
S 1 KA 264/99

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	6
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Vertragsärztliche Versorgung Prüfung der Wirtschaftlichkeit bei Einzelleistungen
Leitsätze	Zu den Voraussetzungen der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Einzelleistungen.
Normenkette	SGB V § 70 Abs 1 S 2 SGB V § 12 Abs 1 S 2 SGB V § 106 Abs 2 S 1 Nr 1 F: 1992-12-21 EBM-Ä Nr 18

1. Instanz

Aktenzeichen	S 1 KA 264/99
Datum	11.10.2000

2. Instanz

Aktenzeichen	L 5 KA 72/00
Datum	27.09.2001

3. Instanz

Datum	16.07.2003
-------	------------

Auf die Revision des Beklagten wird das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 27. September 2001 aufgehoben, soweit es die Käufungen der Nr 18 EBM-Ä anbelangt. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 11. Oktober 2000 wird insoweit zurückgewiesen. Der Kläger hat dem Beklagten dessen außergerichtliche Kosten für das Revisionsverfahren in vollem Umfang zu erstatten. Von den Kosten des Klage- und Berufungsverfahrens hat der Kläger dem Beklagten 4/5, der Beklagte dem Kläger 1/5 der jeweiligen außergerichtlichen Kosten zu erstatten. Im Übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

Gründe:

I

Die Beteiligten streiten um HonorarkÄrzungen aus Anlass von Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

Der KlÄger ist seit 1980 als praktischer Arzt (seit 1996 Arzt fÄr Allgemeinmedizin) zur kassen- bzw vertragsÄrztlichen Versorgung zugelassen. In den Quartalen I und II/1996 behandelte er 1.291 bzw 1.114 Leistungsberechtigte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), seine Fachgruppe durchschnittlich 1.199 bzw 1.122. Sein Gesamthonorar war in diesen Quartalen gegenÄber der Fachgruppe um 11 % bzw 4 % erhÄht.

Im Juli bzw September 1996 beantragten die zu 1. beigeladene KassenÄrztliche Vereinigung und die zu 2. bis 6. beigeladenen Krankenkassen bei dem PrÄfungsausschuss, die Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise des KlÄgers fÄr die Quartale I und II/1996 zu ÄberprÄfen, ua bei der damals mit 450 Punkten bewerteten Nr 18 des Einheitlichen BewertungsmaÄstabes fÄr vertragsÄrztliche Leistungen (EBM-Ä; "Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn 10, 11 und 17 bei einer GesprÄchsdauer von mehr als 30 Minuten"). Der Ausschuss stellte fest, dass der KlÄger diese Position insgesamt 170-mal (Quartal I/1996) bzw 114-mal (Quartal II/1996), dh in 13,17 % bzw 10,23 % seiner FÄlle, abgerechnet hatte (ausfÄhrende Ärzte der Fachgruppe: 24-mal (2 %) bzw 22,2-mal (1,98%)); daraus ergaben sich im Vergleich zum Durchschnitt der ausfÄhrenden Ärzte Äberschreitungen von +558 % bzw +416 %. Der PrÄfungsausschuss billigte dem KlÄger bei Nr 18 EBM-Ä eine Äberschreitung des Fachgruppendurchschnitts um 50 % zu und kÄrzte das darÄber hinausgehende Honorar. Insgesamt ergaben sich Ä die Nrn 11, 19, 21, 26, 42 und 801 EBM-Ä mit umfassende Ärzungen von 10.407,95 DM (Quartal I/1996) bzw 5.338,31 DM (Quartal II/1996); zugleich wurde fÄr das Quartal IV/1995 ein Arzneimittelregress festgesetzt (Bescheide vom 27. August 1998).

Die Ä nicht begrÄndeten Ä WidersprÄche des KlÄgers wies der beklagte Beschwerdeausschuss zurÄck. Die Abrechnungswerte bei Nr 18 EBM-Ä Äberschritten weit die Grenze zum offensichtlichen MissverhÄltnis. Die Notwendigkeit fÄr GesprÄchsleistungen von mehr als 30 Minuten sei nach den Erkrankungsbildern in den weitaus meisten FÄllen nicht erkennbar. UmstÄnde, die den Mehrbedarf gegenÄber den AnsÄtzen der Vergleichsgruppe erklÄren kÄnnten, seien Ä auch bei WÄrdigung des Gesamtfallwerts Ä nicht ersichtlich. Die zugebilligten +50 % Äberschreitung gegenÄber den durchschnittlichen AnsÄtzen der ausfÄhrenden Fachkollegen gewÄhrten dem KlÄger einen mehr als ausreichenden Spielraum fÄr seine individuelle Behandlungsweise (Bescheid vom 20. Mai 1999).

Das Sozialgericht (SG) hat die dagegen erhobene Klage insgesamt abgewiesen. Der KlÄger habe in den streitigen Quartalen bei Nr 18 EBM-Ä dem Anschein nach unwirtschaftlich behandelt; dies werde weder durch Praxisbesonderheiten noch durch kompensatorische Einsparungen widerlegt (Urteil vom 11. Oktober 2000).

Auf die Berufung des Klägers hat das Landessozialgericht (LSG) den Beklagten unter Aufhebung seines Bescheides und des erstinstanzlichen Urteils zur Neubescheidung, ua hinsichtlich der Nr 18 EBM-Ä, verurteilt; hinsichtlich der Nr 11 EBM-Ä und des Arzneimittelregresses hat das LSG die Klageabweisung bestätigt. Zwar habe der Beklagte den Kläger zu Recht mit der Gruppe der Allgemeinärzte verglichen, weil es keine Anhaltspunkte dafür gebe, dass sich seine Praxis von der Typik anderer allgemeinärztlicher Praxen entfernt habe. Der Praxisschwerpunkt einer "sprechenden Medizin" und kompensatorische Einsparungen seien nicht belegt. Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung, die sich auf einzelne Leistungen beziehe, sei grundsätzlich zulässig. Gleichwohl könne der statistische Einzelleistungsvergleich bei Nr 18 EBM-Ä nach den in der höchstgerichtlichen Rechtsprechung anerkannten Prüfungsmaßstäben keinen Bestand haben. Diese Leistung sei nämlich von den ausführenden Ärzten der Fachgruppe nur in geringer Zahl erbracht worden (Quartal I/1996: von 529 der ca 600 Ärzte in 2 % der Fälle; Quartal II/1996: von 497 ausführenden Ärzten in 1,98 % der Fälle), sodass schon geringfügige absolute Überschreitungen zu erheblichen Überschreitungsprozentsätzen führen könnten. Die vom Beklagten angenommene Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis bei einer Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts um 50 % sei dabei erheblich zu niedrig. Die dem Kläger zugestandene Toleranz sei in absoluten Zahlen so gering, dass sich der Anschein der Unwirtschaftlichkeit nicht begründen lasse. Für diese Überschreitungstoleranz könne sich der Beklagte nicht auf Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) berufen, weil die 50 %-Grenze nur für entsprechende oft abgerechnete Standardleistungen des Fachgebiets gelte (Urteil vom 27. September 2001).

Mit seiner vom Senat zugelassenen Revision rügt der Beklagte in Bezug auf Nr 18 EBM-Ä die fehlerhafte Anwendung der in der Rechtsprechung des BSG zu [§ 106](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) anerkannten Rechtsgrundsätze. Das LSG habe unzutreffend angenommen, dass diese Leistung einer statistischen Vergleichsprüfung und Honorarkürzung nicht zugänglich sei. Nach einem Urteil des BSG von 1994 dürfe die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis aber bei +50 % über dem Fachgruppendurchschnitt angesetzt werden, wenn die streitige EBM-Ä-Nr von ca 50 % der Vergleichsgruppe in 5 bis 6 % ihrer Fälle abgerechnet worden sei; vorliegend hätten dagegen sogar 88,8 % bzw 83,2 % der Fachgruppenangehörigen die Nr 18 EBM-Ä abgerechnet. Die nur einen zeitlichen Mehraufwand erfassende Zuschlags-Nr erweise sich damit als absolut fachgruppentypisch. Bei einer Leistung mit einem hohen zeitlichen Aufwand ("mehr als 30 Minuten") könne ein mindestens 5 bis 6 %iger Ansatz nicht verlangt werden. Nr 18 EBM-Ä komme relativ selten vor und werde gleichwohl oft in der Fachgruppe abgerechnet; daher reiche ein durchschnittlicher Fachgruppenansatz von 2 % für die statistische Vergleichsprüfung aus. Auch in Relation zur Gesamtmenge der Basisleistungen nach den Nrn 10, 11 und 17 EBM-Ä ergäben sich bei Nr 18 EBM-Ä Abweichungen zum Fachgruppendurchschnitt von +450 % bzw +336 %. Das LSG habe schließlich auch die von den Prüfungsgremien bejahte Unwirtschaftlichkeit des Ansatzes der Nr 11 EBM-Ä als erwiesen und insoweit sogar eine Toleranz von nur +40 % ausreichen lassen.

Der Beklagte beantragt,
das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 27. September 2001
aufzuheben und die Berufung des KlÄgers gegen das Urteil des Sozialgerichts
Mainz vom 11. Oktober 2000 zurÄckzuweisen, soweit es die HonorarkÄrzungen
der Nr 18 EBM-Ä anbelangt.

Der KlÄger beantragt,
die Revision zurÄckzuweisen.

Er hÄlt das Urteil des LSG fÄr zutreffend. Der Schluss auf seine unwirtschaftliche
Behandlungsweise sei trotz der hÄufigen Abrechnung der Nr 18 EBM-Ä in den
streitigen Quartalen nicht gerechtfertigt. Seine AnsÄtze seien immer medizinisch
indiziert und notwendig gewesen, zumal er viele Patienten mit psychischen
Erkrankungen und viele Rentner versorgt habe. Der Beweis der Unwirtschaftlichkeit
erfordere bei einem Einzelleistungsvergleich die genauere Untersuchung der
Praxisstrukturen und des Behandlungsverhaltens innerhalb des speziellen
Leistungsbereichs. Weder lasse die niedrige Anwendungsfrequenz in der
Fachgruppe einen statistischen Vergleich zu, noch ermÄgliche sie verlÄssliche
Aussagen zur Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung. Da die Vergleichsgruppe
die Leistung Nr 18 EBM-Ä nur ganz selten abgerechnet habe, sei bereits das
Vorliegen einer fachgruppentypischen Leistung zweifelhaft. Schon geringe absolute
Äberschreitungen ergÄben dabei nicht mehr aussagekrÄftig hohe
Äberschreitungswerte. Die angenommene Grenze zum offensichtlichen
MissverhÄltnis von +50 % Äber dem Fachgruppenschnitt sei zudem
deutlich zu niedrig.

Die Beigeladenen zu 2., 6. und 7. schlieÄen sich dem Antrag des Beklagten an.

Die Beigeladene zu 2. hÄlt das LSG-Urteil fÄr fehlerhaft. Der KlÄger habe gegen
das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoÄen, da ein Vertragsarzt auch bei jeder
Einzelleistung wirtschaftlich sein mÄsse und der Nachweis der Unwirtschaftlichkeit
dabei ebenfalls statistisch gefÄhrt werden kÄnne. Die Leistung Nr 18 EBM-Ä sei
wegen ihrer weiten Verbreitung in der Fachgruppe fachgruppentypisch. Der
prozentual geringe Ansatz der GebÄhren-Nr deute nur auf eine Leistung hin, die in
einer Normalpraxis selten erbracht werde; dies folge aus ihrem Charakter als
Zuschlags-Nr und dem erforderlichen hohen Zeitaufwand. Die Auffassung des LSG
bewirke, dass eine statistische WirtschaftlichkeitsprÄfung bei geringem Ansatz
von Einzelleistungen in der Vergleichsgruppe ausgeschlossen wÄre; andere
PrÄfmethoden schieden Ä weil unverhÄltnismÄÄig aufwÄndig Ä aus. Die
vom Beklagten belassenen RestÄberschreitungen von +50 % seien angemessen,
zumal das BSG bei Einzelleistungen sogar 40 % als Grenzwert akzeptiere; nÄtig sei
insoweit nur eine Ä hier vorliegende Ä alle relevanten UmstÄnde
berÄcksichtigende, wertende Entscheidung des PrÄfgremiums.

II

Die Revision des beklagten Beschwerdeausschusses ist begrÄndet.

Das klageabweisende Urteil des SG ist unter Aufhebung des angefochtenen LSG-Urteils und Zurückweisung der Berufung des Klägers wieder herzustellen, soweit es die vom Beklagten im Revisionsverfahren allein noch beanstandete Wirtschaftlichkeitsprüfung und die mit Rücksicht darauf vorgenommene Kürzung zu Nr 18 EBM-Än anbelangt. Entgegen der Ansicht des Berufungsgerichts ergeben sich auf der Grundlage der durchgeführten statistischen Vergleichsprüfungen keine durchgreifenden Zweifel daran, dass der Kläger Leistungen nach dieser Gebühren-Nr in den Quartalen I und II/1996 in unwirtschaftlichem Ausmaß erbracht und abgerechnet hat. Auch der Umfang der Honorarkürzungen ist nicht zu beanstanden.

Rechtsgrundlage für Honorarkürzungen wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise ist [Â§ 106 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) in der hier noch maßgeblichen Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 ([BGBl I 2266](#)). Danach wird die Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch arztbezogene Prüfungen ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten beurteilt. Nach den hierzu von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen ist die statistische Vergleichsprüfung die Regelprüfmethod (stRspr, vgl zB [BSGE 84, 85, 86](#) = [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 47](#) S 250; [SozR aaO Nr 51](#) S 272; [SozR aaO Nr 55](#) S 306). Die Abrechnungswerte des Arztes werden mit denjenigen seiner Fachgruppe oder mit denen einer nach verfeinerten Kriterien gebildeten engeren Vergleichsgruppe im selben Quartal verglichen. Ergänzt durch die sog intellektuelle Betrachtung, bei der medizinisch-ärztliche Gesichtspunkte berücksichtigt werden, ist dies die Methode, die typischerweise die umfassendsten Erkenntnisse bringt (vgl BSG [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 49](#) S 257; [SozR aaO Nr 50](#) S 263 f; [SozR aaO Nr 55](#) S 306). Ergibt die Prüfung, dass der Behandlungsaufwand des Arztes je Fall bei dem Gesamtfallwert, bei Sparten- oder bei Einzelleistungswerten in offensichtlichem Missverhältnis zum durchschnittlichen Aufwand der Vergleichsgruppe steht, dh, ihn in einem Ausmaß überschreitet, das sich im Regelfall nicht mehr durch Unterschiede in der Praxisstruktur oder in den Behandlungsnotwendigkeiten erklären lässt, hat das die Wirkung eines Anscheinsbeweises der Unwirtschaftlichkeit (stRspr, vgl zB BSG [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 50](#) S 263 f; [SozR aaO Nr 51](#) S 272; zuletzt Urteile des Senats vom 11. Dezember 2002 (B 6 KA 1/02 R = [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 57](#) S 319) sowie vom 21. Mai 2003 (B 6 KA 32/02 R (zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen)).

Die arztbezogene Vergleichsprüfung nach Durchschnittswerten ist nicht nur hinsichtlich des hier in den streitigen Quartalen I und II/1996 gegenüber der Fachgruppe lediglich geringfügig um 11 % bzw 4 % erhöhten Gesamtfallwerts einschlägig. Unter der Voraussetzung einer hinreichenden Vergleichbarkeit ist eine Prüfung gleichermaßen zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit des Ansatzes einzelner Leistungspositionen bzw mehrerer zu Leistungssparten zusammengefasster Leistungspositionen der Bewertungsmaßstäbe heranzuziehen (so schon [BSGE 71, 194, 196](#) = [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 15](#) S 88; [BSGE 74, 70, 71](#) = [SozR aaO Â§ 106 Nr 23](#) S 124; [SozR aaO Nr 55](#) S 306 mwN). Namentlich dann, wenn die Gesamtfallkosten nur wenig über dem Durchschnitt der Fachgruppe liegen, muss bei den in den Blick

genommenen Einzelleistungen allerdings geprüft werden, ob sich ein aus den Vergleichszahlen abgeleiteter Anschein der Unwirtschaftlichkeit durch weitere Umstände bestärken lässt oder mit zu großen Unsicherheiten behaftet ist (vgl. z.B. [BSGE 71, 194](#), 199 = [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 15](#) S 91; [SozR aaO Nr 36](#) S 206). Daraus folgt zwar nicht, dass bei einem im Vergleich zur Fachgruppe unauffälligen Gesamtkostendurchschnitt eine unwirtschaftliche Erbringung von Einzelleistungen ausgeschlossen wäre oder unbeanstandet gelassen werden müsste; ein Vertragsarzt ist nämlich verpflichtet, in dem Sinne umfassend wirtschaftlich zu behandeln, dass das Wirtschaftlichkeitsgebot auch in jedem Teilbereich seiner Tätigkeit gewahrt ist (vgl. [BSGE 71, 194](#), 199, 201 = [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 15](#) S 91 und 93; BSG [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 42](#) S 232). Ein statistischer Einzelleistungsvergleich setzt aber voraus, dass davon Leistungen betroffen sind, die für die gebildete Vergleichsgruppe typisch sind und zumindest von einem größeren Teil der Fachgruppenmitglieder regelmäßig in nennenswerter Zahl erbracht werden (vgl. [BSGE 71, 194](#), 196 f = [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 15](#) S 88 f; [BSGE 74, 70](#), 76 = [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 23](#) S 130; [BSGE 76, 53](#), 57 = [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 26](#) S 148). Der Beklagte hat dies hier in beanstandungsfreier Weise im Rahmen des ihm zustehenden Beurteilungsspielraums (s. dazu allgemein [BSGE 71, 194](#), 197 = [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 15](#) S 88; BSG [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 31](#) S 177) angenommen. Sein bei dem statistischen Einzelleistungsvergleich gewonnenes Ergebnis, das Abrechnungsverhalten des Klägers bei Nr 18 EBM-Ä habe in den streitigen Quartalen zu den Durchschnittswerten seiner Fachkollegen in einem offensichtlichen Missverhältnis gestanden und begründe den Anschein der Unwirtschaftlichkeit, ist frei von Rechtsfehlern.

Die Praxismittelverbände und das LSG haben festgestellt, dass bei dem Kläger weder Praxisbesonderheiten noch in Bezug auf den Gesamtfallwert bedeutsame kausale kompensatorische Einsparungen vorliegen, die den hohen Ansatz der beanstandeten Gebühren-Nr rechtfertigen könnten. Dem mit diesem Ausgangspunkt vorgenommenen statistischen Vergleich steht die Fallzahl des Klägers, der in etwa so viele Fälle wie der Fachgruppendurchschnitt aufweist, nicht entgegen. Entgegen der Ansicht des LSG geben die vom Beklagten zu der Leistung nach Nr 18 EBM-Ä vorgenommenen Vergleichsrechnungen zwischen dem Abrechnungsverhalten des Klägers und demjenigen der Arztgruppe der praktischen Ärzte/Allgemeinmediziner im Planungsbereich auch im übrigen keinen Anlass, seine Unwirtschaftlichkeit in den Quartalen I und II/1996 in Frage zu stellen. Sowohl vom Leistungsinhalt der Gebühren-Nrn als auch vom tatsächlichen Abrechnungsverhalten in der Vergleichsgruppe her ist eine für Allgemeinmediziner fachgruppentypische Leistung geprüft worden, die einem aussagekräftigen statistischen Vergleich zugänglich war.

Von der Vergleichbarkeit einzelner Leistungen ist insbesondere auszugehen, wenn sie nicht einer bestimmten fachlichen Ausrichtung oder Behandlungsweise zuzuordnen sind, sondern weitgehend unabhängig vom individuellen diagnostischen und therapeutischen Konzept des jeweiligen Arztes bei bestimmten Krankheitszuständen eingesetzt werden (sog. ärztliche Grundleistungen); dass die Leistungen nur für eine begrenzte Gruppe von Behandlungsfällen in Betracht kommen, schließt ihren Charakter als Standardleistungen nicht aus (vgl. [BSGE 71,](#)

[194](#), [196](#) = [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 15](#) S 88 f; [BSGE 74, 70](#), 74, 76 = [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 23](#) S 128, 130; [BSGE 76, 53](#), 57 f = [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 26](#) S 148 f; vgl auch: Engelhard in: Hauck/Noftz, SGB V, K Â§ 106 RdNr 222 ff mwN; Clemens in: Schulin (Hrsg), Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd 1, 1994, Â§ 35 RdNr 145, 148 f mwN). Nr 18 EBM-Ärzt kann in diesem Sinne von ihrem Leistungsinhalt her als fÄ¼r die herangezogene Vergleichsgruppe der AllgemeinÄrzt fachgruppentypische Grundleistung angesehen werden. Das ergibt sich schon aus der systematischen Stellung der GebÄ¼hren-Nr im Abschnitt B II. 2. EBM-Ärzt. Die Nr wird dort unter der KapitelÄ¼berschrift "Grundleistungen â;" bei den "FachÄ¼bergreifenden Beratungs- und Betreuungsgrundleistungen" aufgefÄ¼hrt und ist als Zuschlag zu den diagnostischen und therapeutischen Elementarleistungen der Nr 10, 11 und 17 EBM-Ärzt ("GesprÄ¼ch", "Beratung und Instruktion", "Diagnostik und/oder Behandlung â; durch GesprÄ¼ch", "Beratung und ErÄ¼rterung") ausgestaltet; sie darf nur bei einer "GesprÄ¼chsdauer von mehr als 30 Minuten" angesetzt werden. Nr 18 EBM-Ärzt zeichnet sich daher nicht durch eine spezielle, in bestimmter Weise fachlich qualifizierten Ärzten vorbehaltene Leistungslegende aus; sie knÄ¼pft vielmehr an die allgemeine Aufgabe eines jeden Arztes an, vor Beginn der Therapie Beschwerden und Krankheitsvorgeschichte des Patienten durch Befragen zu ermitteln und dem Hilfe Suchenden anschlieÄ¼nd beratend therapeutische Hinweise oder Begleitinformationen zu geben bzw (zB medizinisch-technische oder medikamentÄ¼se) TherapiemaÄ¼nahmen nÄ¼her zu erlÄ¼utern. Es handelt sich dabei um Leistungen, die nicht durch solche anderer Art bzw einer besonderen Therapierichtung (vgl [Â§ 2 Abs 1 Satz 2 SGB V](#)) zu ersetzen sind (vgl dazu allgemein [BSGE 81, 86](#), 95 = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 18](#) S 91). Wie sehr die Erbringung von Beratungs- und Betreuungsleistungen â einschlieÄ¼lich derjenigen nach Nr 18 EBM-Ärzt â bei nahezu allen Arztgruppen in Deutschland gerade in den Quartalen I und II/1996 nach Umsetzung der zum 1. Januar 1996 in Kraft getretenen EBM-Ärzt Reform verbreitet war, ergibt sich nicht zuletzt daraus, dass insbesondere das AusmaÄ¼ der Abrechnung dieser Leistungen im Juni 1996 Anlass fÄ¼r den Bewertungsausschuss war, deren Bewertung durch die Schaffung von Teilbudgets wieder herabzusetzen (vgl im Einzelnen [BSGE 81, 86](#), 97 = [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 18](#) S 92 f).

Nr 18 EBM-Ärzt ist nach den von den PrÄ¼fgremien Ä¼bernommenen Feststellungen des LSG von der Vergleichsgruppe in den streitigen Quartalen auch tatsÄ¼chlich in einem AusmaÄ¼ erbracht worden, das ihre Charakterisierung als fachgruppentypische Leistung rechtfertigt. Allgemein mÄ¼ssen die Anzahl der die Leistung ausfÄ¼hrenden Ärzt im VerhÄ¼ltnis zur Fachgruppe insgesamt sowie die AnwendungshÄ¼ufigkeit beim geprÄ¼ften Arzt und bei den Ä¼brigen ausfÄ¼hrenden Ärzten einen statistischen Vergleich stets in dem Sinne zulassen, dass im konkreten Fall verlÄ¼ssliche Aussagen zur Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung mÄ¼glich sind. Letztes hÄ¼ngt von Art und Anwendungsbereich der jeweiligen Leistung sowie dem Behandlungsverhalten innerhalb der betreffenden Arztgruppe ab, also von Faktoren, die sich auf Grund von medizinischen Kenntnissen und Ärztlichem Erfahrungswissen beurteilen lassen. Die PrÄ¼fgremien haben insoweit einen Beurteilungsspielraum, dh ihre Entscheidungen sind rechtmÄ¼Ãig, wenn alle fÄ¼r die Fragestellung erheblichen Tatsachen berÄ¼cksichtigt wurden und die daraus gezogenen Schlussfolgerungen

sachlich vertretbar sind (vgl. [BSGE 71, 194](#), 196 f = [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 15](#) S 88; [BSGE 74, 70](#), 71 ff = [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 23](#) S 124 ff; [BSGE 76, 53](#), 57 f = [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 26](#) S 148 f). In zahlenmÄiger Hinsicht hat der Senat diese Voraussetzungen (noch) bejaht, wenn Ä¼ber 50 % der Mitglieder der Vergleichsgruppe eine GebÄ¼hren-Nr mindestens in 5 bis 6 % aller BehandlungsfÄ¼lle abgerechnet haben (so BSG, Urteil vom 30. November 1994 â [6 RKa 38/93](#) = USK 94143; ebenso als Grenzwert: Engelhard, aaO, K Â§ 106 RdNr 223 mwN; vgl. auch [BSGE 71, 194](#), 197 = [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 15](#) S 89 (6 % der BehandlungsfÄ¼lle)).

In den streitigen Quartalen haben 529 bzw 497 ausfÄ¼hrende Ärzte der insgesamt etwa 600 Ärzte umfassenden Fachgruppe der Allgemeinmediziner, also jeweils deutlich mehr als 80 %, die Leistung Nr 18 EBM-Ä erbracht und abgerechnet. Dieser Prozentsatz belegt, dass diese Leistung innerhalb der zutreffend gebildeten Vergleichsgruppe in ausgesprochen starkem MaÃe verbreitet war. Er schlieÃt zugleich aus, dass sich insoweit beim Vergleich mit dem KlÄger zu seinen Lasten bloÃ zufÄ¼llig erhÄ¼lhte statistische Werte beim Ansatz der streitigen Leistungsposition als Folge einer mÄ¼glicherweise sich verfÄ¼lschend auswirkenden inhomogenen Zusammensetzung der Gruppe ergeben haben (anders in dem vom Senat am selben Tage entschiedenen Revisionsverfahren [B 6 KA 14/02 R](#)).

Entgegen der Ansicht des LSG kann es der Klage nicht zum Erfolg verhelfen, dass Nr 18 EBM-Ä in den streitigen Quartalen in der Fachgruppe lediglich durchschnittlich in 2 % bzw 1,98 % der FÄ¼lle abgerechnet wurde. Zwar trifft es â wie dargestellt â zu, dass der Senat bislang erst eine AbrechnungshÄ¼ufigkeit von ca 5 bis 6 % der FÄ¼lle unbeanstandet gelassen hat. Es ist indessen klarzustellen, dass dieser Wert nicht im Sinne einer absoluten Untergrenze verstanden werden darf. FÄ¼r die hinreichende Verbreitung der Leistung in der Fachgruppe ist vielmehr entscheidend, dass eine Gesamtschau der in den Vergleich einbezogenen UmstÄ¼nde (insbesondere Art und Anwendungsbereich der Leistung, Behandlungsverhalten der Arztgruppe) es ermÄ¼glichen muss, noch von einer zuverlÄ¼ssigen Vergleichsbasis sprechen zu kÄ¼nnen. Solches kann â wie hier â auch bei einem darunter liegenden Abrechnungsprozentsatz der Fall sein.

Das Recht der vertragsÄrztlichen WirtschaftlichkeitsprÄ¼fung nach statistischen GrundsÄtzen beruht auf der Vorstellung, dass die Ä¼berwiegende Mehrheit der Vergleichsgruppe der Ärzte in Bezug auf die geprÄ¼ften Leistungen wirtschaftlich behandelt, dass die dabei gewonnenen Durchschnittswerte also maÃgebliches methodisches Kriterium zum Nachweis der Unwirtschaftlichkeit bei dem betroffenen Arzt sein kÄ¼nnen (vgl. schon BSG SozR 2200 Â§ 368n Nr 3 S 11). Diese Grundannahme ist dann erschÄ¼ttert, wenn die Basis des Vergleichs so unsicher ist, dass auf Grund von ZufÄ¼llen und UnwÄ¼gbarkeiten die Gefahr besteht, keine aussagekrÄ¼ftigen Ergebnisse mehr gewinnen zu kÄ¼nnen. Das ist insbesondere dann zu besorgen, wenn ein extrem unterschiedliches individuelles Abrechnungsverhalten nur noch rein rechnerisch zu einem statistisch-mathematischen Mittelwert fÄ¼hrt, den in der RealitÄt aber gar kein Arzt bzw â innerhalb groÃer Vergleichsgruppen â nur einzelne, fÄ¼r die Gesamtgruppe in keiner Weise reprÄ¼sentative Ärzte abgerechnet haben. Dieses Risiko schlÄgt

besonders dann durch, wenn die PrÄ¼fgremien eine sehr kleine Vergleichsgruppe gebildet haben, wÄ¼hrend bei grÄ¼Ä¼eren Gruppen sog "Ausreißer" per se statistisch nicht entscheidend ins Gewicht fallen (vgl Hesral in: Ehlers (Hrsg), WirtschaftlichkeitsprÄ¼fung, 2. Aufl 2002 RdNr 126; s auch BSG [SozR 3-2500 Ä§ 106 Nr 50](#) S 265 (zum Auftreten schwererer und leichter BehandlungsfÄ¼lle)).

Statistische ZufÄ¼lle zum Nachteil des KlÄ¼gers sind hier schon wegen der GrÄ¼Ä¼e der Gruppe von ca 600 allgemeinmedizinisch tÄ¼tigen und weit mehr als 80 % abrechnenden Ä¼rzten in dieser Gruppe unwahrscheinlich. DarÄ¼ber hinaus sind bei der Bildung der groÄ¼en, ca 480 Ä¼rzte umfassenden Vergleichsgruppe von vornherein diejenigen Ä¼rzte gÄ¼nzlich unberÄ¼cksichtigt geblieben, in deren Abrechnung Nr 18 EBM-Ä¼ Ä¼berhaupt nicht eingeflossen ist (Eliminierung der sog Nullabrechner). Grundlage des Vergleichs ist zudem eine fachgruppentypische Leistung, die als bloÄ¼e Zuschlags-Nr zu anderen Grundleistungen des Arztes keine spezielle zusÄ¼tzliche Verrichtung oder Praxisinfrastruktur erfordert, sondern allein einen zeitlichen Mehraufwand von erheblicher Dauer erfasst. Wie dargestellt, erfordert Nr 18 EBM-Ä¼ eine Ä¼rztliche Patientenzuwendung von mehr als 30 Minuten und ist entsprechend Ä¼ zusÄ¼tzlich zu den ebenfalls bereits mit jeweils 450 Punkten bewerteten Grundleistungen nach Nr 10, 11 und 17 EBM-Ä¼ Ä¼ mit weiteren 450 Punkten im Vergleich zu anderen Leistungen des EBM-Ä¼ hoch bewertet worden. FÄ¼r eine solche GebÄ¼hren-Nr kann bei einer mehr als 80%igen Verbreitung in der Fachgruppe nicht gefordert werden, dass die ausfÄ¼hrenden Ä¼rzte sie durchschnittlich mindestens in 5 bis 6 % der FÄ¼lle angesetzt haben; denn gegen das Erfordernis eines solch hohen Mindestansatzes sprechen schon die Begrenztheit der dem einzelnen Hausarzt zur VerfÄ¼gung stehenden tÄ¼glichen Arbeitszeit und die damit im Praxisalltag ebenso nur beschrÄ¼nkte MÄ¼glichkeit eines mehr als halbstÄ¼ndigen Arzt-Patienten-GesprÄ¼chs (zum Gesichtspunkt der beschrÄ¼nkten AnsatzmÄ¼glichkeit bei zeitgebundenen Leistungen vgl bereits [BSGE 83, 205](#), 210, 213 ff = [SozR 3-2500 Ä§ 85 Nr 29](#) S 216, 219 ff; [BSGE 84, 235](#), 238 ff = [SozR 3-2500 Ä§ 85 Nr 33](#) S 253 ff (Psychotherapie)). Wegen dieser Besonderheiten ist bei Nr 18 EBM-Ä¼ der niedrigere Wert von (hier) ca 2 % innerhalb der Vergleichsgruppe der Abrechner jedenfalls dann aussagekrÄ¼ftig fÄ¼r einen statistischen Vergleich, wenn die Anzahl der behandelten Patienten bei dem betroffenen Arzt im Bereich des Fallgruppendurchschnitts liegt und sich bei der verglichenen EBM-Ä¼-Nr auch in absoluten Zahlen eine nicht nur unbedeutende HÄ¼ufigkeit einschÄ¼giger BehandlungsfÄ¼lle bei einer Vielzahl von Praxen ergibt. Beides ist hier zu bejahen, weil der KlÄ¼ger in den streitigen Quartalen 1.291 bzw 1.114 Leistungsberechtigte der GKV behandelt hat (Fachgruppe 1.199 bzw 1.122 Patienten) und Nr 18 EBM-Ä¼ auch bei einem durchschnittlich 2%igen Ansatzes im Quartalsmittel immerhin ca 22 bis 26-mal je Praxis erbracht worden ist. Zwar hÄ¼tte bereits die 3%ige AnsatzhÄ¼ufigkeit eines einzelnen Arztes gegenÄ¼ber der 2%igen in der Fachgruppe einen Ä¼berschreitungswert von +100 % zur Folge; das wirkt sich hier jedoch nicht in verfÄ¼lschender Weise nachteilig fÄ¼r den KlÄ¼ger aus. Denn im vorliegenden Fall bedeuten jede +100 % auch stets einen Mehransatz von ca 11 bis 13 FÄ¼llen pro Quartal bzw Ä¼ bezogen auf die Bewertung mit 450 Punkten Ä¼ ein Plus von 4.950 bis 5.850 Punkten. Wenn der KlÄ¼ger also bei Nr 18 EBM-Ä¼ in den Quartalen I und II/1996 sogar Ä¼berschreitungswerte von +558 % bzw +416 % aufweist, sind dies nicht nur vordergrÄ¼ndig hohe statistische Werte.

Sie wirken sich auch auf die Honorarverteilung insgesamt aus. Von daher spricht alles für die Auffassung des Beklagten, dass der Kläger eine Leistung in Höhe der ihm abgerechnet hat, auf die zwar die große Mehrzahl vergleichbarer Ärzte ebenso zurückgegriffen hat, jedoch nicht statistisch signifikant in deutlich geringerem Umfang. Die Richtigkeit dieser Aussage wird bestätigt, wenn man zudem in einer Ergebniskontrolle bestätigt, dass nach den ergänzenden, schlüssigen Darlegungen des Beklagten im Revisionsverfahren auch die Höhe der Nr 18 EBM in Relation zu den Ansätzen der Bezugsleistungen (Nr 10, 11, 17 EBM) den Hinweis auf Unwirtschaftlichkeit bekräftigt (vgl zu dieser Methode BSG [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 36 S 206](#)); hinsichtlich der Bezugsleistung nach Nr 11 EBM ist schon das LSG selbst zum Nachteil des Klägers (rechtskräftig) von unwirtschaftlicher Leistungserbringung ausgegangen. Nach den Darlegungen des Beklagten, denen der Kläger nicht entgegengetreten ist, hat er die Zuschlags-Nr 18 EBM in Relation zur Gesamtmenge der Basisleistungen nach Nr 10, 11 und 17 EBM in 19,48 % bzw 16,14 % aller Ansätze abgerechnet, während die Fachgruppe dies nur in 3,54 % bzw 3,7 % der Ansätze getan habe; auch bei dieser Sichtweise ergäben sich intolerable Überschreitungen des Fachgruppenschnitts von +450 % bzw +336 %.

Rechtsfehler sind auch nicht erkennbar, soweit der Beklagte angenommen hat, die Schwelle zur offensichtlichen Unwirtschaftlichkeit könne im Falle des Klägers bei der geprüften Leistung bei 50 % über den entsprechenden Durchschnittswerten der Fachgruppe angesetzt werden. Einem Grenzwert zur Festlegung des offensichtlichen Missverhältnisses kommt allgemein die Funktion zu, dass bei seinem Überschreiten der Anscheinsbeweis der Unwirtschaftlichkeit erbracht ist und nunmehr der betroffene Arzt darzulegen hat und die Beweislast dafür trägt, dass gleichwohl von wirtschaftlicher Behandlungsweise auszugehen ist (zum Ganzen vgl zuletzt Urteil des Senats vom 21. Mai 2003 in [B 6 KA 32/02 R](#) (zur Veröffentlichung in [SozR](#) vorgesehen)). Von welchem Grenzwert an dies anzunehmen ist, entzieht sich einer allgemein verbindlichen Festlegung (stRspr, zB [BSGE 76, 53, 55](#) = [SozR 3 2500 Â§ 106 Nr 26 S 146](#)). Bei Einzelleistungsprüfungen hat es der Senat insoweit als unbedenklich angesehen, die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis typisierend jedenfalls beim Doppelten des Fachgruppenschnitts (= +100 %) anzusetzen (vgl [BSGE 50, 84, 86](#) = [SozR 2200 Â§ 368e Nr 4 S 8 mwN](#); [BSGE 71, 194, 198 f](#) = [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 15 S 90](#); [BSGE 74, 70, 76](#) = [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 23 S 130](#); ebenso Clemens, aaO, Â§ 35 RdNr 153; Engelhard, aaO, K Â§ 106 RdNr 228 mwN). Nach der Rechtsprechung des Senats darf allerdings bei Arztgruppen mit engem Leistungsspektrum eine Grenzziehung bei Überschreitungen der Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe um +40 % oder weniger vorgenommen werden (so [BSGE 62, 24, 30](#) = [SozR 2200 Â§ 368n Nr 48 S 162](#) (Zahnärztliches Honorar); BSG [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 41 S 225](#) (Arzneikostenregress); Engelhard, aaO, K Â§ 106 RdNr 167 ff mwN). Möglich sind niedrige Grenzwerte ferner ua, wenn es um genau umrissene, nicht anders ersetzbare Einzelleistungen innerhalb einer hinreichend homogenen Vergleichsgruppe geht (vgl BSG [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 11 S 58](#) (50 % oder weniger bei Sonderleistungen eines Frauenarztes); BSG [USK 9581](#) (50 % bei einem Zahnarzt)).

Gegen die vom beklagten Beschwerdeausschuss zu Grunde gelegte 50 %-Grenze bestehen bei Anwendung der aufgezeigten Grundsätze keine Bedenken. Soweit es der Senat als zulässig erachtet hat, bei Einzelleistungsprüfungen die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis typisierend beim Doppelten des Fachgruppenschnitts zu ziehen, liegt auch darin keine absolute Untergrenze. Vielmehr bestehen selbst gegen Grenzwerte von unter +40 % keine Bedenken, wenn die Prüfungsgremien Besonderheiten der Praxis von vornherein mitberücksichtigt haben, es also um eine Grenzwertfestlegung geht, die erfolgt, nachdem die statistische Vergleichsprüfung der Wirtschaftlichkeit bereits um anerkanntswürdige individuelle Umstände des Arztes "bereinigt" worden ist (so BSG [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 41](#) S 225 f und [SozR aaO Nr 43](#) S 239). Da hier bei dem Kläger Praxisbesonderheiten und/oder kompensatorische Einsparungen nicht anzuerkennen waren und keine Anhaltspunkte gegen die Aussagekraft eines statistischen Einzelleistungsvergleichs vorlagen, ist der von dem Beklagten zur Erfassung individueller Behandlungseigenheiten und sonstiger Unwägbarkeiten angenommene Grenzwert von +50 % hinzunehmen.

Formelle Mängel der Verwaltungsentscheidung des Beklagten liegen ebenfalls nicht vor. Seine die Entscheidung des Prüfungsausschusses beständigsten Ausführungen lassen hinreichend erkennen, wie das Behandlungsverhalten des Klägers bewertet wurde und welche Gründe für die getroffene Kärzungsmäßnahme ausschlaggebend waren (vgl zu den entsprechenden Anforderungen BSG [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 41](#) S 225; Engelhard, aaO, K Â§ 106 RdNr 313).

Es ist schließlich nicht rechtsfehlerhaft, dass der Beklagte bei dem Kläger den gesamten bei Nr 18 EBM-Ä als unwirtschaftlich angesehenen Mehraufwand â jenseits von +50 % über dem Fachgruppenschnitt â gekürzt hat. Bei der Festlegung der Höhe der Honorarkürzungen als Reaktion auf die festgestellte Unwirtschaftlichkeit steht den Prüfungsgremien regelmäßig ein Ermessensspielraum zu, der eine ganze Bandbreite denkbarer vertretbarer Entscheidungen bis hin zur Kürzung des gesamten unwirtschaftlichen Mehraufwandes ermöglicht (vgl BSG [SozR 2200 Â§ 368n Nr 49](#) S 168; BSG [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 38](#) S 212; zuletzt Urteil des Senats vom 21. Mai 2003 â [B 6 KA 32/02 R](#), mwN (zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen)). Letzteres ist im vorliegenden Fall geschehen. Gemäß [Â§ 54 Abs 2 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ist eine derartige Ermessensentscheidung von den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit nur daraufhin zu prüfen, ob die Behörde die gesetzlichen Grenzen des Ermessens eingehalten und vom Ermessen in einer dem Zweck der Ermächtigung entsprechenden Weise Gebrauch gemacht hat (zur Geltung im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen vgl zB BSG [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 38](#) S 211).

Nach diesen Grundsätzen erweist sich die vollständige, jenseits der Grenze zur Ansetzung des offensichtlichen Missverhältnisses von dem Beklagten bei dem Kläger vorgenommene Honorarkürzung bei Nr 18 EBM-Ä für die streitigen Quartale I und II/1996 als ermessensfehlerfrei; denn von dem Ermessen ist in einer dem Zweck des [Â§ 106 Abs 1 SGB V](#) entsprechenden Weise Gebrauch gemacht worden. Wie der Senat wiederholt betont hat, kommt dem Recht der

Wirtschaftlichkeitsprüfung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ein hoher Stellenwert zu, weil damit dem Wirtschaftlichkeitsgebot des [Â§ 12 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) Ausdruck verliehen wird (vgl auch [Â§ 70 Abs 1 Satz 2](#), [72 Abs 2](#), [75 Abs 1 SGB V](#)). Da aus [Â§ 106 Abs 1 SGB V](#) eine Verpflichtung der Träger der gemeinsamen Selbstverwaltung zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung folgt, bestehen gegen eine Entscheidung, die dem Arzt die Honorierung des gesamten, zu Recht als unwirtschaftlich angesehenen Mehraufwandes versagt, regelmäßig keine rechtlichen Bedenken (zuletzt Urteil des Senats vom 21. Mai 2003 – [B 6 KA 32/02 R](#), mwN (zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen)).

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 193 Abs 1 und 4 SGG](#) in der bis zum Inkrafttreten des 6. SGG-Änderungsgesetzes vom 17. August 2001 ([BGBl I 2144](#)) am 2. Januar 2002 geltenden, hier noch anzuwendenden Fassung. Danach besteht aus den Gründen, die der Senat in seinem Urteil vom 30. Januar 2002 ([SozR 3-2500 Â§ 116 Nr 24](#) S 115 ff) im Einzelnen dargelegt hat, keine Verpflichtung des Klägers, für das Revisionsverfahren neben den außergerichtlichen Kosten des Beklagten auch diejenigen von Beigeladenen zu erstatten. Bei der Kostenentscheidung für die Vorinstanzen hat der Senat – den rechtskräftig gewordenen Teil des Berufungsurteils berücksichtigend – nach billigem Ermessen eine Kostenquote von 4/5 zu 1/5 festgelegt.

Erstellt am: 01.12.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024