S 42 KA 809/98

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 809/98
Datum	23.06.1998

2. Instanz

Aktenzeichen	L 12 KA 115/99
Datum	06.12.2000

3. Instanz

Datum	-

I. Die Berufung des KlÃ¤gers gegen das Urteil des Sozialgerichts MÃ¼nchen vom 23. Juni 1998, das 3. Quartal 1994 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 3/94 GKV verfÃ¼gten KÃ¼rzung des angeforderten Honorars des KlÃ¤gers in der Leistungsgruppe 03 (Eingehende Untersuchungen) um 10 % und in der Leistungsgruppe 08 (Sonderleistungen) um 20 % (KÃ¼rzungsbetrag insgesamt: 8.046,54 DM). Der KlÃ¤ger war im streitigen Quartal als Internist in â¦ niedergelassen und zur vertragsÃ¤rztlichen Versorgung zugelassen. Er behandelte im Quartal 3/94 421 Patienten der gesetzlichen Krankenkassen, womit er die Durchschnittsfallzahl der Arztgruppe von 841 Patienten um â 50 % unterschritt. Sein Rentneranteil lag mit 61,3 % (258 Patienten) um 37,4 % Ã¼ber dem Rentneranteil der Arztgruppe in HÃ¶he von 44,6 % (375 Patienten). In der Leistungsgruppe 03 (Eingehende Untersuchungen) lag der KlÃ¤ger mit einem Fallwert von 221,1 Punkten um + 52,9 % Ã¼ber dem gewichteten Fallwert der

Vergleichsgruppe in HÃ¶he von 144,5 Punkten. In der Leistungsgruppe 08 (Sonderleistungen) Ã¼berschritt der KlÃ¤ger mit einem Fallwert von 963,8 Punkten den gewichteten Fallwert der Vergleichsgruppe in HÃ¶he von 507,3 Punkten um + 90,0 %.

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

â Leistungsgruppe 01 (Beratungen/Visiten): + 23,7 % â Leistungsgruppe 02 (Besuche): + 38,8 % â Leistungsgruppe 04 (Allg. Leistungen): â 51,2 % â Leistungsgruppe 10 (Basis/Allg. Laborunter- suchungen): â 19,6 % â Leistungsgruppe 12 (Radiologische Leistun- gen u.Ã¤.): â 67,0 %. FÃ¼r sÃ¤mtliche kurative Leistungen forderte der KlÃ¤ger 712.370,0 Punkte an. Mit einem Fallwert in HÃ¶he von 1.692,1 Punkten Ã¼berschreitet er den gewichteten Fallwert der Arztgruppe in HÃ¶he von 1.196,5 Punkten um + 41,4 %.

Die VerordnungstÃ¤tigkeit des KlÃ¤gers fÃ¼hrte im Quartal 3/94 zu Arzneikosten ohne Sprechstundenbedarf in HÃ¶he von 56.490,78 DM, mit seinem Fallwert von 138,46 DM Ã¼berschritt der KlÃ¤ger um 1,8 % den Fallwert der Vergleichsgruppe von 136,00 DM. Beim Sprechstundenbedarf unterschritt der KlÃ¤ger mit einem Fallwert von 3,62 DM den Durchschnittswert der Vergleichsgruppe in HÃ¶he von 4,68 DM um â 22,7 %. Bei den Krankenhauseinweisungen lag der KlÃ¤ger mit einer HÃ¤ufigkeit von 3,6 FÃ¤llen auf 100 Ã¼ber der Vergleichsgruppe mit einer HÃ¤ufigkeit von 2,4 FÃ¤llen auf 100. Bei den abgeschlossenen AU-FÃ¤llen lag der KlÃ¤ger mit einer HÃ¤ufigkeit von 22,0 auf 100 BehandlungsfÃ¤lle ebenfalls Ã¼ber dem Wert der Vergleichsgruppe mit 16,1 BehandlungsfÃ¤llen auf 100. Bei den ArbeitsunfÃ¤higkeitstagen lag der KlÃ¤ger mit 17,3 Tagen pro Behandlungsfall ebenfalls Ã¼ber dem Wert der Vergleichsgruppe mit 13,0 Tagen.

Die Beigeladenen zu 1) bis 5) haben mit Schreiben vom 6. Dezember 1994 den Antrag gestellt, die Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise des KlÃ¤gers in den Leistungsgruppen 03 und 08 zu Ã¼berprÃ¼fen.

Zur Vorbereitung der Sitzung des PrÃ¼fungsausschusses hat der KlÃ¤ger mit Schreiben vom 19. Dezember 1994 eine Patientenliste mit BeispielsfÃ¤llen aus dem dritten Quartal 1994 (37 Patienten mit Angabe der Diagnose) Ã¼bersandt und um die Anerkennung von Praxisbesonderheiten gebeten.

Der PrÃ¼fungsausschuss Ãrzte Oberfranken hat mit PrÃ¼fbescheid vom 23. Januar 1995 die Leistungsanforderung des KlÃ¤gers in der Leistungsgruppe 03 (Eingehende Untersuchungen) um 10 % und in der Leistungsgruppe 08 (Sonderleistungen) um 20 % 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 % 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 31. Januar 1995, der mit Schriftsatz vom 9. MÃ¤rz 1995 durch die ProzessbevollmÃ¤chtigte des KlÃ¤gers, RA â¦, nÃ¤her begrÃ¼ndet wurde. In dem angefochtenen Bescheid seien die Praxisbesonderheiten nicht berÃ¼cksichtigt worden. Bislang seien bei den Sonderleistungen bis zu 187 % Ãberschreitung anerkannt worden. Im Quartal 2/94 sei bei einer Ãberschreitung von 110 % eine 10 %ige KÃ¼rzung erfolgt. Nunmehr erfolge bei einer 90 %igen Ãberschreitung eine 20 %ige KÃ¼rzung. Hierbei handle es sich um eine nicht gerechtfertige Ungleichbehandlung. Des Weiteren wird auf ein Schreiben vom 29. Dezember 1994 hingewiesen, das bereits dem PrÃ¼fungsausschuss vorgelegt worden sei. Darin wird ausgefÃ¼hrt, dass der KlÃ¤ger Ã¼ber ein besonders groÃes Leistungsspektrum verfÃ¼ge. Der KlÃ¤ger wÃ¼rde nur dann gerecht beurteilt, wenn er mit Kollegen seiner Fachrichtung verglichen wÃ¼rde, die zumindest ein gleichartiges Leistungsspektrum aufweisen wÃ¼rden. Das Leistungsspektrum des KlÃ¤gers umfasse die Herz-Kreislaufdiagnostik, Pulmologie und SchilddrÃ¼sendiagnostik, die Gastroenterologie, Onkologie und Nephrologie. Weiter seien zu berÃ¼cksichtigen die kleine Fallzahl, die ErhÃ¶hung der Nr.60 EBM wegen vieler neuer Patienten, der Ausgleich der Sonderleistungen (Sonographie) durch weniger RÃ¶ntgenleistungen und die bereits vom PrÃ¼fungsausschuss anerkannte Praxisbesonderheit "Kardiologie". Die vielen Krankenhauseinweisungen wÃ¼rden zeigen, dass der KlÃ¤ger deutlich mehr schwere FÃ¤lle behandle im Vergleich zur Vergleichsgruppe. Als Zeugen fÃ¼r das Leistungsspektrum kÃ¶nne der KlÃ¤ger Prof.Dr.M â¦, Klinikum â¦, Prof.Dr.S â¦, Klinikum â¦, Chefarzt Dr.T â¦, Krankenhaus â¦ sowie sÃ¤mtliche an ihn Ã¼berweisenden Kollegen aus â¦ und dem weiteren Umkreis benennen. Er weise auch einen hÃ¶heren Rentneranteil auf und erziele Einsparungen bei ArbeitsunfÃ¤higkeitsfÃ¤llen und ArbeitsunfÃ¤higkeitstagen. Der KlÃ¤ger fÃ¼hre als einziger Internist seiner Fachgruppe in â¦ und im weiten Umkreis SchilddrÃ¼sensonographien, Duplexsonographien der extrakraniellen und intrakraniellen HirngefÃ¤Ãe, Duplexsonographien der Arterien und Venen des KÃ¶rperstammes und der ExtremitÃ¤ten sowie HÃ¤morrhoidenverÃ¶dungen durch. Bei BerÃ¼cksichtigung aller Praxisbesonderheiten wÃ¼rde bei Ãberprüfung der Einzelscheine festgestellt, dass jede Leistung des KlÃ¤gers gerechtfertigt sei und durch die prÃ¤zise Diagnostik erhebliche Folgekosten eingespart wÃ¼rden. Diesem Schreiben liegt eine weitere Stellungnahme zum Quartal 4/94 GKV bei.

Der Beklagte hat mit Widerspruchsbescheid vom 13. Oktober 1995 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 (+ 37,4 %) sei durch die Gewichtung der Vergleichswerte in den einzelnen Leistungsgruppen bereits Rechnung getragen. Zu dem Vorbringen des KlÃ¤gers sei wie folgt Stellung zu nehmen: Es handle sich bereits um die 15.Abrechnung nach PraxisÃ¼bernahme. Inwieweit neue Patienten eines vermehrten Aufwandes an eingehenden Untersuchungen bedÃ¼rften, sei nicht

dargelegt. Die Ausstattung einer Praxis und der Umfang dieser Ausstattung sowie die Ausbildung des Praxisinhabers als solches wÃ¼rden noch keine Besonderheit darstellen. Entscheidend kÃ¶nne nur sein, ob die Erkrankung der Patienten den Einsatz dieser Ausstattung im vorliegenden Umfang erfordere. Bei Durchsicht der vom KlÃ¤ger namentlich angefÃ¼hrten BehandlungsfÃ¤lle mit Diagnosen (seit Quartalen namentlich fast identische Listen von Patienten mit Dauerdiagnosen) 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 gewÃ¤hre dem KlÃ¤ger zusÃ¤tzlich zum gewichteten Arztgruppendurchschnitt in der Leistungsgruppe 03 (144,5 Punkte) bzw. in der Leistungsgruppe 08 (507,3 Punkte) einen 20 %igen Zuschlag wegen der allgemeinen Streubreite und gelange damit zu einem anzuerkennenden Fallwert in der Leistungsgruppe 03 von 173,4 Punkten und in der Leistungsgruppe 08 in HÃ¶he von 608,8 Punkten. Daraus errechne sich fÃ¼r den Beklagten ein unwirtschaftlicher Mehraufwand in der Leistungsgruppe 03 in HÃ¶he von 47,7 Punkten bzw. in der Leistungsgruppe 08 in HÃ¶he von 355,0 Punkten. Dies entspreche einer mÃ¶glichen KÃ¼rzung von 22 % in der Leistungsgruppe 03 und 37 % in der Leistungsgruppe 08, so dass die verfÃ¼gten KÃ¼rzungen in HÃ¶he von 10 % bzw. 20 % zu bestÃ¤tigen seien. Die KÃ¼rzung in die Ãbergangszone in der Leistungsgruppe "Eingehende Untersuchungen" sei im Hinblick auf die permanente Unwirtschaftlichkeit Ã¼ber viele Quartale gerechtfertigt.

Hiergegen richtet sich die Klage vom 25. Oktober 1995 zum Sozialgericht MÃ¼nchen, die in der Folge nicht nÃ¤her begrÃ¼ndet wurde. Im Termin zur mÃ¼ndlichen Verhandlung am 28. Juni 1998 hat das Sozialgericht die sieben anhÃ¤ngigen Streitsachen (u.a. das hier streitige Verfahren mit dem Az.: S 42 KA 809/98) 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 809/98 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 40,00 %) 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 Beurteilung, 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 % 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.

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 809/98 und den Widerspruchsbescheid des Beklagten vom 13. Oktober 1995 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, Ã¼ber den Widerspruch des KlÃ¤gers vom 31. Januar 1995 erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

Die Vertreterin der Beigeladenen zu 1) und der Vertreter der Beigeladenen zu 2) haben beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakte, die Klageakten mit den Az.: S 42 Ka 809/98 und S 42 Ka 1563/95 und die Akte des Bayerischen Landessozialgerichts, Az.: L 12 KA 115/99, 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 vom 25. Oktober 1995 (Az.: S 42 Ka 1563/95, nach Wiederaufnahme S 42 Ka 809/98) gegen den Bescheid des Beklagten vom 13. Oktober 1995, betreffend die Behandlungsweise des KlÃ¤gers im Quartal 3/94 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 13. Oktober 1995 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 + 52,9 % 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 97,06 %, 100 % bzw. 94,12 % der Vergleichsgruppe ebenfalls abgerechnet werden. Zum anderen hat der Beklagte nach Durchsicht der vom KlÃ¤ger namentlich aufgefÃ¼hrten BehandlungsfÃ¤lle mit Diagnosen fÃ¼r das Quartal 3/94, die fast identisch ist mit in den Vorquartalen vorgelegten Listen, 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 37,4 % 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. Gleiches gilt fÃ¼r den Einwand der Behandlung vieler neuer Patienten. Der KlÃ¤ger hat keinerlei Hinweise dazu geliefert, wie hoch der Anteil neuer Patienten im Quartal 3/94 in seiner Praxis war und welcher Mehraufwand ggfs. dadurch hervorgerufen wurde.

Auch der Hinweis auf die 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 50 % (421: 841) jedenfalls deutlich Ã¼ber der von der hÃ¶chstrichterlichen Rechtsprechung (BSG, a.a.O., S.244/245) geforderten Mindestquote von 20 % 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 10 % erfolgte durch den Beklagten im angegriffenen Bescheid vom 13. Oktober 1995 ermessens- und begrÃ¼ndungsfehlerfrei. Der Beklagte hat zwar mit einer belassenen RestÃ¼berschreitung von + 37,7 % gegenÃ¼ber der Vergleichsgruppe die KÃ¼rzung bis in die Ãbergangszone hinein erstreckt. Er war sich dessen aber durchaus bewusst und hat die KÃ¼rzung bis in die Ãbergangszone damit begrÃ¼ndet, dass eine permanente Unwirtschaftlichkeit Ã¼ber viele Quartale hinweg bestehe. Nach Auffassung des Senats genÃ¼gt der Beklagte mit dieser Ãberlegung seiner BegrÃ¼ndungspflicht. Der KlÃ¤ger musste bereits in den Quartalen 2/91 bis 1/94 KÃ¼rzungen in der Leistungsgruppe 03 (Eingehende

Untersuchungen) hinnehmen. Die KÃ¼rzung bis in die Ãbergangszone hinein ist im Ãbrigen auch wegen der dargestellten hohen HomogenitÃ¤t in der Leistungsgruppe 03 unbedenklich.

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 + 89,98 % 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 aus den vom KlÃ¤ger namentlich angefÃ¼hrten BehandlungsfÃ¤llen mit Diagnosen (wobei es sich um eine seit Quartalen fast identische Liste von Patienten mit Dauerdiagnosen handle) kein fÃ¼r eine internistische Praxis auÃergewÃ¶hnliches Patientengut bzw. eine besondere HÃ¤ufung sog. "schwerer FÃ¤lle" oder ein spezielles kardiologisches Patientengut erkennbar sei. Zu Recht weist der Beklagte auch darauf hin, dass die erbrachten Leistungen oftmals durch die auf den Behandlungsunterlagen eingetragenen Diagnosen nicht zu begrÃ¼nden sind.

Soweit sich der KlÃ¤ger in seiner Stellungnahme vom 29. Dezember 1994 auf ein besonders groÃes Leistungsspektrum und eine umfangreiche apparative Ausstattung mit Herz-Kreislaufdiagnostik, Pulmologie, SchilddrÃ¼sendiagnostik, Gastroenterologie, Onkologie und Nephrologie beruft, 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 % bis unter 40 % 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 dem Vorbringen des KlÃ¤gers im Verwaltungsverfahren sowie aus den statistischen Unterlagen keine hinreichenden Anhaltspunkte. Aus der HÃ¤ufigkeitsstatistik ergibt sich zwar, dass von den in der Leistungsgruppe 08 insgesamt angeforderten 405.770,0 Punkten mehr als 1/4 (109.080,0 Punkte) auf die Nr.617 EBM (eindimensionale doppler-echokardiographische Untersuchung) entfÃ¤llt, die nur von 17,65 % in der Vergleichsgruppe abgerechnet wird. Auch die Nrn.686 EBM (sonographische Untersuchung der extrakraniellen und/oder intrakraniellen HirngefÃ¤Ãe mittels Duplex-Verfahren) mit 51.600,0 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 34.650,0 Punkten werden nur von jeweils 23,53 % in der Vergleichsgruppe abgerechnet. Damit beruht die

Leistungsanforderung des KlÃ¤gers in der Leistungsgruppe 08 fast zur HÃ¤lfte 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 43.560,0 Punkten und einer AbrechnungshÃ¤ufigkeit in der Vergleichsgruppe in HÃ¶he von 97,06 % und Leistungsziffer Nr.603 EBM mit 33.250,0 Punkten und einer AbrechnungshÃ¤ufigkeit von 100 %). 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: + 330,70 %; Nr.686 EBM: + 383,88 %; Nr.687 EBM: + 350,23 %) 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 KlÃ¤ger BeispielsfÃ¤lle genannt hat, hat der Beklagte die Behandlungsscheine durchgesehen und 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. Er hat in der Stellungnahme vom 29. Dezember 1994 lediglich darauf verwiesen, dass durch den Mehraufwand bei den Sonographien weniger RÃ¶ntgenaufnahmen anfielen. Der Hinweis auf Einsparungen bei den ArbeitsunfÃ¤higkeitsfÃ¤llen und ArbeitsunfÃ¤higkeitstagen entspricht nicht den Tatsachen, da hier der KlÃ¤ger Ã¼ber der Vergleichsgruppe liegt (ArbeitsunfÃ¤higkeitsfÃ¤lle: Arzt 22,0 auf 100 gegenÃ¼ber 16,1 auf 100 in der Vergleichsgruppe; ArbeitsunfÃ¤higkeitstage: Arzt 17,3 gegenÃ¼ber 13,0 in der Vergleichsgruppe). Zu den unterdurchschnittlichen Werten beim Sprechstundenbedarf (- 22,7 %) und bei den verordneten physikalisch-medizinischen Leistungen (- 27,6 %) hat sich der KlÃ¤ger Ã¼berhaupt nicht geÃ¤uÃert. Der KlÃ¤ger 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 20 % ist nicht zu beanstanden. Insbesondere wurde dem KlÃ¤ger auch nach KÃ¼rzung noch ein Ãberschreitungswert belassen, der sich weiterhin im Bereich des offensichtlichen MissverhÃ¤ltnisses bewegt (+ 52 %). 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 3. Quartal 1994 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