S 42 KA 494/96

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 494/96
Datum	23.06.1998

2. Instanz

Aktenzeichen	L 12 KA 172/98
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 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 vom Beklagten gegen den KlÃ¤ger wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise festgesetzten KÃ¼rzungen seines fÃ¼r das 4. Quartal 1994 angeforderten Honorars bei den Sonderleistungen um 40 %. Der KÃ¼rzungsbetrag belÃ¤uft sich nach den Angaben der Beigeladenen zu 1) auf DM 20.348,47.

Der KlÃ¤ger nahm im streitigen Zeitraum als Internist in B â¦ an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung teil. Laut GesamtÃ¼bersicht behandelte er im 4. Quartal 1994 370 Patienten, die bei den gesetzlichen Krankenkassen versichert waren. Mit dieser Fallzahl lag er um 56,6 % unter der Fallzahl der Vergleichsgruppe 19/2 (Internisten mit einem Ãberweisungsanteil von Ã¼ber 10 % bis zu 40 %) von 853 FÃ¤llen. Sein Rentneranteil von 62,7% Ã¼berstieg den Rentneranteil der

Arztgruppe von 43,1 % um 45,5 %. FÃ¼r die Sonderleistungen (Leistungsgruppe 08) rechnete der KlÃ¤ger ein Honorar von 564.395 Punkten ab. Mit einem Fallwert von 1.525,4 Punkten lag er um 155,3 % Ã¼ber dem gewichteten Fallwert der Vergleichsgruppe von 597,4 Punkten. In den Ã¼brigen Leistungsgruppen waren folgende Ãber- und Unterschreitungen des Arztgruppendurchschnitts festzustellen: â Beratungen/Visiten + 30,4 % â Besuche â 38,3 % â eingehende Untersuchungen + 43,0 % â allgemeine Leistungen â 44,3 % â Basis/allgemeine Laboruntersuchungen â 29,6 % Insgesamt machte der KlÃ¤ger fÃ¼r sÃ¤mtliche kurativen Leistungen einen Leistungsbedarf von 842.530 Punkten geltend, was einem Fallwert von 2.277,1 Punkten entsprach. Damit lag er um 63,4 % Ã¼ber dem gewichteten ARztgruppendurchschnitt von 1.393,6 Punkten.

Die Verordnungsstatistik fÃ¼r das 4. Quartal 1994 wies folgende Werte auf:

â Arzneikosten ohne Sprechstundenbedarf Arzt DM 158,84 Arztgruppe DM 160,71 Ãberschreitung gewichtet â 1,2 % â Sprechstundenbedarf Arzt DM 1,70 Arztgruppe DM 4,74 Unterschreitung: â 64,1 % â verordnete phsysikalisch-medizinische Leistungen Arzt DM 4,88 Arztgruppe DM 12,09 Unterschreitung: â 59,6 % â Krankenhauseinweisungen (HÃ¤ufigkeit auf 100 BehandlungsfÃ¤lle) Arzt 4,1 Arztgruppe 2,6 â abgeschlossene AU-FÃ¤lle Arzt 13,5 Arztgruppe 19,5 â ArbeitsunfÃ¤higkeitstage Arzt 30,6 Arztgruppe 11,4.

Mit Schriftsatz vom 21. Februar 1995 nahmen die damaligen BevollmÃ¤chtigten des KlÃ¤gers zu den Praxisbesonderheiten ihres Mandanten Stellung. Sie trugen vor, dass dieser Ã¼ber ein besonders groÃes Leistungsspektrum mit Herz-Kreislaufdiagnostik, Pulmologie, SchilddrÃ¼sendiagnostik, Gastroenterologie, Onkologie und Nephrologie verfÃ¼ge. Zudem weise die Praxis eine kleine Fallzahl auf. Die Sonderleistungen (Sonographie) wÃ¼rden durch weniger RÃ¶ntgen ausgeglichen. Des Weiteren sei die Praxisbesonderheit Kardiologie zu berÃ¼cksichtigen, die in den vergangenen Quartalsabrechnungen als Praxisbesonderheit anerkannt worden sei. AuÃerdem sei die Sonographie und die Proktologie als Praxisbesonderheit anerkannt worden. ErgÃ¤nzend legten sie eine Liste von 36 BeispielsfÃ¤llen vor.

Auf Antrag der Beigeladenen setzte der PrÃ¼fungsausschuss Ãrzte Oberfranken mit Bescheid vom 20. April 1995 eine KÃ¼rzung des angeforderten Honorars fÃ¼r Sonderleistungen um 40 % fest.

Zur BegrÃ¼ndung des hiergegen eingelegten Widerspruchs trugen die damaligen BevollmÃ¤chtigten zunÃ¤chst mit Schriftsatz vom 18. Juli 1995 nochmals vor, dass ihr Mandant Ã¼ber ein besonders groÃes Leistungsspektrum verfÃ¼ge. Die Praxis entspreche vom Patientengut her der Gruppe 3 der Internisten. Aufgrund des Ãberweisungsverhaltens der niedergelassenen Kollegen erhielt ihr Mandant wenig Ãberweisungen. 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 er und die neuen BevollmÃ¤chtigten eine Verlegung des Termins, da der KlÃ¤ger wegen beruflicher VerÃ¤nderungen, verbunden mit einem Wohnortswechsel, diesen Termin nicht wahrnehmen kÃ¶nne. Mit Schriftsatz vom

16. Januar 1996 legten die neuen BevollmÃ¤chtigten eine weitere WiderspruchsbegrÃ¼ndung vor. Darin trugen sie, was das Quartal 4/94 anbelangt, keine neuen Gesichtspunkte vor. Die AusfÃ¼hrungen zu den Praxisbesonderheiten "Rentneranteil" und "Kardiologie/Angiologie" wie "schwere FÃ¤lle" betreffen das Quartal 1/95.

Mit Bescheid vom 11. MÃ¤rz 1996 lehnte der Beklagte die AntrÃ¤ge des Arztes und des bevollmÃ¤chtigten Rechtsanwalts auf Absetzung des Verfahrens ab und wies den Widerspruch zurÃ¼ck. Es lÃ¤gen keine GrÃ¼nde fÃ¼r eine Terminsverschiebung vor. Ãber die berufliche VerÃ¤nderung werde vom Zulassungsausschuss erst am 31. Januar 1996 entschieden. Zudem sei seine bevollmÃ¤chtigte RechtsanwÃ¤ltin zum Verhandlungstermin erschienen. Der Beklagte fÃ¼hrte eine eingehende WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung nach Durchschnittswerten mit der Fachgruppe der Internisten der 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 der PrÃ¼fung hÃ¤tte sich in der Leistungsgruppe der Sonderleistungen eine Abweichung des Vergleichsgruppendurchschnitts um + 155,33 % gezeigt. 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 (+ 45,5 %) sei durch die Gewichtung der Vergleichswerte bereits Rechnung getragen worden. Der gewichtete Arztgruppenwert berÃ¼cksichtige unterschiedliche 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 Gesamtfallzahl dividiert. Auch die unterdurchschnittliche Fallzahl sei 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 worden bzw. aus den Abrechnungsunterlagen ersichtlich. Aus den vom WiderspruchsfÃ¼hrer im Schriftsatz vom 21. Februar 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 sicher 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 das Leistungsspektrum als solches noch keine Mehrkosten verursachende Besonderheit dar. KompensationsfÃ¤hige Einsparungen seien ebenfalls nicht erkennbar. Es lÃ¤gen zwar Einsparungen bei der Verordnung von Sprechstundenbedarf und der Verordnung physikalisch-medizinischer Leistungen vor. Ein ursÃ¤chlicher

Zusammenhang mit dem Mehraufwand bei den Sonderleistungen sei jedoch nicht erkennbar. Der Arzt habe auch einen entsprechenden Kausalzusammenhang nicht hinreichend dargelegt. Der Beklagte errechnete sodann eine mÃ¶gliche KÃ¼rzung von 53 %. Diese KÃ¼rzung wÃ¤re erforderlich gewesen. Aufgrund des VerbÃ¶serungsverbots kÃ¶nne der Beschwerdeausschuss diese jedoch nicht festsetzen. Der Beklagte ging davon aus, dass nach KÃ¼rzung bei den Sonderleistungen eine Ãberschreitung des Vergleichsgruppendurchschnitts um + 53,20 % belassen wird.

Gegen den am 12. MÃ¤rz 1996 zugestellten Bescheid lieÃ der KlÃ¤ger durch seine damaligen BevollmÃ¤chtigten am 12. April 1996 Klage zum Sozialgericht MÃ¼nchen erheben (Az.: S 42 Ka 494/96). Die 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 er persÃ¶nlich erschien, beantragte er, den Bescheid des Beklagten vom 11. MÃ¤rz 1996 aufzuheben und diesen zur Neuentscheidung Ã¼ber seinen Widerspruch zu verpflichten. Die Beigeladenen zu 1) und 5) beantragten u.a., die Klage, das 4. Quartal 1994 betreffend, abzuweisen. In ihrer Klageerwiderung vom 16. Juli 1996 nahm die Beigeladene zu 1) insoweit auf die GrÃ¼nde des Widerspruchsbescheids Bezug. Sie nannte einen Streitwert von DM 20.348,47.

Mit Urteil vom 23. Juni 1998 wies das Sozialgericht u.a. die Klage, das 4. Quartal 1994 betreffend, ab. Die EntscheidungsgrÃ¼nde decken sich im Wesentlichen mit denen der Vorquartale.

Gegen das mit Einschreiben am 12. November 1998 zur Post gegebene Urteil hat der KlÃ¤ger mit einem am 8. Dezember 1998 beim Sozialgericht MÃ¼nchen eingegangenen Schriftsatz Berufung eingelegt, die trotz mehrmaliger Erinnerung nicht begrÃ¼ndet worden ist.

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

Den Verlegungsgesuchen 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 bezÃ¼glich der Klage mit dem Aktenzeichen S 42 Ka 494/96 und den Beklagten zu verpflichten, Ã¼ber seinen Widerspruch gegen den Bescheid des PrÃ¼fungsausschusses Ãrzte

Oberfranken vom 20. April 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 (WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung der Honorarabrechnung 4/94 GKV), die Klageakte (Az.: S 42 Ka 494/96) sowie die Berufungsakte (Az.: L 12 KA 172/98) vor, die zum Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren sonstigen Inhalt ergÃ¤nzend Bezug genommen wird.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Der Senat konnte trotz des 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 im Falle seines Ausbleibens verhandelt und entschieden werden 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 Terminskollission 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 ist unbegrÃ¼ndet.

Das Sozialgericht hat die Klage vom 12. April 1996 (Az.: S 42 Ka 494/96) gegen den Bescheid des Beklagten vom 11. MÃ¤rz 1996, betreffend die Behandlungsweise des KlÃ¤gers im Quartal 4/94 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 11. MÃ¤rz 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 08 (Sonderleistungen) zu Recht davon ausgegangen, dass der KlÃ¤ger sich mit einem gewichteten Ãberschreitungswert von + 155,33 % 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. Er hat nach Durchsicht der vom KlÃ¤ger im Schriftsatz vom 21. Februar 1995 namentlich aufgefÃ¼hrten BehandlungsfÃ¤lle mit Diagnosen fÃ¼r das Quartal 4/94, die fast identisch sind 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 45,5 % 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 4/94 in seiner Praxis war und welcher Mehraufwand ggfs. dadurch hervorgerufen wurde.

Auch der Hinweis auf die niedrige Fallzahl (370 Patienten, 56,6 % unter der Fallzahl der Vergleichsgruppe) 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 verneint. Das VerhÃ¤ltnis der Fallzahl des KlÃ¤gers zur Durchschnittsfallzahl der Vergleichsgruppe liegt mit 43,4 % (370: 853 FÃ¤lle) jedenfalls deutlich Ã¼ber der von der hÃ¶chstrichterlichen Rechtsprechung (BSG, a.a.O., S.244/245) geforderten Mindestquote von 20 %.

Soweit sich seine damaligen BevollmÃ¤chtigten in ihren Stellungnahmen vom 21. Februar 1995 und 18. Juli 1995 auf ein besonders groÃes Leistungsspektrum und eine umfangreiche apparative Ausstattung mit Herz-Kreislaufdiagnostik, Pulmologie, SchilddrÃ¼sendiagnostik, Gastroenterologie, Onkologie und Nephrologie berufen, 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 564.395 Punkten mehr als 1/4 (151.200 Punkte) auf die Nr.617 EBM (eindimensionale doppler-echokardiographische Untersuchung) entfÃ¤llt, die nur von 20,59 % der Ãrzte der Vergleichsgruppe abgerechnet wird. Auch die Nrn.686 EBM (sonographische Untersuchung der extrakraniellen und/oder intrakraniellen HirngefÃ¤Ãe mittels Duplex-Verfahren) mit 78.000 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 50.850 Punkten werden nur von jeweils 26,47 % der Ãrzte 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 62.480 Punkten und einer AbrechnungshÃ¤ufigkeit in der Vergleichsgruppe in HÃ¶he von 97,06 % und Leistungsziffer Nr.603 EBM mit 34.500 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: + 512,13 %; Nr.686 EBM: + 552,97 %; Nr.687 EBM: + 648,52 %) kann 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 bzw. seine frÃ¼heren BevollmÃ¤chtigten aber gerade im Rahmen des Verwaltungsverfahrens nicht hinreichend substantiiert dargelegt, 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. Die frÃ¼heren BevollmÃ¤chtigten haben in ihren Stellungnahmen vom 21. Februar 1995, 18. Juli 1995 und 16. Januar 1996 lediglich darauf verwiesen, dass durch den Mehraufwand bei den Sonographien weniger RÃ¶ntgenaufnahmen anfielen. Zu den unterdurchschnittlichen Werten bei den Arzneikosten (- 1,2 %), beim Sprechstundenbedarf (- 64,1 %) und bei den verordneten physikalisch-medizinischen Leistungen (- 59,6 %) hat sich der KlÃ¤ger Ã¼berhaupt nicht geÃ¤uÃ□ert. 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 40 % ist nicht zu beanstanden. Insbesondere wurde dem KlÃ¤ger auch nach KÃ¼rzung noch ein Ã□berschreitungswert belassen, der sich weiterhin im Bereich des offensichtlichen MissverhÃ¤ltnisses bewegt (+ 53,2 %). 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).

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