

L 10 KA 20/02

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
10
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 33 KA 69/01
Datum
20.03.2002
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 10 KA 20/02
Datum
14.05.2003
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 39/04 R
Datum
-

Kategorie
Urteil

Der Kostenauspruch des Urteils vom 14.05.2003 wird in Die Kläger tragen auch in zweiter Instanz die erstattungsfähigen außer gerichtlichen Kosten des Beklagten. geändert. Gründe: Nach [§ 138 SGG](#) können Schreibfehler, Rechenfehler und ähnliche offenbare Unrichtigkeiten im Urteil jederzeit von Amts wegen berichtigt werden. Die Voraussetzungen hierfür liegen vor. Die Kläger sind auch im Berufungsverfahren unterlegen. Deswegen tragen sie nach [§ 193 Abs. 1](#) i.V.m. Abs. 4 Satz 2 SGG a.F. - selbstverständlich - die erstattungsfähigen außergerichtlichen Kosten des Beklagten. Die insoweit gewollte Entscheidung stimmt mit dem tatsächlichen Urteilsausspruch nicht überein (vgl. auch Vollkammer in Zöller, ZPO, 22. Auflage, § 319 Rdn. 15 und Hartmann in Baumbach/Lauterbach, ZPO, 61. Auflage, § 319 Rdn. 16). Dieser Beschluss ist nicht anfechtbar ([§ 177 SGG](#)).

Die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 20.02.2002 wird zurückgewiesen. Kosten sind auch im zweiten Rechtszug nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit von Honorarkürzungen wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise in den Quartalen IV/1998 und I/1999.

Die als Gynäkologen in Gemeinschaftspraxis in F niedergelassenen Kläger sind zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

Unter dem 08.03.1999 beantragten die Beigeladene zu 8), die Primärkassen sowie die Beigeladene zu 6) die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit für das Quartal IV/98 unter Hinweis darauf, dass sich aus der Gesamtübersicht vor Prüfung im Bereich Beratungs- und Betreuungsleistungen sowie Ganzkörperstatus eine Überschreitung des modifizierten Falldurchschnitts der Vergleichsgruppe von 138 % ergab. Einen weiteren Überprüfungsantrag stellten sie unter dem 02.06.1999 für das Quartal I/99 wegen einer Überschreitung des Vergleichsgruppenwertes um 216 % im Bereich Beratungs- und Betreuungsleistungen sowie Ganzkörperstatus.

Mit Bescheiden vom 12.04.1999 (Quartal IV/98) und vom 26.07.1999 (Quartal I/99) setzte der Prüfungsausschuss wegen dieser Überschreitungen Kürzungen in der Sparte Beratungs- und Betreuungsleistungen von 191.661,9 bzw. 328.514,1 Punkten fest; den dagegen erhobenen Widersprüchen half er nicht ab (Bescheide vom 31.08. und 16.11.1999).

Mit ihren Widersprüchen hatten die Kläger im Wesentlichen darauf hingewiesen, dass ihre Praxis überwiegend auf Leistungen der künstlichen Befruchtung ausgerichtet sei. Ihnen obliege es, die Patientinnen und Patienten intensiv zu beraten. Dies nehme häufig mehr als 30 Minuten Zeit in Anspruch (Nr. 18 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)). Sexualkonflikte (wie Impotenz usw.) gehörten zu den Krankheitsbildern, bei denen die in den Nrn. 17 und 18 EBM enthaltene ärztliche Beratung notwendig und erforderlich sei. Die Beratungspflicht ergebe sich auch aus dem Bescheid der Ärztekammer Nordrhein vom 30.03.1999 über die Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen gem. [§ 121a](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Die häufige Diagnose "Sterilität" bzw. "Sterilität Mann" folge aus der spezifischen Praxisausrichtung. Da ihre Praxis mit anderen gynäkologischen Praxen nicht vergleichbar sei, scheidet eine Wirtschaftlichkeitsprüfung im statistischen Vergleichsverfahren aus.

Der Beklagte wies die Widersprüche - nach Einholung eines Prüferats - mit Bescheid vom 01.02.2001 zurück. Zur Begründung führte er im Wesentlichen an: Im Quartal IV/98 liege die Fallzahl bei 4.618 Fällen; im Vergleich zur Fachgruppe mit 1.279 Fällen betrage die Überschreitung 261 %; der Rentneranteil unterschreite den Fachgruppendurchschnitt um 68,04 % und der Anteil an Notdienst- und Vertreterfällen den Fachgruppendurchschnitt um 98,09 %; der Anteil an Zuweisungsfällen überschreite den Fachgruppendurchschnitt um

2.633,76%. Die Fallzahl im Quartal I/99 liege bei 4.619 Fällen; im Vergleich zur Fachgruppe mit 1.311 Fällen bestehe eine Überschreitung von 252 %. Der Rentneranteil unterschreite den Fachgruppendurchschnitt um 79,96 %. Notdienst- und Vertreterfällen seien nicht abgerechnet worden; der Anteil an Zuweisungsfällen überschreite den Fachgruppendurchschnitt um 2.044,32 %. Die abweichenden Anteile an Rentner-, Notdienst- und Vertreter- sowie Zuweisungsfällen seien als Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen. Hinsichtlich des abweichenden Rentneranteiles seien analog zur Leistungssparte die gewogenen Fallzahlen bei den Nrn. 17 und 18 EBM zu Grunde gelegt worden. Darüber hinaus seien diese Fallzahlen um die im Vergleich zur Fachgruppe weniger bzw. mehr abgerechneten Notdienst- und Vertreter- sowie Zuweisungsfälle bereinigt und anhand dieser neuen gewogenen Fallzahlen die gewogenen Häufigkeiten je 100 Behandlungsfälle errechnet worden. Danach ergäben sich Überschreitungen bei der Nr. 17 EBM von 135,32 % (IV/98) und 175,84% (I/99) sowie bei der Nr. 18 EBM von 939,1 % (IV/98) und 1.423,84 % (I/99). Weitere Praxisbesonderheiten seien nicht zu erkennen. Die Kläger hätten hierzu ohnehin weder dem Grunde noch der Höhe nach hinreichend substantiiert vorgetragen. Die besondere Ausrichtung der Praxis auf Sterilitätsbehandlungen stelle keine Praxisbesonderheit dar, die die Überschreitung bei den Leistungen nach Nrn. 17 und 18 EBM erklären könne. Die Diagnose einer Sterilität könne insbesondere hinsichtlich der möglichen Therapiemaßnahmen eine intensive längerdauernde Beratung erfordern, jedoch stelle die Sterilität keine lebensbedrohende Erkrankung dar. Auch eine nachhaltige Lebensveränderung werde allein durch die Diagnose einer Sterilität nicht ausgelöst. Bei den genannten fachgruppentypischen Leistungen werde davon ausgegangen, dass ein offensichtliches Missverhältnis vorliege, wenn eine Überschreitung von 100 % bestehe. Die festgestellten Überschreitungen lägen somit nach Berücksichtigung der Praxisbesonderheiten im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses. Der Nachweis Unwirtschaftlichkeit sei damit erbracht. Die Kürzungen beließen bereinigte Überschreitungen von mindestens 100 % bis 597 %, so dass die Kläger durch die Kürzungen nicht beschwert seien.

Mit ihrer Klage vom 01.03.2001 haben die Kläger im Wesentlichen ergänzend vorgetragen, Therapiemaßnahmen wegen notwendiger Maßnahmen der künstlichen Befruchtung seien dem Begriff der nachhaltigen Lebensveränderung im Sinne der Nr. 17 EBM zuzurechnen. Körperliche und seelische Zustände, die eine künstliche Befruchtung notwendig werden ließen, stellten Erkrankungen dar, die zweifelsfrei den Leistungsinhalt erfüllten, weil sie durch chronischen Verlauf sowie ungünstige und unabänderliche Prognosen geprägt seien. Dies würde dazu zwingen, über schwerwiegende Konsequenzen im familiären, beruflichen und gesellschaftlichen Leben nachzudenken und entsprechende Änderungen in der Lebensplanung und -gestaltung vorzunehmen. Bei der statistischen Bewertung habe der Beklagte außer Acht gelassen, dass die Nr. 1080 EBM von ihnen nicht abgerechnet werden könne; die Abrechnung sei Praxen, die Maßnahmen der künstlichen Befruchtung durchführten, nicht möglich. Der Beklagte habe übersehen, dass die bei anderen Praxen gegebenen Abrechnungsmöglichkeiten das statistische Bild in erheblicher Weise verzerrten. Setze man die Anzahl ihrer Leistungen im Rahmen der künstlichen Befruchtung (Nrn. 1182 ff EBM) in das Verhältnis der erbrachten Beratungs- und Betreuungsleistungen, so sei deren Zahl ohne weiteres schlüssig. Indiz für die Länge der notwendigen Beratung sei bereits, dass schon das Einlesen in die Akten erhebliche Zeit in Anspruch nehme. Die Erörterung der Leidensgeschichte und die Beratung erfordere einen erheblich darüber hinausgehenden Zeitaufwand; eine sachgerechte Beratung setze ein Eingehen auf die Leidensgeschichte und eine Erörterung der therapeutischen, familiären, sozialen und beruflichen Auswirkungen voraus. Fehlerhaft sei auch die Bereinigung hinsichtlich der "Rentnerfälle". Dass in einer Praxis, in der vorzugsweise reproduktionsmedizinische Leistungen erbracht würden, die Rentnerfälle natürlicherweise niedriger liegen müssten als in den Vergleichspraxen, liege auf der Hand; dies rechtfertige es aber nicht, die Überschreitungswerte wegen niedrigerer Rentnerzahlen neu festzusetzen bzw. zu erhöhen.

Die Kläger haben beantragt,

den Bescheid des Beklagten vom 01.02.2001 hinsichtlich der Kürzungen für die Quartale IV/98 und I/99 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, über ihre Widersprüche gegen die Bescheide des Prüfungsausschusses vom 12.04.1999 und 26.07.1999 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

Der Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Er hat ausgeführt: Der Umstand, dass eine Frau mit ihrem Partner kein Kind zeugen könne, sei keine lebensbedrohende Erkrankung. Der Versuch, durch eine künstliche Befruchtung den Kinderwunsch zu erfüllen, stelle auch keine lebensverändernde Erkrankung dar. Selbst wenn für das von den Klägern durchgeführte Informationsgespräch keine adäquate Gebührenposition im EBM vorhanden sei, rechtfertige dieses den hohen Ansatz der Ziffern 17 und 18 EBM angesichts des Leistungsinhaltes nicht.

Das Sozialgericht (SG) Düsseldorf hat die Klage mit Urteil vom 20.02.2002 abgewiesen und u.a. ausgeführt: Die von dem Beklagten zugrunde gelegte Vergleichsgruppe (Gynäkologen, Untergruppe 3) sei hinreichend groß und homogen; die Beschränkung des statistischen Vergleichs auf die Sparte "Beratungs- und Betreuungsleistungen, Ganzkörperstatus" sei auch zulässig. Denn die Leistungen nach den Nrn. 17 bzw. 18 EBM würden von nahezu allen Ärzten der insgesamt über 1000 Ärzte umfassenden Vergleichsgruppe erbracht. Im Rahmen der intellektuellen Prüfung habe der Beklagte zutreffend den abweichenden Anteil an Rentner-, Notdienst- und Vertretungs- sowie Zuweisungsfällen als Praxisbesonderheit gesehen und deren Auswirkungen auf die Fallkosten ermittelt. Nicht zu beanstanden sei, dass der Beklagte dabei die abweichenden Anteile an Rentnerfällen zu Ungunsten der Kläger berücksichtigt habe; eine Praxisbesonderheit könne sich nicht nur zu Gunsten des geprüften Arztes auswirken. Weitere Praxisbesonderheiten seien nicht zu erkennen. Insbesondere sei nicht schlüssig dargelegt, welche Praxisbesonderheiten einen Mehraufwand bei den Leistungen nach Nrn. 17, 18 EBM gerechtfertigt könnten. Dies ergebe sich nicht aus der Tätigkeit der Kläger im Bereich der künstlichen Befruchtung. Der im Zusammenhang mit Sterilitätsbehandlungen anfallende Beratungs- und Erörterungsbedarf werde im allgemeinen mit der Komplexleistung nach Nr. 1180 EBM abgegolten. Dass ein erhöhter Beratungs- bzw. Erörterungsbedarf nach den Nrn. 17, 18 EBM zusätzlich für den die Maßnahmen der künstlichen Befruchtung durchführenden Arzt entstehe, sei nicht nachzuvollziehen. Die Leistung nach Nr. 17 EBM setze die Beratung und Erörterung der Auswirkungen einer lebensverändernden Erkrankung voraus. Selbst wenn die Sterilität als lebensverändernde Erkrankung angesehen würde, beträfen die streitigen Beratungen bzw. Erörterungen nicht die Auswirkungen einer Erkrankung sondern der als Therapie in Aussicht genommenen Maßnahmen.

Gegen das am 28.03.2002 zugestellte Urteil haben die Kläger am 12.04.2002 Berufung eingelegt und vorgetragen, dass hinsichtlich der in Rede stehenden Leistungen keine ordnungsgemäß gebildete, in sich homogene Vergleichsgruppe bestehe. Ein statistischer Vergleich könne

nur innerhalb einer sachgerecht gebildeten Vergleichsgruppe stattfinden, d.h. vorliegend nur unter den Praxen, die über eine Genehmigung nach [§ 121a SGB V](#) verfügten. Bezogen auf das Quartal IV/98 würden aber lediglich 6 Ärzte aus der Vergleichsgruppe Leistungen nach den Nrn. 1186 ff EBM erbringen. Bereits dies beweise, dass ihre Praxis mit der Fachgruppe "Gynäkologen" nicht vergleichbar sei. Damit sei auch die Auffassung nicht verständlich, dass der erhöhte Beratungsbedarf nicht mit der Praxisbesonderheit "Sterilitätsbehandlung" in Zusammenhang stehe. Berücksichtige man zudem, dass Spezialisierungen auf bestimmten Teilgebieten und das Führen von Zusatzbezeichnungen zu den anerkannten Praxisbesonderheiten gehörten, existiere überhaupt keine vergleichbare Praxis. Im Gegensatz zu den 6 Praxen, die die Nrn. 1186 ff EBM abrechneten, verfügten sie nämlich nicht nur über die fakultative Weiterbildung in gynäkologischer Endokrinologie und Reproduktionsmedizin sondern auch über die Genehmigung für Leistungen nach [§ 121a SGB V](#).

Die Zweifel, die das SG am Leistungsinhalt der Nr. 17 EBM geäußert habe, lägen innerhalb des Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahrens neben der Sache; diese könnten ausschließlich Gegenstand einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung sein. Im Übrigen habe das SG auch den Leistungsinhalt der Nr. 17 EBM verkannt, denn auch bzw. gerade die "therapeutischen" Auswirkungen würden hiervon miterfasst. Dementsprechend sei auch die Nr. 13 EBM a.F., die die Erörterung körperlicher und/oder seelischer Krankheitszustände bei Sexualkonflikten, Sterilität oder Konflikten in der Schwangerschaft enthalten habe, in die Nr. 17 EBM n.F. eingegangen. Gleiches gelte hinsichtlich der früheren Nrn. 11 und 13 BMÄ 87, in deren Leistungslegende ebenfalls auf die Planung eines operativen Eingriffs und die Abwägung seiner Risiken und Konsequenzen hingewiesen worden sei. Schließlich habe auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit Schreiben vom 02.04.2002 bestätigt, dass die Beratung nach der Nr. 17 EBM Aufgabe des die Befruchtungsleistung durchführenden Arztes sei, wenn diese ihnen mitteile "Ein Berechnungsausschluss für Erörterungen im Zusammenhang mit künstlichen Befruchtungen, bei denen der geforderte Erörterungsumfang erfüllt wird, besteht nach dem EBM nicht".

Die Kläger beantragen,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 20.02.2002 abzuändern und den Bescheid des Beklagten vom 01.02.2001 hinsichtlich der Quartale IV/98 und I/99 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, insoweit über die Widersprüche der Kläger gegen die Bescheide des Prüfungsausschusses vom 12.04.1999 und 26.07.1999 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut zu entscheiden.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er trägt vor: Die Kläger nähmen als Gynäkologen an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Dementsprechend seien sie der Gruppe der Gynäkologen, Untergruppe 3 zuzuordnen. Hinsichtlich der streitigen Leistungen seien sie mit den Ärzten ihrer Vergleichsgruppe verglichen worden, die diese Leistungen ebenfalls erbringen. Es handele sich um fachgruppentypische Leistungen. Eine Praxisbesonderheit sei nicht festzustellen. Wenn die Kläger eine der Nr. 1180 EBM entsprechende, aber für sie nicht berechnungsfähige Leistung erbrächten, führe dies nicht dazu, dass die Leistung unter einer anderen Nummer abgerechnet werden könne und diese nicht berechnungsfähige Leistung eine Praxisbesonderheit sei. Die Kläger hätten weiterhin nicht dargelegt, wieso ein bestimmter Patientenzuschnitt zwangsläufig Besonderheiten im Hinblick auf die Nrn. 17 und 18 EBM zur Folge haben solle.

Die Beigeladenen zu 1) und 4) haben schriftsätzlich beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die übrigen Beigeladenen haben keinen Antrag gestellt.

Wegen des Sach- und Streitstandes im Einzelnen wird auf die Gerichtsakte und die Verwaltungsvorgänge des Beklagten Bezug genommen. Diese waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist nicht begründet.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die Kläger sind durch die angefochtene Entscheidung des Beklagten vom 01.02.2001 nicht beschwert, da diese rechtmäßig ist.

Zur Begründung verweist der Senat auf die zutreffenden Gründe des angefochtenen Urteils ([§ 153 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)) und führt ergänzend aus:

Rechtsgrundlage für Honorarkürzungen wegen unwirtschaftlicher Behandlungs- oder Ordnungsweise ist [§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#). Danach wird die Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten beurteilt. Nach den hierzu von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen ist die statistische Vergleichsprüfung die Regelprüfmethode (st. Rspr., vgl. zB. [BSGE 84, 85, 86 = SozR 3-2500 § 106 Nr. 47](#); BSG SozR a.a.O. Nr. 55). Die Abrechnungswerte des Arztes werden mit denjenigen der Fachgruppe oder einer nach verfeinerten Kriterien gebildeten engeren Vergleichsgruppe im selben Quartal verglichen. Ergibt die Prüfung, dass der Behandlungsaufwand des Arztes je Fall bei dem Gesamtfallwert, bei Sparten- oder Einzelleistungswerten (BSG SozR a.a.O. Nr. 15) in offensichtlichem Missverhältnis zum durchschnittlichen Aufwand der Vergleichsgruppe steht, ihn nämlich in einem Ausmaß überschreitet, das sich im Regelfall nicht mehr durch Unterschiede in der Praxisstruktur oder in den Behandlungsnotwendigkeiten erklären lässt, hat dies die Wirkung eines Anscheinsbeweises der Unwirtschaftlichkeit (st. Rspr. vgl. zB. BSG SozR a.a.O. Nr. 50; SozR a.a.O. Nr. 51; SozR a.a.O. Nr. 55). Dann ist es grundsätzlich Sache des geprüften Arztes, den durch die Feststellung eines offensichtlichen Missverhältnisses erbrachten Anscheinsbeweis der Unwirtschaftlichkeit seines Verhaltens durch die Geltendmachung von Praxisbesonderheiten oder kompensatorischen Minderaufwendungen zu widerlegen. Ihn trifft hinsichtlich dieser Einwendungen die Darlegungslast. Allein die Behauptung des Arztes, seine Leistungen seien erforderlich und zwischen Mehraufwand und Minderaufwand bestehe ein kausaler Zusammenhang, ist nicht geeignet, dies auch zu beweisen, denn ebenso wie im privaten Geschäftsverkehr eine

Rechnung ausreichend spezifiziert sein muss, ist auch der Vertragsarzt verpflichtet, seine Honoraranforderung für die vertragsärztliche Tätigkeit, insbesondere einen außergewöhnlichen Mehraufwand zu begründen und zu belegen (vgl. BSG, SozR 2200 § 368n RVO Nr. 31 und Nr. 57).

Bei der Überprüfung kommt den Prüfgremien ein Beurteilungsspielraum zu, weil die Festlegung des Grenzwertes für ein offensichtliches Missverhältnis von der Beurteilung zahlreicher mehr oder weniger unbestimmter und in ihren wechselseitigen Auswirkungen nicht exakt quantifizierbarer Einzelfaktoren abhängt, überdies auch die Berücksichtigung aller relevanten Umstände letztlich eine wertende Entscheidung erfordert (vgl. BSG vom 09.03.1994 - [6 RKa 18/92](#) - [SozR 3-2500 § 106 Nr. 23](#); BSG vom 15.11.1995 - [6 RKa 43/94](#) und [6 RKa 58/94](#)). Infolge dessen beschränkt sich die Kontrolle der Gerichte auf die Prüfung, ob das Verwaltungsverfahren ordnungsgemäß durchgeführt worden ist, ob der Verwaltungsentscheidung ein richtig und vollständig ermittelter Sachverhalt zugrunde liegt, ob die Verwaltung die durch die Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs ermittelten Grenzen eingehalten und ob sie ihre Subsumtionserwägungen so verdeutlicht und begründet hat, dass im Rahmen des Möglichen die zutreffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist.

In Anwendung dieser Grundsätze ist die Entscheidung des Beklagten nicht zu beanstanden.

Der Beklagte hat vorliegend das Behandlungs- und Abrechnungsverhalten der Kläger nach der Methode des statistischen Vergleichs geprüft und die Gynäkologen (Vergleichsgruppe 10, Untergruppe 3 der Vereinbarung zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung in Nordrhein gemäß § 106 SGB - Prüfvereinbarung) im Bezirk der Beigeladenen zu 8) als Vergleichsgruppe herangezogen. Auf dieser Grundlage hat er ermittelt, dass in den Quartalen IV/98 und I/99 bei den Beratungs- und Betreuungsleistungen der Nrn. 17 und 18 EBM Überschreitungen gegenüber dem Durchschnitt der Vergleichsgruppe um 138 % bis 216 % bzw. nach Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten von 135,32 % bis 1.423,84 % bestehen. Im Rahmen des ihm zukommenden Beurteilungsspielraums hat der Beklagte im Einklang mit der Rechtsprechung derartige Überschreitungen dem Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses zugeordnet (z.B. BSG a.a.O. Nr. 15).

Die hiergegen gerichteten Angriffe der Kläger gehen fehl.

Zutreffend hat der Beklagte die Vergleichsgruppe 10 Untergruppe 3 der Prüfvereinbarung herangezogen. Der Prüfung nach Durchschnittswerten liegt die Annahme zugrunde, dass die Vergleichsgruppe im Durchschnitt insgesamt wirtschaftlich handelt ([BSGE 84, 85, 86](#) = SozR a.a.O. Nr. 47; SozR a.a.O. Nr. 49; BSG, Urteil vom 27.06.2001 - [B 6 KA 43/00 R](#) -). Ausgehend von einem bestimmten, empirisch ermittelten Behandlungs- und Abrechnungsverhalten einer Gruppe von Ärzten wird untersucht, wie sich das Leistungsverhalten des betroffenen Arztes zu diesem verhält. Dieser Prüfung ist die Grundlage nur dann entzogen, wenn der Vergleich mit den durchschnittlichen Abrechnungswerten der Vergleichsgruppe zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit ungeeignet ist. Deshalb muss die jeweilige Vergleichsgruppe aus Ärzten bestehen, die ein annähernd gleichartiges Patientengut versorgen und im Wesentlichen dieselben Erkrankungen behandeln, weil nur unter dieser Voraussetzung der durchschnittliche Behandlungsaufwand der Arztgruppe geeigneter Maßstab für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungstätigkeit eines Angehörigen dieser Arztgruppe ist.

Beschränkt sich die Prüfung - wie vorliegend - auf einzelne Sparten, muss die Vergleichsgruppe so gewählt werden, dass aufgrund gemeinsamer Tätigkeitsmerkmale der ihr angehörenden Ärzte ein vergleichbarer Bedarf gerade bei den in Rede stehenden Leistungen zu erwarten ist. Das bedeutet jedoch nicht, dass jede abweichende Behandlungsausrichtung oder sonstige individuelle Besonderheit einer Arztgruppe stets zur Bildung einer engeren Vergleichsgruppe nötig ist. Auf die Bildung einer besonderen, engeren Vergleichsgruppe kann dann nicht verzichtet werden, wenn die jeweils maßgebenden Leistungsbedingungen so verschieden sind, dass von einem statistischen Vergleich von vornherein keine verwertbaren Aussagen über die Wirtschaftlichkeit oder Unwirtschaftlichkeit einer Leistung oder eines Leistungskomplexes zu erwarten sind (BSG SozR a.a.O. Nr. 36; BSG, Urteil vom 10.05.2000 - [B 6 KA 25/99 R](#) -). Davon wird u.a. auszugehen sein, wenn die Praxisausrichtung des betroffenen Arztes mit derjenigen der Vergleichsgruppe so wenig vereinbar ist, dass ein rein statistischer Vergleich keine zutreffenden Hinweise auf die Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise des betroffenen Arztes geben kann, oder wenn sich die Vermutung einer wirtschaftlichen Behandlungstätigkeit der Arztgruppe im Einzelfall als unzutreffend erweist ([BSGE 84, 85, 86, 87](#) = SozR a.a.O. Nr. 47).

Davon ausgehend entsprechen die die Praxis der Kläger prägenden Tätigkeitsmerkmale denen der herangezogenen Vergleichsgruppe.

Mit Wirkung zum 01.10.1999 haben die Beigeladenen zu 1) bis 8) im 6. Nachtrag zur Prüfvereinbarung vom 26.10.1993 die Prüfuntergruppen neu gefasst (Rhein. Ärzteblatt 12/99, 61, 64). Dabei haben sie die Fachgruppe 10 (Gynäkologen) in teilweise nach Leistungsbedarf, teilweise nach Spezialisierung (onkologisch tätige Ärzte) unterteilt.

Dass die Kläger danach der Untergruppe 3 (Vertragsärzte, die aufgrund des Leistungsbedarfs nicht den Untergruppen 1 und 2 zugehörig und die auch nicht ermächtigte Krankenhausärzte (Untergruppe 4) bzw. onkologisch verantwortliche Ärzte (Untergruppe 5)) zuzurechnen sind, steht außer Zweifel und wird von ihnen auch nicht in Abrede gestellt.

Soweit sie einwenden, aufgrund ihrer Ausrichtung auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung sei die Vergleichsgruppe weiter zu spezifizieren - nämlich so weit, dass keine homogene Vergleichsgruppe mehr existiert -, greift dies jedenfalls bei der auf einzelne Leistungssparten beschränkten Prüfung nicht.

Die Beratungs- und Betreuungsleistungen nach den Nrn. 17 und 18 EBM fallen grundsätzlich bei allen Gynäkologen an bzw. sind von diesen, sofern die Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind, abrechenbar. Insoweit besteht eine homogene Vergleichsgruppe. Wenn die Kläger dagegen anführen, bei ihnen seien im Vergleich zu den übrigen Gynäkologen gerade wegen ihrer Ausrichtung auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung regelhaft gesteigerte Beratungs- und Betreuungsleistungen nach den Nrn. 17 und 18 EBM notwendig, so ist dies nicht schlüssig.

Entgegen Ihrer Auffassung resultiert aus den von ihnen in überdurchschnittlichen Umfang durchgeführten künstlichen Befruchtungen nicht regelhaft ein gesteigerter Beratungs- und Betreuungsbedarf i.S.d. Nrn. 17 und 18 EBM. Dies folgt schon aus den nach [§ 27a Abs. 4 SGB V](#)

erlassenen Richtlinien über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung sowie Nr. 1180 EBM. Ausweislich der Richtlinien dürfen Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nur durchgeführt werden, wenn die Ehegatten zuvor von einem hierzu befugten Arzt über die medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung beraten worden und von diesem an einen anderen Arzt, der zur Durchführung dieser Maßnahmen berechtigt ist, überwiesen worden sind. Hieraus und aus der für diese Beratung ansetzbaren Nr. 1180 EBM folgt, dass beratender Arzt und der die künstliche Befruchtung durchführende Arzt nicht identisch sein dürfen. Wenn die Kläger dennoch eine weitere Beratung mit dem Inhalt der Nr. 1180 EBM erbringen und hierfür nunmehr die Nr. 17 EBM ansetzen, ist dies schon deswegen unwirtschaftlich, weil insoweit einer ärztlichen Maßnahme (künstliche Befruchtung) zwei inhaltlich weitgehend deckungsgleiche Beratungen vorgeschaltet werden. Der Senat neigt dazu, den Leistungsinhalt der Nr. 17 EBM im Zusammenhang mit einer künstlichen Befruchtung nicht als erfüllt anzusehen. Ob und inwieweit die Erbringung und Abrechnung der Nrn. 17 und 18 EBM auch einer sachlich-rechnerischen Berichtigung zugänglich ist, kann hier jedoch dahinstehen. Denn die für die Wirtschaftlichkeitsprüfung zuständigen Gremien können auch über sachlich-rechnerische Richtigstellungen mitentscheiden, sofern die Abrechnungsfragen dabei von deutlich untergeordneter Bedeutung sind (vgl. [BSGE 72, 271](#)). So liegt es hier. Ausgehend von dem Vorbringen der Kläger erbringen diese auch den Leistungsinhalt der Nr. 1180 EBM. Sie können diese Ziffer nicht abrechnen und greifen nunmehr auf die Nrn. 17, 18 EBM zurück, weil sie meinen, auch deren Leistungslegende sei erfüllt. Hierauf kommt es letztlich nicht an, denn eine Beratung und Erörterung nach Nr. 1180 EBM durch einen hierzu befugten Arzt und eine weitere Beratung und Erörterung nach Nrn. 17,19 EBM ist bei weitgehend identischem Leistungsinhalt unwirtschaftlich. Der EBM-Geber hat ungeachtet der Frage, ob die Leistungsvoraussetzungen der Nr. 17 EBM im Einzelfall erfüllt sind, im Vorfeld einer künstlichen Befruchtung nur eine spezifische Beratung und Erörterung des Ehepaares durch einen hierzu befugten Arzt vorgeesehen.

Die Aussagekraft der statischen Vergleichsprüfung wird dadurch verstärkt, dass der Beklagte den Vergleichsmaßstab verfeinert hat. Denn er hat auf der Grundlage des § 9 Abs. 3 Ziffer 3 Prüfvereinbarung einen modifizierten Vergleichsgruppendurchschnitt gebildet. Er hat die Abrechnungen der Kläger nicht mit den Werten aller Gynäkologen der Untergruppe 3 verglichen, sondern einen anwenderbezogenen Vergleich durchgeführt. Hierbei fließen in die Vergleichsgruppenwerte zu den einzelnen abgerechneten Leistung des Arztes nur die Abrechnungshäufigkeiten mit den zugrunde liegenden Fallzahlen derjenigen Ärzte der Vergleichsgruppe ein, die die jeweilige Leistung ebenfalls abgerechnet haben. Das LSG Nordrhein-Westfalen hat dazu - unter Hinweis auf die Rechtsprechung (BSG vom 08.04.1992 - SozR a.a.O. Nr. 11 und 13 -) - ausgeführt, dass der anwenderbezogene Vergleich grundsätzlich eine taugliche Methode ist, um mittels eines verfeinerten Vergleichsmaßstabs systembedingte statistische Unschärfen aufzufangen. Denn unter der Voraussetzung, dass die neue, engere Vergleichsgruppe - wie vorliegend - weiterhin eine für die statistische Vergleichsbetrachtung hinreichend große Zahl an Ärzten umfasst, kann mit Hilfe dieser Methode die Vergleichsbasis so weit verbessert werden, dass verlässliche Aussagen zur Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Tätigkeit möglich sind (Urteil vom 25.11.1997 - L 11 Ka 132/97 -, vom 03.12.1997 - L 11 Ka 145/96 - und vom 26.02.2003 - [L 10 KA 44/02](#) -).

Neben der auf einem statistischen Vergleich beruhenden Prüfung nach Durchschnittswerten hat der Beklagte auch Gesichtspunkte wie Behandlungsverhalten, unterschiedliche Behandlungsweisen innerhalb der Arztgruppen und die bei dem geprüften Arzt vorhandenen Besonderheiten in hinreichendem Maß berücksichtigt. Im Rahmen der von ihm vorgenommenen intellektuellen Prüfung hat er zutreffend den abweichenden Anteil an Rentner-, Notdienst- und Vertretungs- sowie Zuweisungsfällen als Praxisbesonderheit gewertet und die daraus resultierenden Auswirkungen einbezogen. Nicht rechtsfehlerhaft ist dabei, dass diese Besonderheiten im Bereich der sog. "Rentnerfälle" für die Kläger ungünstigere Abrechnungswerte ergeben haben. Praxisbesonderheiten sind ungeachtet der Auswirkungen zu berücksichtigen, wenn ihre Voraussetzungen erfüllt sind.

Letztlich ist entgegen der Auffassung der Kläger auch nicht zu beanstanden, dass der Beklagte eine Spartenprüfung durchgeführt hat, obgleich eine einzelne Gebührenziffer (Nr. 17 EBM) im Vordergrund der Prüfung steht. Bei einer Einzelzifferkürzung ist die Gefahr immanant, dass die Statistik infolge verengter Betrachtung zu einer Vermutung unwirtschaftlicher Behandlungsweise führt. Deswegen bedarf es im Prüfbescheid umso mehr eingehender Darlegungen zur Vergleichsgruppenbildung, zur Homogenität, zur Gesamtwirtschaftlichkeit und etwaiger Kompensationen sowie zum Behandlungsverhalten sowohl des geprüften Arztes als auch der Vergleichsgruppe. Unter Berücksichtigung des eingeholten Prüferats, des Vorbringens der Kläger im Widerspruchsverfahren sowie der sonstigen von Amts wegen zu beachtenden Umstände ist der Beklagte diesen Anforderungen gerecht geworden. Im Übrigen war der Beklagte nicht gehindert, statt einer Einzelzifferkürzung eine Spartenkürzung vorzunehmen. Dies gilt jedenfalls dann, wenn - wie hier - in der jeweiligen Sparte lediglich eine Leistungsziffer (hier: Nr. 17, 18 EBM) abgerechnet wird.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§§ 183](#) und [193 SGG](#) in der bis zum 01.01.2002 geltenden Fassung.

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2004-06-14