÃ¤tzlich zum gewichteten Arztgruppendurchschnitt in der Leistungsgruppe 03 (165,8 Punkte) bzw. in der Leistungsgruppe 08 (621 Punkte) einen 20 %-igen Zuschlag wegen der allgemeinen Streubreite und gelangte damit zu einem anzuerkennenden Fallwert in der Leistungsgruppe 03 von 199,0 Punkten und in der Leistungsgruppe 08 in HÃ¶he von 745,2 Punkten. Daraus errechne sich fÃ¼r den Beklagten ein unwirtschaftlicher Mehraufwand in der Leistungsgruppe 03 in HÃ¶he von 101,8 Punkten bzw. in der Leistungsgruppe 08 in HÃ¶he von 857,0 Punkten. Dies entspreche einer mÃ¶glichen KÃ¼rzung von 338,0 % in der Leistungsgruppe 03 und 53,5 % in der Leistungsgruppe 08, so dass die verfÃ¼gten KÃ¼rzungen in HÃ¶he von 15,0 % bzw. 40,0 % zu bestÃ¤tigen seien. Die RestÃ¼berschreitung in der Leistungsgruppe 03 wurde mit 54,20 %, die in der Leistungsgruppe 08 mit 54,80 % angegeben.

Ein Schreiben des KlÃ¤gers vom 5. Dezember 1996 mit dem er die RÃ¼cknahme des Widerspruchsbescheides beim Beklagten anforderte, weil die Sitzung am 25.

September 1996 ohne Beachtung seines Vertagungsantrages durchgefÃ¼hrt worden sei, betrachtete der Beklagte als Klage und leitete es am 12. Dezember 1996 an das Sozialgericht MÃ¼nchen weiter, wo es am 13. Dezember 1996 einging. Eine weitere schriftliche BegrÃ¼ndung der Klage erfolgte nicht. Im Termin zur mÃ¼ndlichen Verhandlung am 23. Juni 1998 hat das Sozialgericht die sieben anhÃ¤ngigen Streitsachen (u.a. das hier streitige Verfahren mit dem Az.: S 42 KA 61/97) zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden.

Das Sozialgericht hat mit Urteil vom 23. Juni 1998 u.a. die Klage mit dem Az.: S 42 Ka 61/97 abgewiesen. Der KlÃ¤ger sei zu Recht mit der maÃgeblichen Vergleichsgruppe 19/2 (Internisten mit einem Ãberweisungsanteil der abgerechneten ambulanten kurativen FÃ¤lle von 10,01 % bis 40,0 %) verglichen worden. Die Beurteilung, den KlÃ¤ger nicht mit einer wie auch immer gebildeten speziellen Vergleichsgruppe zu vergleichen, erweise sich keineswegs als beurteilungsfehlerhaft. Auch die Feststellung, dass beim KlÃ¤ger keine Praxisbesonderheit im Sinne eines Mehrkosten verursachenden abweichenden Patientengutes vorliege, sei nicht zu beanstanden. Der KlÃ¤ger habe sich darauf beschrÃ¤nkt, das Vorliegen eines besonderen Patientenklientels mit entsprechenden abweichenden Diagnose- bzw. Krankheitsbildern oder einer Symptomschilderung zu behaupten, ohne diese Behauptungen durch eine entsprechende Stichprobe einer reprÃ¤sentativen Anzahl von FÃ¤llen zu substantiieren. Die Auffassung des Beklagten, dass in der Praxis des KlÃ¤gers keine abweichende Diagnoseschichtung festzustellen sei, kÃ¶nne die Kammer bestÃ¤tigen. Ein nicht unerheblicher Anteil von Patienten werde jedes Quartal mit bestimmten apparativen diagnostischen Leistungen versorgt, ohne dass der medizinisch weiterfÃ¼hrende Nutzen einer Wiederholung deutlich werde. Das Vorhandensein eines groÃen Leistungsspektrums und einer hohen apparativen Ausstattung kÃ¶nne durchaus durch eine Praxisbesonderheit unterlegt sein. FÃ¼r sich betrachtet kÃ¶nne sie nur eine umfassende Erbringung von Leistungen darlegen und nicht das Vorhandensein eines dazu passenden Patientenstammes, zumal bei vielen herausragenden Leistungspositionen eine hohe Erbringerfrequenz bestehe. Auch ein Ã¼berdurchschnittlich hoher Anteil von neuen Patienten sei weder nachgewiesen noch ergebe sich hierfÃ¼r ein Anhaltspunkt aus den Unterlagen. Auch das Bestehen von kausalen Einsparungen sei nicht substantiiert dargelegt worden. Solche seien auch aus den Abrechnungsunterlagen nicht erkennbar. Angesichts der belassenen RestÃ¼berschreitungen in HÃ¶he von durchweg 40,0 % und hÃ¶her habe der Beklagte den etwas Ã¼berdurchschnittlichen Streuungen in der gewÃ¤hlten Vergleichsgruppe ausreichend Rechnung getragen. Es bestehe bei dem hier vorliegenden Sachverhalt darÃ¼ber hinaus kein Grund, die KÃ¼rzungshÃ¶heentscheidung Ã¼ber die abgegebene BegrÃ¼ndung hinaus zu rechtfertigen. Die vom Beklagten getroffene Entscheidung sei auch nicht deshalb aufzuheben, weil infolge der Ablehnung des Antrages auf Terminsverlegung der Anspruch auf rechtliches GehÃ¶r verletzte wÃ¤re. Solange dem Terminsverlegungsantrag nicht entsprochen worden sei, mÃ¼sse der KlÃ¤ger grundsÃ¤tzlich davon ausgehen, dass die angesetzte Ausschusssitzung stattfinde. Des Weiteren sei auch nicht erkennbar, dass der KlÃ¤ger einen Anspruch auf Verlegung gehabt habe.

Hiergegen richtet sich die Berufung des KlÃ¤gers vom 1. Dezember 1998 zum Bayerischen Landessozialgericht, die trotz mehrmaliger Mahnung nicht begrÃ¼ndet wurde.

Mit Beschluss vom 14. September 1999 trennte der Senat die vom Sozialgericht verbundenen Verfahren fÃ¼r das Berufungsverfahren wieder.

Den Verlegungsgesuchen des KlÃ¤gers vom 16. November und 22. November 2000, die im Wesentlichen mit einer Terminskollision mit einer Sitzung des Zulassungsausschusses Ãrzte â Oberbayern â am 6. Dezember 2000 um 10.10 Uhr begrÃ¼ndet wurden, 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 beantragt sinngemÃ¤Ã,

das Urteil des Sozialgerichts MÃ¼nchen vom 23. Juni 1998 bezÃ¼glich der Klage mit dem Aktenzeichen S 42 Ka 61/97 und den Widerspruchsbescheid des Beklagten vom 26. November 1996 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, Ã¼ber den Widerspruch des KlÃ¤gers gegen den Bescheid des PrÃ¼fungsausschusses vom 17. April 1996 erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

Die Vertreterin der Beigeladenen zu 1) und der Vertreter der Beigeladenen zu 2) beantragen,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakte, die Klageakte mit dem Az.: S 42 Ka 61/97 und die Akte des Bayerischen Landessozialgerichts, Az.: L 12 KA 113/99, vor, die zum Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren Inhalt ergÃ¤nzend Bezug genommen wird.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die nach Â§ 143 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte sowie gemÃ¤Ã Â§ 151 Abs.1 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist unbegrÃ¼ndet.

Das Sozialgericht hat die Klage gegen den Bescheid des Beklagten vom 26. November 1996, betreffend die Behandlungsweise des KlÃ¤gers im Quartal 4/95 GKV, mit Urteil vom 23. Juni 1998 zu Recht abgewiesen.

Der vorgenannte Bescheid, der allein Gegenstand des Klage- und damit auch des Berufungsverfahrens ist, ist auch unter BerÃ¼cksichtigung der jÃ¼ngeren Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. BSG SozR 3-2500 Â§ 106 Nrn.23, 27, 31, 36, 41) rechtlich nicht zu beanstanden.

Der Bescheid des Beklagten vom 26. November 1996 genÃ¼gt den Anforderungen,

die das Bundessozialgericht in den o.g. Entscheidungen an die PrÃ¼fung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise eines Arztes stellt. Die statistische Betrachtung muss danach bereits auf der ersten PrÃ¼fungsstufe 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.

Der Beklagte ist bei seiner PrÃ¼fung in der Leistungsgruppe 03 (Eingehende Untersuchungen) zu Recht davon ausgegangen, dass der KlÃ¤ger sich mit einem gewichteten Ãberschreitungswert von + 81,4 % gegenÃ¼ber der Vergleichsgruppe im sog. offensichtlichen MissverhÃ¤ltnis befindet. Er hat sich aber nicht mit dieser statistischen Feststellung begnÃ¼gt, sondern im Sinne einer intellektuellen PrÃ¼fung untersucht, ob Praxisbesonderheiten bzw. kausale Einsparungen fÃ¼r diese Ãberschreitung verantwortlich sind. Dies hat der Beklagte zu Recht verneint. Zum einen ist anhand der Statistik festzustellen, dass der KlÃ¤ger in der Leistungsgruppe 03 nur drei von insgesamt vier Leistungen dieser Leistungsgruppe abrechnet und die abgerechneten Nrn.60, 61 und 62 EBM ausgesprochen fachgruppentypische Leistungen sind, die von 100 % bzw. 96,77 % der Vergleichsgruppe ebenfalls abgerechnet werden. Zum anderen hat der Beklagte nach Durchsicht der Behandlungsscheine fÃ¼r das Quartal 4/95 festgestellt, dass kein fÃ¼r eine internistische Praxis auÃergewÃ¶hnliches Patientengut bzw. eine besondere HÃ¤ufung sog. "schwerer FÃ¤lle" beim KlÃ¤ger vorliegt. FÃ¼r das Vorliegen von Praxisbesonderheiten ergeben sich weder aus den statistischen Unterlagen hinreichende Anhaltspunkte noch hat der KlÃ¤ger hierzu substantiiert vorgetragen.

Dem um 33,8 % 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 weder behauptet noch dargelegt.

Auch eine niedrige Fallzahl begrÃ¼ndet fÃ¼r sich alleine 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 sog. "schwerer FÃ¤lle", die den Fallwert des KlÃ¤gers Ã¼berproportional in die HÃ¶he treiben kÃ¶nnten, hat der Beklagte in nicht zu beanstandender Weise gerade -wie schon ausgefÃ¼hrt- verneint. Die Fallzahl des KlÃ¤gers liegt mit 35,7 % (311: 869) jedenfalls deutlich Ã¼ber der von der hÃ¶chstrichterlichen Rechtsprechung (BSG, a.a.O., S.244/245) geforderten Mindestquote von 20,0 % der Durchschnittsfallzahl der Vergleichsgruppe.

Es ist schlieÃlich auch aus den statistischen Unterlagen nicht erkennbar und vom

KlÃ¤ger auch nicht substantiiert dargelegt, dass die erhÃ¶hte Abrechnung der eingehenden Untersuchungen gemÃ¤Ã den Nrn.60 und 61 EBM in irgendeinem Zusammenhang mit den gÃ¼nstigen Werten beim Sprechstundenbedarf steht. Auch die HÃ¶he der KÃ¼rzung in der Leistungsgruppe 03 mit 15,0 % erfolgte durch den Beklagten im angegriffenen Bescheid vom 26. November 1996 ermessens- und begrÃ¼ndungsfehlerfrei. Der Beklagte hat dem KlÃ¤ger eine RestÃ¼berschreitung von + 54,2 % gegenÃ¼ber der Vergleichsgruppe belassen, die noch im Bereich des offensichtlichen MissverhÃ¤ltnisses liegt. Der Beklagte musste deshalb die HÃ¶he der KÃ¼rzung nicht besonders begrÃ¼nden (BSG SozR 3-2500 Â§ 106 Nr.36 S.207).

Auch in der Leistungsgruppe 08 (Sonderleistungen) hat der Beklagte zunÃ¤chst zu Recht darauf hingewiesen, dass der KlÃ¤ger sich hier mit einem gewichteten Ãberschreitungswert von + 158,0 %im Bereich des offensichtlichen MissverhÃ¤ltnisses befindet. Der Beklagte hat auch hier Ã¼ber die rein statistische Betrachtung hinaus eine intellektuelle ÃberprÃ¼fung vorgenommen. Er hat sich auch diesbezÃ¼glich die Behandlungsausweise im Wege einer Stichprobe nÃ¤her angesehen. Dabei hat der Beklagte auch hier in nicht zu beanstandender Weise festgestellt, dass kein fÃ¼r eine internistische Praxis auÃergewÃ¶hnliches Patientengut bzw. eine besondere HÃ¤ufung sog. "schwerer FÃ¤lle" oder ein spezielles kardiologisches Patientengut erkennbar sei.

Auch wegen eines besonders groÃen Leistungsspektrums und einer umfangreichen apparativen Ausstattung hat der Beklagte ebenfalls zu Recht keinen berechtigten Mehraufwand zugestanden. Es ist zunÃ¤chst davon auszugehen, dass die Vergleichsgruppe der Internisten mit einem Ãberweisungsanteil von Ã¼ber 10,0 % bis unter 40,0 % ebenso wie der KlÃ¤ger ein breites Leistungsspektrum aufweist. Ein breites Leistungsspektrum als solches ist deshalb bei dieser Arztgruppe keine Besonderheit. Nach der hÃ¶chstrichterlichen Rechtsprechung sind Praxisbesonderheiten solche 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). Eine Praxisbesonderheit kann deshalb allenfalls die schwerpunktmÃ¤Ãige Praxisausrichtung auf ein spezielles Leistungsspektrum, das sich in einem besonderen Patientengut niederschlÃ¤gt, sein (vgl. Urteil des Senats vom 19. Juli 2000, Az.: L 12 KA 12/99). HierfÃ¼r ergeben sich jedoch aus den statistischen Unterlagen keine hinreichenden Anhaltspunkte. Aus der HÃ¤ufigkeitsstatistik ergibt sich zwar, dass von den in der Leistungsgruppe 08 insgesamt angeforderten 498.290,0 Punkten fast ein Viertel (113.400,0 Punkte) auf die Nr.617 EBM (eindimensionale doppler-echokardiographische Untersuchung) entfÃ¤llt, die nur von 16,13 % in der Vergleichsgruppe abgerechnet wird. Auch die Nrn.686 EBM (sonographische Untersuchung der extrakraniellen und/oder intrakraniellen HirngefÃ¤Ãe mittels Duplex-Verfahren) mit 45.600,0 Punkten und die Nr.687 EBM (sonographische Untersuchung der Arterien und/oder Venen des KÃ¶rperstamms und/oder der ExtremitÃ¤ten mittels Duplex-Verfahren) mit 18.450,0 Punkten werden nur von jeweils 22,58 % in der Vergleichsgruppe abgerechnet. Damit beruht die Leistungsanforderung des KlÃ¤gers in der Leistungsgruppe 08 zu einem erheblichen Teil zwar auf der Abrechnung von nicht fachgruppentypischen Leistungen, wobei fÃ¼r diese zusÃ¤tzlich teilweise auch noch eine besondere

Genehmigung erforderlich ist. Andererseits beruht die Ãberschreitung in der Leistungsgruppe 08 aber auch auf ganz fachgruppentypischen Leistungen (Nr.380 EBM mit 47.520,0 Punkten und einer AbrechnungshÃ¤ufigkeit in der Vergleichsgruppe in HÃ¶he von 100,0 % und Leistungsziffer Nr.603 EBM mit 44.750,0 Punkten und einer AbrechnungshÃ¤ufigkeit von 100,0 %). Insgesamt ist dem Hinweis des Sozialgerichts 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 einer Praxisbesonderheit. Die gegenÃ¼ber der Vergleichsgruppe deutlich erhÃ¶hte AnsatzhÃ¤ufigkeit einzelner Leistungsnummern (Nr.617 EBM: + 398,34 %; Nr.686 EBM: + 442,64 %; Nr.687 EBM: + 149,06 %) kann deshalb entweder 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 ein spezielles Patientengut in Verbindung mit einer speziellen Praxisausrichtung zurÃ¼ckzufÃ¼hren sind, hat der KlÃ¤ger aber gerade im Rahmen des Verwaltungsverfahrens nicht hinreichend substantiiert, so dass der Beklagte auch nicht gemÃ¤Ã Â§ 20 Abs.1 SGB X gehalten und in der Lage war, einem solchen Einwand im Rahmen einer weitergehenden intellektuellen PrÃ¼fung (Durchsicht der Behandlungsscheine in den FÃ¤llen, in denen die genannten Leistungsnummern abgerechnet wurden) nachzugehen. Soweit der Beklagte die Behandlungsscheine durchgesehen hat, hat er jedenfalls kein fÃ¼r eine internistische Praxis auÃergewÃ¶hnliches Patientengut erkennen kÃ¶nnen.

Auch das Vorliegen kompensierender Einsparungen hat der KlÃ¤ger im Rahmen des Verwaltungsverfahrens nicht substantiiert dargelegt. Zu den unterdurchschnittlichen Werten beim Sprechstundenbedarf (- 12,9 %) und bei den verordneten physikalisch-medizinischen Leistungen (- 91,6 %) hat sich der KlÃ¤ger nicht geÃ¤uÃert. Er hat insbesondere den Nachweis versÃ¤umt, dass es gerade durch den Mehraufwand bei den Sonderleistungen zu den Einsparungen gekommen ist. Dazu wÃ¤re zumindest die strukturelle Darlegung der methodischen ZusammenhÃ¤nge und der medizinischen Gleichwertigkeit erforderlich gewesen (vgl. BSG SozR 3-2500 Â§ 106 Nr.42, S.233 f). Auch die Festsetzung der HÃ¶he der KÃ¼rzung mit 40,0 % ist nicht zu beanstanden. Insbesondere wurde dem KlÃ¤ger auch hier nach KÃ¼rzung noch ein Ãberschreitungswert belassen, der sich weiterhin im Bereich des offensichtlichen MissverhÃ¤ltnisses bewegt (+ 54,8 %). BegnÃ¼gen sich die PrÃ¼fgremien mit einer KÃ¼rzung, die sich noch im Bereich des offensichtlichen MissverhÃ¤ltnis bewegt, so braucht die HÃ¶he der KÃ¼rzung aber nicht besonders begrÃ¼ndet zu werden (vgl. BSG SozR 3-2500 Â§ 106 Nr.36 S.207).

Die Entscheidung des Beklagten ist schlieÃlich auch nicht deswegen zu beanstanden, weil der PrÃ¼fungsausschuss noch davon gesprochen hatte, dass er die relativ niedrige Fallzahl (verminderte Kostenstreuung), die Proktologie und die Sonographie berÃ¼cksichtige, wÃ¤hrend der Beklagte keine Praxisbesonderheiten

bzw. Einsparungen anerkannt hat. Es ist schon fraglich, ob mit der Formulierung "berÃ¼cksichtigen" die Anerkennung von Praxisbesonderheiten gemeint ist. Abgesehen davon bezieht sich das Verbot der reformatio in peius bei HonorarkÃ¼rzungsmaÃnahmen wegen Unwirtschaftlichkeit nur auf den (Gesamt-)KÃ¼rzungsbetrag (vgl. BSGE 53, 244 ff, 246), nicht auf einzelne BegrÃ¼ndungselemente. Deshalb kann offenbleiben, ob der PrÃ¼fungsausschuss Ã¼berhaupt Praxisbesonderheiten im engeren Sinne anerkannt hat.

Der Vorsitzende des Senats war schlieÃlich nicht verpflichtet, den Verhandlungstermin vom 6. Dezember 2000 zu verlegen (Â§ 202 SGG i.V.m. Â§ 227 Abs.1 S.1 ZPO). Der KlÃ¤ger hat in seinem Schreiben vom 16. November und 22. November 2000 keinen "erheblichen Grund" fÃ¼r eine Verlegung i.S.v. Â§ 202 SGG i.V.m. Â§ 227 Abs.1 Satz 1 ZPO vorgetragen. Hinsichtlich der Terminskollision mit der Sitzung des Zulassungsausschusses fÃ¼r Ãrzte -Oberbayern- ist darauf hinzuweisen, dass die Ladung durch den Senat erheblich frÃ¼her erfolgte und daher als vorrangig anzusehen ist.

Aus diesen GrÃ¼nden ist die Berufung des KlÃ¤gers gegen das Urteil des Sozialgerichts MÃ¼nchen vom 23. Juni 1998, das 4. Quartal 1995 betreffend, zurÃ¼ckzuweisen.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus den Â§Â§ 193 Abs.1 und Abs.4 Satz 2 SGG i.d.F. des Gesundheitsstrukturgesetzes und beruht auf der ErwÃ¤gung, dass der Beklagte auch im Berufungsverfahren obsiegt hat.

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

Erstellt am: 25.09.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024