

## B 6 KA 45/02 R

Land  
Bundesrepublik Deutschland  
Sozialgericht  
Bundessozialgericht  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
6  
1. Instanz  
SG Mainz (RPF)  
Aktenzeichen  
S 1 KA 264/99  
Datum  
11.10.2000  
2. Instanz  
LSG Rheinland-Pfalz  
Aktenzeichen  
L 5 KA 72/00  
Datum  
27.09.2001  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 6 KA 45/02 R  
Datum  
16.07.2003  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Zu den Voraussetzungen der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Einzelleistungen.

Auf die Revision des Beklagten wird das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 27. September 2001 aufgehoben, soweit es die Kürzungen 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 Honorarkürzungen aus Anlass von Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

Der Kläger ist seit 1980 als praktischer Arzt (seit 1996 Arzt für 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 gegenüber der Fachgruppe um 11 % bzw 4 % erhöht.

Im Juli bzw September 1996 beantragten die zu 1. beigeladene Kassenärztliche Vereinigung und die zu 2. bis 6. beigeladenen Krankenkassen bei dem Prüfungsausschuss, die Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise des Klägers für die Quartale I und II/1996 zu überprüfen, ua bei der damals mit 450 Punkten bewerteten Nr 18 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für 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 (ausführende Ärzte der Fachgruppe: 24-mal (2 %) bzw 22,2-mal (1,98%)); daraus ergaben sich im Vergleich zum Durchschnitt der ausführenden Ärzte Überschreitungen von +558 % bzw +416 %. Der Prüfungsausschuss billigte dem Kläger bei Nr 18 EBM-Ä eine Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts um 50 % zu und kürzte das darüber hinausgehende Honorar. Insgesamt ergaben sich - die Nrn 11, 19, 21, 26, 42 und 801 EBM-Ä mit umfassende - Kürzungen von 10.407,95 DM (Quartal I/1996) bzw 5.338,31 DM (Quartal II/1996); zugleich wurde für das Quartal IV/1995 ein Arzneimittelregress festgesetzt (Bescheide vom 27. August 1998).

Die - nicht begründeten - Widersprüche des Klägers wies der beklagte Beschwerdeausschuss zurück. Die Abrechnungswerte bei Nr 18 EBM-Ä überschritten weit die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis. Die Notwendigkeit für Gesprächsleistungen von mehr als 30 Minuten sei nach den Erkrankungsbildern in den weitaus meisten Fällen nicht erkennbar. Umstände, die den Mehrbedarf gegenüber den Ansätzen der Vergleichsgruppe erklären könnten, seien - auch bei Würdigung des Gesamtfallwerts - nicht ersichtlich. Die zugebilligten +50 % Überschreitung gegenüber den durchschnittlichen Ansätzen der ausführenden Fachkollegen gewährten dem Kläger einen mehr als ausreichenden Spielraum für 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 entferne. 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 höchstrichterlichen 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 entsprechend 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 Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 11. Oktober 2000 zurückzuweisen, soweit es die Honorarkürzungen der Nr 18 EBM-Ä anbelangt.

Der Kläger beantragt,  
die Revision zurückzuweisen.

Er hält das Urteil des LSG für zutreffend. Der Schluss auf seine unwirtschaftliche Behandlungsweise sei trotz der häufigen Abrechnung der Nr 18 EBM-Ä in den streitigen Quartalen nicht gerechtfertigt. Seine Ansätze 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 ermögliche sie verlässliche 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 Überschreitungen ergäben dabei nicht mehr aussagekräftig hohe Überschreitungswerte. Die angenommene Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis von +50 % über dem Fachgruppendurchschnitt sei zudem deutlich zu niedrig.

Die Beigeladenen zu 2., 6. und 7. schließen sich dem Antrag des Beklagten an.

Die Beigeladene zu 2. hält das LSG-Urteil für fehlerhaft. Der Kläger habe gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen, da ein Vertragsarzt auch bei jeder Einzelleistung wirtschaftlich sein müsse und der Nachweis der Unwirtschaftlichkeit dabei ebenfalls statistisch geführt werden könne. Die Leistung Nr 18 EBM-Ä sei wegen ihrer weiten Verbreitung in der Fachgruppe fachgruppentypisch. Der prozentual geringe Ansatz der Gebühren-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 Wirtschaftlichkeitsprüfung bei geringem Ansatz von Einzelleistungen in der Vergleichsgruppe ausgeschlossen wäre; andere Prüfmethode sieden - weil unverhältnismäßig aufwändig - aus. Die vom Beklagten belassenen Restüberschreitungen von +50 % seien angemessen, zumal das BSG bei Einzelleistungen sogar 40 % als Grenzwert akzeptiere; nötig sei insoweit nur eine - hier vorliegende - alle relevanten Umstände berücksichtigende, wertende Entscheidung des Prüfungsgremiums.

II

Die Revision des beklagten Beschwerdeausschusses ist begründet.

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-Ä 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 [§ 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 Regelprüfmethode (stRspr, vgl zB [BSGE 84, 85, 86 = SozR 3-2500 § 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 - bzw 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 § 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 § 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 § 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 § 106 Nr 15](#) S 88; [BSGE 74, 70, 71 = SozR aaO § 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 bestätigen lässt oder mit zu großen Unsicherheiten behaftet ist (vgl zB [BSGE 71, 194, 199 = SozR 3-2500 § 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 § 106 Nr 15](#) S 91 und 93; BSG [SozR 3-2500 § 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 § 106 Nr 15](#) S 88 f; [BSGE 74, 70, 76 = SozR 3-2500 § 106 Nr 23](#) S 130; [BSGE 76, 53, 57 = SozR 3-2500 § 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 § 106 Nr 15](#) S 88; BSG [SozR 3-2500 § 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 Prüfgremien 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 § 106 Nr 15](#) S 88 f; [BSGE 74, 70, 74, 76 = SozR 3-2500 § 106 Nr 23](#) S 128, 130; [BSGE 76, 53, 57 f = SozR 3-2500 § 106 Nr 26](#) S 148 f; vgl auch: Engelhard in: Hauck/Noftz, SGB V, K § 106 RdNr 222 ff mwN; Clemens in: Schulin (Hrsg), Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd 1, 1994, § 35 RdNr 145, 148 f mwN). Nr 18 EBM-Ä kann in diesem Sinne von ihrem Leistungsinhalt her als für die herangezogene Vergleichsgruppe der Allgemeinärzte fachgruppentypische Grundleistung angesehen werden. Das ergibt sich schon aus der systematischen Stellung der Gebühren-Nr im Abschnitt B II. 2. EBM-Ä. Die Nr wird dort unter der Kapitelüberschrift "Grundleistungen ..." bei den "Fachübergreifenden Beratungs- und Betreuungsgrundleistungen" aufgeführt und ist als Zuschlag zu den diagnostischen und therapeutischen Elementarleistungen der Nr 10, 11 und 17 EBM-Ä ("Gespräch", "Beratung und Instruktion", "Diagnostik und/oder Behandlung ... durch Gespräch", "Beratung und Erörterung") ausgestaltet; sie darf nur bei einer "Gesprächsdauer von mehr als 30 Minuten" angesetzt werden. Nr 18 EBM-Ä zeichnet sich daher nicht durch eine spezielle, in bestimmter Weise fachlich qualifizierten Ärzten vorbehaltenen Leistungslegende aus; sie knüpft 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 anschließend beratend therapeutische Hinweise oder Begleitinformationen zu geben bzw (zB medizinisch-technische oder medikamentöse) Therapiemaßnahmen näher zu erläutern. Es handelt sich dabei um Leistungen, die nicht durch solche anderer Art bzw einer besonderen Therapierichtung (vgl [§ 2 Abs 1 Satz 2 SGB V](#)) zu ersetzen sind (vgl dazu allgemein [BSGE 81, 86, 95 = SozR 3-2500 § 87 Nr 18](#) S 91). Wie sehr die Erbringung von Beratungs- und Betreuungsleistungen - einschließlich derjenigen nach Nr 18 EBM-Ä - 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-Ä Reform verbreitet war, ergibt sich nicht zuletzt daraus, dass insbesondere das Ausmaß der Abrechnung dieser Leistungen im Juni 1996 Anlass für den Bewertungsausschuss war, deren Bewertung durch die Schaffung von Teilbudgets wieder herabzusetzen (vgl im Einzelnen [BSGE 81, 86, 97 = SozR 3-2500 § 87 Nr 18](#) S 92 f).

Nr 18 EBM-Ä ist nach den von den Prüfgremien übernommenen Feststellungen des LSG von der Vergleichsgruppe in den streitigen Quartalen auch tatsächlich in einem Ausmaß erbracht worden, das ihre Charakterisierung als fachgruppentypische Leistung rechtfertigt. Allgemein müssen die Anzahl der die Leistung ausführenden Ärzte im Verhältnis zur Fachgruppe insgesamt sowie die Anwendungshäufigkeit beim geprüften Arzt und bei den übrigen ausführenden Ärzten einen statistischen Vergleich stets in dem Sinne zulassen, dass im konkreten

Fall verlässliche Aussagen zur Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung möglich sind. Letztes hängt 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 Prüfungsgremien haben insoweit einen Beurteilungsspielraum, dh ihre Entscheidungen sind rechtmäßig, wenn alle für die Fragestellung erheblichen Tatsachen berücksichtigt wurden und die daraus gezogenen Schlussfolgerungen sachlich vertretbar sind (vgl [BSGE 71, 194](#), 196 f = [SozR 3-2500 § 106 Nr 15 S 88](#); [BSGE 74, 70](#), 71 ff = [SozR 3-2500 § 106 Nr 23 S 124 ff](#); [BSGE 76, 53](#), 57 f = [SozR 3-2500 § 106 Nr 26 S 148 f](#)). In zahlenmäßiger Hinsicht hat der Senat diese Voraussetzungen (noch) bejaht, wenn über 50 % der Mitglieder der Vergleichsgruppe eine Gebühren-Nr mindestens in 5 bis 6 % aller Behandlungsfälle abgerechnet haben (so BSG, Urteil vom 30. November 1994 - [6 RKa 38/93](#) = USK 94143; ebenso als Grenzwert: Engelhard, aaO, K § 106 RdNr 223 mwN; vgl auch [BSGE 71, 194](#), 197 = [SozR 3-2500 § 106 Nr 15 S 89](#) (6 % der Behandlungsfälle)).

In den streitigen Quartalen haben 529 bzw 497 ausführende Ärzte der insgesamt etwa 600 Ärzte 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 Maße verbreitet war. Er schließt zugleich aus, dass sich insoweit beim Vergleich mit dem Kläger zu seinen Lasten bloß zufällig erhöhte statistische Werte beim Ansatz der streitigen Leistungsposition als Folge einer möglicherweise sich verfälschend 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 Fälle abgerechnet wurde. Zwar trifft es - wie dargestellt - zu, dass der Senat bislang erst eine Abrechnungshäufigkeit von ca 5 bis 6 % der Fälle unbeanstandet gelassen hat. Es ist indessen klarzustellen, dass dieser Wert nicht im Sinne einer absoluten Untergrenze verstanden werden darf. Für die hinreichende Verbreitung der Leistung in der Fachgruppe ist vielmehr entscheidend, dass eine Gesamtschau der in den Vergleich einbezogenen Umstände (insbesondere Art und Anwendungsbereich der Leistung, Behandlungsverhalten der Arztgruppe) es ermöglichen muss, noch von einer zuverlässigen Vergleichsbasis sprechen zu können. Solches kann - wie hier - auch bei einem darunter liegenden Abrechnungsprozentsatz der Fall sein.

Das Recht der vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung nach statistischen Grundsätzen beruht auf der Vorstellung, dass die überwiegende Mehrheit der Vergleichsgruppe der Ärzte in Bezug auf die geprüften Leistungen wirtschaftlich behandelt, dass die dabei gewonnenen Durchschnittswerte also maßgebliches methodisches Kriterium zum Nachweis der Unwirtschaftlichkeit bei dem betroffenen Arzt sein können (vgl schon BSG SozR 2200 § 368n Nr 3 S 11). Diese Grundannahme ist dann erschüttert, wenn die Basis des Vergleichs so unsicher ist, dass auf Grund von Zufällen und Unwägbarkeiten die Gefahr besteht, keine aussagekräftigen Ergebnisse mehr gewinnen zu können. Das ist insbesondere dann zu besorgen, wenn ein extrem unterschiedliches individuelles Abrechnungsverhalten nur noch rein rechnerisch zu einem statistisch-mathematischen Mittelwert führt, den in der Realität aber gar kein Arzt bzw - innerhalb großer Vergleichsgruppen - nur einzelne, für die Gesamtgruppe in keiner Weise repräsentative Ärzte abgerechnet haben. Dieses Risiko schlägt besonders dann durch, wenn die Prüfungsgremien eine sehr kleine Vergleichsgruppe gebildet haben, während bei größeren Gruppen sog "Ausreißer" per se statistisch nicht entscheidend ins Gewicht fallen (vgl Heral in: Ehlers (Hrsg), Wirtschaftlichkeitsprüfung, 2. Aufl 2002 RdNr 126; s auch BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr 50 S 265](#) (zum Auftreten schwererer und leichter Behandlungsfälle)).

Statistische Zufälle zum Nachteil des Klägers sind hier schon wegen der Größe der Gruppe von ca 600 allgemeinmedizinisch tätigen und weit mehr als 80 % abrechnenden Ärzten in dieser Gruppe unwahrscheinlich. Darüber hinaus sind bei der Bildung der großen, ca 480 Ärzte umfassenden Vergleichsgruppe von vornherein diejenigen Ärzte gänzlich unberücksichtigt geblieben, in deren Abrechnung Nr 18 EBM-Ä überhaupt nicht eingeflossen ist (Eliminierung der sog Nullabrechner). Grundlage des Vergleichs ist zudem eine fachgruppentypische Leistung, die als bloße Zuschlags-Nr zu anderen Grundleistungen des Arztes keine spezielle zusätzliche Verrichtung oder Praxisinfrastruktur erfordert, sondern allein einen zeitlichen Mehraufwand von erheblicher Dauer erfasst. Wie dargestellt, erfordert Nr 18 EBM-Ä eine ärztliche Patientenzuwendung von mehr als 30 Minuten und ist entsprechend - zusätzlich zu den ebenfalls bereits mit jeweils 450 Punkten bewerteten Grundleistungen nach Nr 10, 11 und 17 EBM-Ä - mit weiteren 450 Punkten im Vergleich zu anderen Leistungen des EBM-Ä hoch bewertet worden. Für eine solche Gebühren-Nr kann bei einer mehr als 80%igen Verbreitung in der Fachgruppe nicht gefordert werden, dass die ausführenden Ärzte sie durchschnittlich mindestens in 5 bis 6 % der Fälle angesetzt haben; denn gegen das Erfordernis eines solch hohen Mindestansatzes sprechen schon die Begrenztheit der dem einzelnen Hausarzt zur Verfügung stehenden täglichen Arbeitszeit und die damit im Praxisalltag ebenso nur beschränkte Möglichkeit eines mehr als halbstündigen Arzt-Patienten-Gesprächs (zum Gesichtspunkt der beschränkten Ansatzmöglichkeit bei zeitgebundenen Leistungen vgl bereits [BSGE 83, 205](#), 210, 213 ff = [SozR 3-2500 § 85 Nr 29 S 216, 219 ff](#); [BSGE 84, 235](#), 238 ff = [SozR 3-2500 § 85 Nr 33 S 253 ff](#) (Psychotherapie)). Wegen dieser Besonderheiten ist bei Nr 18 EBM-Ä der niedrigere Wert von (hier) ca 2 % innerhalb der Vergleichsgruppe der Abrechner jedenfalls dann aussagekräftig für einen statistischen Vergleich, wenn die Anzahl der behandelten Patienten bei dem betroffenen Arzt im Bereich des Fallgruppendurchschnitts liegt und sich bei der verglichenen EBM-Ä-Nr auch in absoluten Zahlen eine nicht nur unbedeutende Häufigkeit einschlägiger Behandlungsfälle bei einer Vielzahl von Praxen ergibt. Beides ist hier zu bejahen, weil der Kläger 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-Ä auch bei einem durchschnittlich 2%igen Ansatzes im Quartalsmittel immerhin ca 22 bis 26-mal je Praxis erbracht worden ist. Zwar hätte bereits die 3%ige Ansatzhäufigkeit eines einzelnen Arztes gegenüber der 2%igen in der Fachgruppe einen Überschreitungswert von +100 % zur Folge; das wirkt sich hier jedoch nicht in verfälschender Weise nachteilig für den Kläger aus. Denn im vorliegenden Fall bedeuten jede +100 % auch stets einen Mehransatz von ca 11 bis 13 Fällen pro Quartal bzw - bezogen auf die Bewertung mit 450 Punkten - ein Plus von 4.950 bis 5.850 Punkten. Wenn der Kläger also bei Nr 18 EBM-Ä in den Quartalen I und II/1996 sogar Überschreitungswerte von +558 % bzw +416 % aufweist, sind dies nicht nur vordergründig 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 überhöhtem Ausmaß abgerechnet hat, auf die zwar die große Mehrzahl vergleichbarer Ärzte ebenso zurückgegriffen hat, jedoch - statistisch signifikant - in deutlich geringerem Umfang. Die Richtigkeit dieser Aussage wird bestätigt, wenn man zudem is einer Ergebniskontrolle würdigt, dass nach den ergänzenden, schlüssigen Darlegungen des Beklagten im Revisionsverfahren auch die Häufigkeit der Nr 18 EBM-Ä in Relation zu den Ansätzen der Bezugsleistungen (Nr 10, 11, 17 EBM-Ä) den Hinweis auf Unwirtschaftlichkeit bekräftigt (vgl zu dieser Methode BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr 36 S 206](#)); hinsichtlich der Bezugsleistung nach Nr 11 EBM-Ä 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-Ä in Relation zur Gesamtmenge der Basisleistungen nach Nr 10, 11 und 17 EBM-Ä 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 Fachgruppendurchschnitts 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 - [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 § 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 Fachgruppendurchschnitts (= +100 %) anzusetzen (vgl [BSGE 50, 84](#), 86 = SozR 2200 § 368e Nr 4 S 8 mwN; [BSGE 71, 194](#), 198 f = [SozR 3-2500 § 106 Nr 15](#) S 90; [BSGE 74, 70](#), 76 = [SozR 3-2500 § 106 Nr 23](#) S 130; ebenso Clemens, aaO, § 35 RdNr 153; Engelhard, aaO, K § 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 § 368n Nr 48](#) S 162 (Zahnärztliches Honorar); BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr 41](#) S 225 (Arzneikostenregress); Engelhard, aaO, K § 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 § 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 Fachgruppendurchschnitts 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 mit berücksichtigt haben, es also um eine Grenzwertfestlegung geht, die erfolgt, nachdem die statistische Vergleichsprüfung der Wirtschaftlichkeit bereits um anerkennenswerte individuelle Umstände des Arztes "bereinigt" worden ist (so BSG [SozR 3-2500 § 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 bestätigenden - Ausführungen lassen hinreichend erkennen, wie das Behandlungsverhalten des Klägers bewertet wurde und welche Gründe für die getroffene Kürzungsmaßnahme ausschlaggebend waren (vgl zu den entsprechenden Anforderungen BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr 41](#) S 225; Engelhard, aaO, K § 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 - jenseits von +50 % über dem Fachgruppendurchschnitt - 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 § 368n Nr 49](#) S 168; BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr 38](#) S 212; zuletzt Urteil des Senats vom 21. Mai 2003 - [B 6 KA 32/02 R](#), mwN (zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen)). Letzteres ist im vorliegenden Fall geschehen. Gemäß [§ 54 Abs 2 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ist eine derartige Ermessensentscheidung von den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit nur daraufhin zu überprüfen, 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 § 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 [§ 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 [§ 12 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) Ausdruck verliehen wird (vgl auch [§§ 70 Abs 1 Satz 2, 72 Abs 2, 75 Abs 1 SGB V](#)). Da aus [§ 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 [§ 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 § 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.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2003-12-01