
S 38 KA 1065/03

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

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

1. Instanz

Aktenzeichen	S 38 KA 1065/03
Datum	04.02.2004

2. Instanz

Aktenzeichen	L 12 KA 283/04
Datum	15.12.2004

3. Instanz

Datum	-
-------	---

I. Auf die Berufung der KlÄger werden das Urteil des Sozialgerichts MÄnchen vom 4. Februar 2004 hinsichtlich der Klageabweisung bezÄglich der KÄrzung bei der Ziffer 18 EBM-Ä und der Bescheid des Beklagten vom 26. Juni 2003 hinsichtlich der KÄrzung bei der Ziffer 18 EBM-Ä aufgehoben, und der Beklagte wird verpflichtet, Äber den Widerspruch der KlÄger vom 4. Oktober 2002 gegen den Bescheid des PrÄfungsausschusses Ärzte MÄnchen Stadt und Land vom 1. Oktober 2002 insoweit erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden. II. Der Beklagte hat den KlÄgern die auÄergerichtlichen Kosten beider RechtszÄge zu erstatten und die Gerichtskosten beider Instanzen zu tragen. III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten Äber die RechtmÄÄigkeit der im Quartal 1/02 verÄgten KÄrzung der Ziffer 18 BMÄ/E-GO um 30 % wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise.

Die KlÄger nahmen im streitigen Quartal als OrthopÄden in M. an der vertragsÄrztlichen Versorgung teil. Sie behandelten im Quartal 1/02 insgesamt 773

gesetzlich versicherte Patienten. Die durchschnittliche Fallzahl je KIÄrger lag mit 387 Patienten um 66,0 % unter der durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe mit 1.137 Patienten. Die KIÄrger behandelten insgesamt 223 Rentner, der durchschnittliche Rentneranteil pro Arzt (112 Rentner) lag um 64,8 % unter dem durchschnittlichen Rentneranteil der Vergleichsgruppe mit 318 Rentnern.

Bei den einzelnen Leistungsgruppen und den kurativen Leistungen insgesamt ergeben sich aus der Gesamtübersicht folgende Über- bzw. Unterschreitungen:

â Grundleistungen (Leistungsgruppe 01): + 53,7 %

â Besuche/Visiten (Leistungsgruppe 02): â 66,4 %

â Beratungs- und Betreuungsgrundleistungen (Leistungsgruppe 03): + 342,9 %

â allgemeine Leistungen (Leistungsgruppe 04): â 39,5 %

â Sonderleistungen (Leistungsgruppe 08): + 2,3 %

â physikalisch-medizinische Leistungen (Leistungsgruppe 09): + 248,3 %

â radiologische Leistungen (Leistungsgruppe 12): + 38,7 %

â kurative Leistungen einschl. sonstiger Hilfen: + 57,3 %.

Die hier noch streitige Ziffer 18 BMÄ/E-GO wurde von 58,82 % der Ärzte in der Vergleichsgruppe ebenfalls angesetzt. Die KIÄrger rechneten diese Leistung in 65 Fällen 66-mal ab. Der Häufigkeitsansatz von 8,53 auf 100 Behandlungsfälle übersteigt den Häufigkeitsansatz der Arztgruppe von 2,03 um 320,19 %.

Die Beigeladenen zu 1) bis 6) haben für das Quartal 1/02 Antrag auf Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise der KIÄrger in den Leistungsgruppen 03 und 09 gestellt.

Die KIÄrger haben hierzu mit Schriftsatz vom 31. Juli 2002 Stellung genommen. Bei einem Vergleich müsse genau definiert werden, mit welcher Gruppe man verglichen werde. Die Vergleichsgruppe müsse folgende Merkmale der Praxis aufweisen: Orthopädie, physikalische und rehabilitative Medizin, Rheumatologie, Sportmedizin, Chirotherapie, belegärztlich operative Tätigkeit sowie die in früheren Widerspruchsverfahren anerkannten Praxisbesonderheiten der Konzentration auf Osteoporose-Patienten und Patienten mit diskogenem, vertebralem Schmerzsyndrom. Unabhängig von der Vergleichsproblematik entstehe der erhöhte Beratungsbedarf besonders in der Notwendigkeit der Besprechung operativer Maßnahmen und bei Bandscheibenerkrankungen und Wirbelsäulenleiden in der Erläuterung der Querschnittsproblematik.

Der Prüfungsausschuss Ärzte München Stadt und Land hat mit Bescheid vom 1. Oktober 2002 die Honoraranforderung der KIÄrger für die Beratungs- und

Betreuungsgrundleistungen um 40 % (103.200 Punkte) und für die physikalisch-medizinischen Leistungen um 20 % (= 56.575 Punkte) gekürzt.

Hiergegen haben die Kläger mit Schreiben vom 4. Oktober 2002 Widerspruch eingelegt, der in der Folge nicht näher begründet wurde.

In der Sitzung des Beklagten vom 2. April 2003 war der Kläger zu 1) persönlich anwesend.

Der Beklagte hat mit Beschluss vom 2. April 2003/Bescheid vom 26. Juni 2003 die Entscheidung des Prüfungsausschusses insoweit abgeändert, als die Kürzung der Leistungsgruppe 03 von 40 % in eine Kürzung der Ziffern 17 und 18 BMV/E-GO in Höhe von 30 % umgewandelt wurde. Die Kürzung der Leistungsgruppe 09 wurde ganz aufgehoben. Der Beklagte habe in seiner Sitzung eine eingehende Wirtschaftlichkeitsprüfung durchgeführt. Es sei die Methode des statistischen Fallkostenvergleiches mit der Fachgruppe der Orthopäden unter Zugrundelegung des arithmetischen Mittelwertes als sachgerechte und praktikable Prüfmethode gewählt worden. Aufgrund der Besonderheit des Patientenlientels habe der Beklagte hinsichtlich der Leistungsgruppen 03 und 09 einen verfeinerten Fallkostenvergleich nur mit denjenigen Orthopäden durchgeführt, die ebenso wie die Kläger rheumatologisch tätig seien. Diese engere Vergleichsgruppe umfasse insgesamt 23 Praxen. Hierbei würden die Kläger in der Leistungsgruppe 03 den verfeinerten Fachgruppendurchschnitt um 160,6 % und in der Leistungsgruppe 09 um + 316,7 % überschreiten. Der statistische Fallkostenvergleich zeige für das streitgegenständliche Quartal, dass die Mehraufwendungen bei den Beratungs- und Betreuungsgrundleistungen und den physikalisch-medizinischen Leistungen zum größten Teil auf die spezifische Praxisausrichtung zurückgeführt werden könnten. Der Beklagte komme zu dem Ergebnis, dass die Mehraufwendungen bei den physikalisch-medizinischen Leistungen nicht zu beanstanden seien. Ein Mehrbedarf an Beratungs- und Betreuungsgrundleistungen würde sich aufgrund der Zulassung der Kläger als Chirurg, Orthopäde und Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin ergeben. Der erhöhte Ansatz der Ziff.17 BMV/E-GO (+ 158,67 % gegenüber der Fachgruppe) und der Ziff.18 BMV/E-GO (+ 319,50 % gegenüber der Fachgruppe) sei für den Beklagten aber auch anhand der aufgeführten Diagnosen nicht nachvollziehbar. Sogar im verfeinerten Fallkostenvergleich lägen die Kläger bei der Ziff.17 mit 80,69 % (gegenüber der Fachgruppe) und der Ziff.18 mit 166,54 % (gegenüber der Fachgruppe) über dem Durchschnitt. Ebenso sei für den Beklagten der sprunghafte Anstieg der Leistungsgruppe 03 im Vergleich zu den Vorquartalen nicht nachvollziehbar (Quartal 3/01: + 105,8 %; Quartal 4/01: + 142,4 % und Quartal 1/02: + 243,8 %). Da die Kläger große Eingriffe an der Wirbelsäule vornehmen würden, sei dies vom Beklagten als Praxisbesonderheit anerkannt worden und sei auch anhand der Diagnosen nachvollziehbar. Der Ansatz der Ziff.17 bzw. der Ziff.18 BMV/E-GO für eine Operationsaufklärung könne dagegen für den Ausschuss nur als Falschinterpretation gedeutet werden. Unter Berücksichtigung der weitestgehend zu verzeichnenden Gesamtwirtschaftlichkeit der Praxisführung halte der Beklagte eine Honorarkürzung der Ziff.17 und 18 in Höhe von 30 % unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten für ausreichend und

setze diese entsprechend fest.

Hiergegen richtet sich die Klage der KlÄger zum Sozialgericht MÄnchen vom 28. Juli 2003. Der Beklagte habe dem Widerspruch der KlÄger bzgl. der Leistungsgruppe 09 vollstÄndig stattgegeben und darÄber hinaus sogar ausdrÄcklich eine "weitestgehend zu verzeichnende Gesamtwirtschaftlichkeit" bescheinigt. Die verbleibende KÄrzung bei den Ziffern 17 und 18 BMÄ/E-GO sei rechtswidrig. ZunÄchst sei festzustellen, dass der Beklagte auch im Rahmen des von ihm vorgenommenen verfeinerten Fallkostenvergleichs eine Vergleichsgruppe gebildet habe, die zu weit sei und den Besonderheiten der klÄgerischen Praxis nicht gerecht werde. Dem werde der vom Beklagten vorgenommene Vergleich mit lediglich rheumatologisch tÄtigen OrthopÄden nicht gerecht. Dieser Umstand sei zumindest als Praxisbesonderheit zu wÄrdigen. Einer WÄrdigung als Praxisbesonderheit habe offensichtlich auch ein verfehltes VerstÄndnis der Leistungslegende der Ziff. 17 und 18 BMÄ/E-GO entgegengestanden. Ausweislich des Widerspruchsbescheides halte es der Beklagte fÄr eine "Falschinterpretation" der Leistungslegende, eine OperationsaufklÄrung unter die Ziff. Nr.17 BMÄ/E-GO und entsprechend dann auch bei lÄngerer Dauer unter Ziff.18 BMÄ/E-GO zu subsumieren. Dazu sei zunÄchst darauf hinzuweisen, dass die Annahme des Beklagten, es handle sich um eine "Falschinterpretation", nicht in seine ZustÄndigkeit falle, sondern den Aspekt der sachlich-rechnerischen Richtigkeit des GebÄhrenansatzes betreffe. Im Äbrigen sei diese Annahme auch in der Sache unzutreffend. Aus dem KÄrner Kommentar zum EBM (GebÄhrennummer 17, Anm.1 letzter Absatz, Seite 181) ergebe sich, dass die Ziff.17 BMÄ/E-GO durchaus auch im Falle von OperationsaufklÄrungen Anwendung finden kÄnnen, wenn nur der Leistungsinhalt vollstÄndig erfÄllt werde. Nachdem der Beklagte die von den KlÄgern vorgenommenen groÄen Eingriffe an der WirbelsÄule ausdrÄcklich als Praxisbesonderheit anerkannt habe (Seite 4 des Widerspruchsbescheides), folge aus der vorstehend nachgewiesenen Korrektheit der Interpretation der Leistungslegende durch die KlÄger, dass die Ziff.17 und 18 BMÄ/E-GO nicht als unwirtschaftliche Leistungen betrachtet werden kÄnnten, sondern vielmehr notwendige, von Rechts wegen unverzichtbare Leistungen seien.

Mit weiterem Schriftsatz vom 12. August 2003 hat der ProzessbevollmÄchtigte seinen Sachvortrag dahingehend prÄzisiert, dass es in ganz Bayern nur neun orthopÄdische Praxen gebe, die gleichzeitig mit der Facharztbezeichnung fÄr physikalische und rehabilitative Medizin betrieben wÄrden.

Das Sozialgericht MÄnchen hat mit Urteil vom 4. Februar 2004 den Bescheid des Beklagten vom 26. Juni 2003 hinsichtlich der KÄrzung bei der Ziff. 17 BMÄ/E-GO aufgehoben und den Beklagten verpflichtet, insoweit Äber den Widerspruch der KlÄger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden. Im Äbrigen wurde die Klage abgewiesen. Ein Anspruch auf eine weitere Verfeinerung der Vergleichsgruppe sei nach Auffassung des Gerichts nicht geboten. Wie das Bundessozialgericht (Urteil vom 9. MÄrz 1994, Az.: 6 RKA 17/92) zum Ausdruck gebracht habe, kÄnne eine verfeinerte, auf Teilbereiche der Ärztlichen TÄtigkeit bezogene WirtschaftlichkeitsprÄfung in der Form von Sparten- und Einzelleistungsvergleichen mangels genÄgend ausgereifter statistischer Verfahren

nicht durchgeführt werden. Die Folge wäre, dass danach größere Unwirtschaftlichkeiten unerkannt bleiben müssten bzw. im Rahmen der angewandten Prüfmethodik nicht beanstandet werden könnten. Insofern könnten nach Auffassung des Gerichts die Kläger nicht verlangen, mit Orthopäden verglichen zu werden, die ebenfalls wie sie auch operativ tätig seien. Allerdings sei die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis bei Einzelleistungspositionen, wie hier die Ziffern 17 und 18 BmV/E-GO, grundsätzlich höher anzusetzen als bei der Prüfung von Leistungssparten oder bei der Prüfung der Gesamtkosten eines Arztes. Eine exakte Bestimmung dieser Grenze durch die Sozialgerichte sei nicht erfolgt. Die höchstgerichtliche Rechtsprechung habe eine Grenzziehung zum offensichtlichen Missverhältnis bei einer Einzelleistungsprüfung bei einer Überschreitung des Fachgruppenschnittes um 50 bzw. 100 % für rechtmäßig erachtet (vgl. BSG, Urteil vom 9. März 1994, Az.: [6 RKA 17/92](#)). Die Ziff. 17 BmV/E-GO sei vom Beklagten bei einer Ausgangsüberschreitung nach dem verfeinerten Vergleich von 80,69 % um 30 % gekürzt worden. Dies bedeute, dass der Beklagte offenbar die Grenze des offensichtlichen Missverhältnisses bereits bei knapp 60 % annehme. Bei dieser Sachlage und in Kenntnis der Rechtsprechung der Sozialgerichte hätte der Beklagte darstellen müssen, warum er von einer derart niedrigen Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis bei der Prüfung der Einzelleistungsposition 17 BmV/E-GO ausgehe. In diesem Zusammenhang wäre auch zu erörtern gewesen, ob und in welchem Umfang sich eventuell die anerkannte Praxisbesonderheit "Vornahme von großen Eingriffen an der Wirbelsäule" auf die Erbringung der Ziff. 17 BmV/E-GO auswirke. Anders stelle sich die Sach- und Rechtslage bei der Ziff. 18 BmV/E-GO dar, die ebenfalls um 30 % gekürzt worden sei. Die Ziff. 18 BmV/E-GO sei von den Klägern bei Heranziehung des verfeinerten Vergleichs um 166,54 % gegenüber der Vergleichsgruppe überschritten worden. Es handle sich um eine erhebliche Überschreitung, die auch bei einer Prüfung von Einzelleistungen die Vermutung der Unwirtschaftlichkeit in sich trage. Auch nach der Kürzung um 30 % verbleibe den Klägern eine Restüberschreitung im dreistelligen Bereich. Nach Auffassung des Gerichts sei in diesem Fall die etwaige Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten oder Einsparungen auch nicht geboten gewesen. Denn die Klägersseite habe im Widerspruchsverfahren ihren Widerspruch trotz entsprechender Ankündigung nicht begründet. Die Kläger hätten deshalb ihrer Mitwirkungspflicht nicht Genüge getan. Es entspreche ständiger Rechtsprechung, dass ein Vertragsarzt seiner Mitwirkungspflicht grundsätzlich im Verwaltungsverfahren nachzukommen habe.

Hiergegen richtet sich Berufung der Kläger vom 21. April 2004 zum Bayerischen Landessozialgericht. Die vom Sozialgericht vorgenommene Differenzierung zwischen den Ziffern 17 und 18 BmV/E-GO sei nicht nachvollziehbar. Die Ziff. 18 BmV/E-GO sei ein Sondertatbestand für jene Fälle, in denen das Gespräch, welches auch ein Aufklärungsgespräch sein könne, schlicht länger gedauert habe. Insoweit könne nicht eine statistische Betrachtung vorgenommen werden, sondern müsse auf die in der Klagebegründung eingehend dargestellte und auch vom Beklagten im Widerspruchsbescheid vom 26. Juni 2003 ausdrücklich anerkannte Praxisbesonderheit der Durchführung großer Eingriffe an der

Wirbelsäule berücksichtigt werden. Weshalb das Sozialgericht ungeachtet der ausdrücklichen Anerkennung dieser Praxisbesonderheit durch den Beklagten die rechtlichen Ausführungen in der Klagebegründung völlig unbeachtet gelassen habe, erschließen sich nicht.

Die Kläger stellen den Antrag, das Urteil des Sozialgerichts München vom 4. Februar 2004 und den Bescheid des Beklagten vom 26. Juni 2003 aufzuheben, soweit dort eine Kürzung in Höhe von 30 % bei der Ziff.18 BmV/E-GO festgesetzt wurde, und den Beklagten zu verpflichten, über den Widerspruch der Kläger vom 4. Oktober 2002 erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

Der Prozessbevollmächtigte der Beklagten stellt den Antrag, die Berufung der Kläger zurückzuweisen.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakte des Beklagten, die Klageakte des Sozialgerichts München mit dem Az.: [S 38 KA 1065/03](#) sowie die Berufungsakte des Bayerischen Landessozialgerichts mit dem Az.: [L 12 KA 283/04](#) zur Entscheidung vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren weiteren Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die nach [Â§ 143](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte sowie gemäß [Â§ 151 Abs.1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Kläger ist zulässig und auch begründet.

Das Sozialgericht München hat mit dem angefochtenen Urteil vom 4. Februar 2004 die Klage der Kläger gegen die Kürzung der Leistungsanforderung bei der Ziff.18 BmV/E-GO in Höhe von 30 % nach dem Bescheid des Beklagten vom 26. Juni 2003 zu Unrecht bestätigt und deswegen die Klage insoweit abgewiesen.

Rechtsgrundlage für den Bescheid des Beklagten vom 26. Juni 2003, der allein Gegenstand des Klage- und auch des Berufungsverfahrens ist (vgl. BSG [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr. 22](#)), ist [Â§ 106 Abs.2 Satz 1 Nr.1 SGB V](#). Mit dieser seit dem 1. Januar 1989 geltenden Bestimmung hat der Gesetzgeber die in der Praxis seit langem angewandte, durch Richterrecht sanktionierte Methode des statistischen Kostenvergleiches als Anknüpfungspunkt für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Behandlungs- und Verordnungstätigkeit anerkannt und als Regelmethode übernommen (arztbezogene Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten). Es hat damit zugleich die zur Legitimation einer statistischen Vergleichsprüfung unerlässliche Annahme gebilligt, dass die Gesamtheit aller Ärzte im Durchschnitt gesehen, wirtschaftlich behandelt oder verordnet, jedenfalls das Maß des Notwendigen und Zweckmäßigen nicht unterschreitet und deshalb der durchschnittliche Behandlungs- und Verordnungsaufwand einer Arztgruppe grundsätzlich ein geeigneter Maßstab für die Wirtschaftlichkeitsprüfung eines Angehörigen dieser Arztgruppe ist. Eine Unwirtschaftlichkeit ist bei einer arztbezogenen

Prüfung nach Durchschnittswerten dann anzunehmen, wenn der Fallwert des geprüften Arztes so erheblich über dem Vergleichsgruppendurchschnitt liegt, dass sich die Mehrkosten nicht mehr durch Unterschiede in der Praxisstruktur und in Behandlungsnotwendigkeiten erklären lassen und deshalb zuverlässig auf eine unwirtschaftliche Behandlungs- oder Ordnungsweise als Ursache der erhöhten Aufwendungen geschlossen werden kann. Wann dieser mit dem Begriff des offensichtlichen Missverhältnisses gekennzeichnete Überschreitungsgrad erreicht ist, hängt von den Besonderheiten des jeweiligen Prüfungsgegenstandes und den Umständen des konkreten Falles ab und entzieht sich einer allgemein verbindlichen Festlegung. Im Hinblick darauf, dass die Festlegung des Grenzwertes für das offensichtliche Missverhältnis von der Beurteilung zahlreicher und in ihren wechselseitigen Auswirkungen nicht exakt quantifizierbarer Einzelfaktoren abhängt und auch bei der Berücksichtigung aller relevanten Umstände letztlich eine wertende Entscheidung fordert, bleibt den Prüfungsorganen insoweit ein Beurteilungsspielraum.

Der streitgegenständliche Bescheid des Beklagten genügt nicht den Anforderungen, die das Bundessozialgericht speziell an die Prüfung der Wirtschaftlichkeit einzelner Gebührenpositionen stellt (vgl. insbesondere BSG SozR 3-2500 Â§ 106 Nrn.6, 13, 15, 23, 26, 33, 36). Die statistische Betrachtung muss danach bereits auf der ersten Prüfungsstufe durch eine intellektuelle Prüfung und Entscheidung ergänzt werden, bei der die für die Frage der Wirtschaftlichkeit relevanten medizinisch-ärztlichen Gesichtspunkte, wie das Behandlungsverhalten und die unterschiedlichen Behandlungsweisen innerhalb der Arztgruppe und die bei dem geprüften Arzt vorhandenen Praxisbesonderheiten, in Rechnung zu stellen sind. Es dürfen dabei nur solche Einzelleistungen in die Prüfung miteinbezogen werden, die fachgruppentypisch sind und die die Prüfungsgremien wegen der Häufigkeit ihres Ansatzes vor dem Hintergrund der Patientenstruktur und der Praxisausrichtung des geprüften Arztes als auffällig bewerten. Bei einem Einzelleistungsvergleich kann deshalb der Beweis der Unwirtschaftlichkeit regelmäßig nicht allein mit der Feststellung und Angabe von Überschreitungsprozentsätzen geführt werden. Es bedarf vielmehr einer genaueren Untersuchung der Strukturen und des Behandlungsverhaltens innerhalb des speziellen engeren Leistungsbereichs sowie der Praxisumstände des geprüften Arztes, um die Eignung der Vergleichsgruppe und den Aussagewert der gefundenen Vergleichszahlen beurteilen zu können. Die dazu angestellten Erwägungen müssen, damit sie auf ihre sachliche Richtigkeit und auf ihre Plausibilität und Vertretbarkeit hin überprüft werden können, im Bescheid genannt werden oder jedenfalls für die Beteiligten und das Gericht erkennbar sein. Bei der isolierten Überprüfung der Wirtschaftlichkeit einzelner Leistungen muss stets auch der Gesamtfallwert mitreflektiert und im Bescheid dokumentiert werden.

Diesen Vorgaben wird der Bescheid des Beklagten vom 26. Juni 2003 nicht nur â wie schon vom SG beanstandet â hinsichtlich der Ziff.17 BME/E-GO, sondern nach Auffassung des Senats auch hinsichtlich der Ziff.18 BME/E-GO nicht gerecht.

Es ist allerdings zunächst nicht zu beanstanden, dass der Beklagte die Ziff.18

BMÄ/E-GO für eine fachgruppentypische Leistung angesehen hat. Eine solche fachgruppentypische Leistung liegt vor, wenn sie von einer hinreichend großen Zahl von Ärzten in der Vergleichsgruppe abgerechnet wird und in einer ausreichend großen Zahl von Fällen angesetzt wird (vgl. BSG SozR 3-2500 [ÄS 106 SGB V](#) Nr.23 Seite 130). Die erste Bedingung ist unzweifelhaft erfüllt, weil 58,82 % (Spezialvergleich sogar: 78,26 %) der Ärzte der Vergleichsgruppe die Ziff.18 BMÄ/E-GO ebenfalls abrechnen und das BSG (bei Injektionsleistungen) schon einen 50%igen Abrechnungsanteil hat genehmigen lassen (vgl. BSG SozR 3-2500 [ÄS 106 SGB V](#) Nr.23). Die auf den ersten Blick geringe Ansatzhäufigkeit in 2,03 (Spezialvergleich: 3,20) Fällen auf 100 Fälle in der Vergleichsgruppe führt nicht zu einer Beurteilung als fachgruppenuntypisch. Auch hier ist festzustellen, dass das BSG bei vergleichbar geringen Behandlungsfällen (Nr.60 BMÄ a.F. bei 6 % der Behandlungsfälle - BSG [SozR 3-2500 ÄS 106 Nr.15](#); Nr.387 BMÄ a.F. in 7,4 % der Behandlungsfälle- BSG [SozR 3-2500 ÄS 106 Nr.26](#)) von einer fachgruppentypischen Leistung ausgegangen ist.

Der Beklagte hat zwar bereits auf der ersten Stufe zur Feststellung des offensichtlichen Missverhältnisses ansatzweise eine sogenannte ergänzende intellektuelle Prüfung vorgenommen. Die Darlegungen des Beklagten lassen aber nicht hinreichend erkennen, wie der Beklagte das Leistungsverhalten der Kläger letztlich beurteilt. Zunächst sind einige Aussagen des Beklagten in sich widersprüchlich. Zum einen geht der Beklagte davon aus, dass der statistische Fallkostenvergleich zeige, dass die Mehraufwendungen bei den Beratungs- und Betreuungsgrundleistungen zum größten Teil auf die spezifische Praxisausrichtung der klagenden Praxis zurückzuführen seien. Ein Mehrbedarf an Beratungs- und Betreuungsgrundleistungen ergebe sich für den Ausschuss aufgrund der Zulassung als Chirurg, Orthopäde und Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin. Deswegen hält der Beklagte eine Kürzung bei der Leistungsgruppe 03 insgesamt für nicht vertretbar. Andererseits ist der Beklagte aber der Auffassung, dass innerhalb der Leistungsgruppe 03, die insgesamt nur aus 3 Ziffern bei den Klägern besteht (Ziff.16 EBM-Ä mit 62.100 abgerechneten Punkten, Ziff.17 EBM-Ä mit 176.100 abgerechneten Punkten und Ziff.18 EBM-Ä mit 19.800 abgerechneten Punkten) bei den Leistungen 17 und 18 BMÄ/E-GO eine Unwirtschaftlichkeit vorliegt. Schließlich führt der Beklagte noch aus, dass die Kläger große Eingriffe an der Wirbelsäule vornehmen, was als Praxisbesonderheit anerkannt werde und anhand der Diagnosen auch nachvollziehbar sei. Im Ergebnis werde unter Berücksichtigung der weitestgehend zu verzeichnenden Gesamtwirtschaftlichkeit der Praxisführung eine Honorarkürzung unter anderem bei der Ziff.18 BMÄ/E-GO in Höhe von 30 % unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten für ausreichend angesehen.

Aus all diesen Ausführungen des Beklagten ist für den Senat nicht erkennbar, dass die Prüfungsreihenfolge bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung durch den Beklagten ordnungsgemäß vollzogen worden ist. Eine ordnungsgemäße Wirtschaftlichkeitsprüfung setzt voraus, dass der Beklagte vor Feststellung des Vorliegens des offensichtlichen Missverhältnisses eine intellektuelle Prüfung insbesondere mit Zielrichtung des Vorliegens/ Nichtvorliegens von

Praxisbesonderheiten bzw. Einsparungen durchf¼hrt. Hier hat der Beklagte ausdr¼cklich die Tatsache der Durchf¼hrung gro¼er Eingriffe an der Wirbels¼ule durch die KI¼rger als Praxisbesonderheit anerkannt. Er hat es aber vers¼umt, diese Praxisbesonderheit zu quantifizieren und entsprechend die Anforderung der KI¼rger bei der Ziff.18 BM¼/E-GO zu bereinigen und hinsichtlich der Rest¼berschreitung eine Aussage dar¼ber zu treffen, ob vom Vorliegen eines offensichtlichen Missverh¼ltnisses auszugehen ist. Der Beklagte begn¼gt sich demgegen¼ber mit der Feststellung, dass bei der Ziff.18 BM¼/E-GO mit + 166.54 % gegen¼ber der Fachgruppe eine ¼berschreitung vorliegt. Schon ohne Ber¼cksichtigung einer Vorabvereinbarung der ¼berschreitung durch Anerkennung und Quantifizierung der Praxisbesonderheit "Durchf¼hrung gro¼er Eingriffe an der Wirbels¼ule" ergeben sich folgende Werte: Die 30 %ige K¼rzung bei der Ziff.18 BM¼/E-GO (66 Leistungen) f¼hrt zu einer Bereinigung um 20 Leistungen, so dass den KI¼rgern 46 Leistungen der Ziff.18 BM¼/E-GO belassen werden. Dies ergibt eine Ansatzh¼ufigkeit auf 100 F¼lle (46: 773) in H¼he von 5,95 F¼lle auf hundert Behandlungsf¼lle. Damit ¼berschreiten die KI¼rger die Ansatzh¼ufigkeit in der Spezialvergleichsgruppe in H¼he von 3,20 F¼lle auf 100 nur noch um + 53,78 %. Der Beklagte w¼re sp¼testens an dieser Stelle der Wirtschaftlichkeitspr¼fung gehalten gewesen, sich im Rahmen des ihm obliegenden Beurteilungsspielraumes Gedanken dar¼ber zu machen, wo vorliegend die Grenze zum offensichtlichen Missverh¼ltniss anzusetzen ist. Das BSG hat bislang keine generelle Stellungnahme dazu abgegeben, wo bei der K¼rzung einer einzelnen Leistungsziffer im allgemeinen die Grenzziehung zum offensichtlichen Missverh¼ltnis vorzunehmen ist. Es hat es aber mehrfach nicht f¼r beanstandenswert gehalten, wenn die Pr¼fungsinstanzen bei ¼berschreitungswerten von 100 % und mehr gegen¼ber der Vergleichsgruppe vom Vorliegen eines offensichtlichen Missverh¼ltnisses ausgegangen sind (vgl. BSG, SozR 2200 Â§ 368 e Nr.4, Seite 7/8, [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr.15](#), Seite 89 f., Nr.23 Seite 123, 130 und BSG, USK 94 143 Seite 774; in dieselbe Richtung geht die st¼ndige Rechtsprechung des Senats, vgl. zuletzt Urteil vom 15. M¼rz 2000, [L 12 KA 136/98](#)). Daraus l¼sst sich in der Regel ableiten, dass jedenfalls bei einer ¼berschreitung des Fachgruppendurchschnitts um 100 % bei der K¼rzung einer einzelnen Leistungsziffer ein offensichtliches Missverh¼ltnis vorliegt (in diesem Sinne auch Clemens in Schulin, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 1 Â§ 35 Rdnr.153). Damit ist es freilich nicht ausgeschlossen, im Einzelfall die Grenzziehung zum offensichtlichen Missverh¼ltnis auch unterhalb der 100 % Grenze festzusetzen â etwa weil es sich von vornherein um einen sehr homogenen Leistungsbereich handelt oder wie hier im Rahmen eines Spezialvergleiches etwaige Abweichungen bereits weitestgehend im Rahmen der Fallwertbereinigung ber¼cksichtigt worden sind (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 9. M¼rz 1994, 6 RKA 17/92).

Soweit die Grenze zum offensichtlichen Missverh¼ltnis bei der K¼rzung einer einzelnen Ziffer unterhalb der 100 %-Grenze festgesetzt werden soll, bedarf es hierzu aber einer eingehenden Begr¼ndung in gleicher Weise wie wenn eine K¼rzung bis in die ¼bergangszone hinein festgesetzt wird. Des Weiteren w¼re in dem Bescheid eine Bewertung der Gesamtwirtschaftlichkeit vorzunehmen gewesen, insbesondere w¼re vorliegend zu begr¼nden gewesen, wieso der

Beklagte bei Annahme einer weitestgehenden Gesamtwirtschaftlichkeit gleichwohl eine Kürzung bei der Ziff.18 BMA/E-GO für notwendig hält. Nachvollziehbare Ausführungen des Beklagten hierzu fehlen vollständig.

Vor diesem Hintergrund ist der Bescheid bereits wegen seiner Widersprüchlichkeit und der völligen Verkennung der wesentlichen Gesetzmäßigkeiten einer Wirtschaftlichkeitsprüfung auch bzgl. der Ziff.18 BMA/E-GO die Differenzierung des Sozialgerichts zwischen der Ziff.17 einerseits und der Ziff.18 BMA/E-GO überzeugt nicht aufzuheben und der Beklagte ist zu verpflichten, über den Widerspruch des Klägers auch hinsichtlich der Ziff.18 BMA/E-GO nochmals unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

Diese Ausführungen gelten unabhängig davon, dass der Senat auf der Grundlage der Angaben des Klägers zu 1) den Eindruck hatte, dass die Kläger die Tatbestandsvoraussetzungen des Ansatzes auch der Ziff.18 BMA/E-GO sehr großzügig ausgelegt haben. Soweit der Beklagte in dem streitgegenständlichen Bescheid davon spricht, dass auch hinsichtlich der Ziff.18 BMA/E-GO eine Falschinterpretation vorliege, steht dies einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht entgegen, weil eine scharfe Trennung zwischen Wirtschaftlichkeitsprüfung und sachlich-rechnerischen Richtigstellung in Fällen der vorliegenden Art weder praktisch durchführbar noch rechtlich geboten ist (vgl. BSG, SozR 3-2500 [Â§ 106 SGB V](#) Nr.23). Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 197a Abs.1 Satz 3 SGG](#) i.V.m. [Â§ 154 Abs.2 VwGO](#). Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Erstellt am: 12.04.2005

Zuletzt verändert am: 22.12.2024