

L 12 KA 111/99

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 42 KA 59/97

Datum

23.06.1998

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 12 KA 111/99

Datum

06.12.2000

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Auf die Berufung des Klägers hin werden das Urteil des Sozialgerichts München vom 23. Juni 1998 sowie der Bescheid des Beklagten vom 26. November 1996, jeweils das 2. Quartal 1995 betreffend, aufgehoben und der Beklagte wird verurteilt, über den Widerspruch des Klägers gegen den Bescheid des Prüfungsausschusses vom 18. Oktober 1995 erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichtes zu entscheiden.

II. Der Beklagte hat dem Kläger die außergerichtlichen Kosten des Rechtsstreites zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die vom Beklagten bestätigte Kürzung des vom Kläger angeforderten Honorars im Quartal 2/95 wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise durch den Prüfungsausschuss streitig.

Der Kläger war im streitigen Zeitraum als Internist in B ... niedergelassen und als Vertragsarzt zugelassen.

Im Quartal 2/95 rechnete er 266 Fälle der gesetzlichen Krankenversicherung ab. Mit dieser Fallzahl lag er um 68,1 % unter der Durchschnittsfallzahl der Arztgruppe 190/2, die 834 betrug. Der Rentneranteil des Klägers lag um 52,5 % über dem durchschnittlichen Rentneranteil der Arztgruppe.

Mit einer Honoraranforderung von 2.443,3 Punkten je Fall überschritt der Kläger den gewichteten Durchschnittsfallwert der Arztgruppe von 1.332,4 Punkten um 83,4 %. Bei den Eingehenden Untersuchungen (Leistungsgruppe 03) forderte er je Fall 247,4 Punkte an. Hier betrug der gewichtete Durchschnittswert der Arztgruppe 153,3 Punkte und wurde vom Kläger um 94 Punkte bzw. 61,3 % überschritten. Bei den Sonderleistungen (Leistungsgruppe 08) betrug die Honoraranforderung des Klägers je Fall 1.600 Punkte, während die Vergleichsgruppe eine gewichtete Honoraranforderung von 571,1 Punkte hatte. Die Überschreitung des Klägers betrug damit pro Fall 1.028,9 Punkte bzw. 180,2 %. In den übrigen Leistungsgruppen lagen folgende Abweichungen vor: Beratungen/Visiten + 43,0 % Besuche - 63,7 % Allgemeine Leistungen - 32,2 % Basis/Allgemeine Laboruntersuchungen - 19,4 % Radiologische Leistungen - 28,2 % Physikalisch-medizinische Leistungen und spezielle Laboruntersuchungen wurden vom Kläger nicht abgerechnet.

Aus der Übersicht über die Abrechnungs- und Verordnungswerte ist ersichtlich, dass der Kläger je Fall Arzneikosten (ohne Sprechstundenbedarf) in Höhe von 153,05 DM verursachte, der Wert der Vergleichsgruppe beträgt 128,37 DM und wird vom Kläger um 19,2 % überschritten. Der Sprechstundenbedarf des Klägers je Fall betrug 4,47 DM, der der Vergleichsgruppe 4,84 DM. Hier liegt eine Unterschreitung um 7,6 % vor. Je Fall verordnete der Kläger physikalisch-medizinische Leistungen im Höhe von 0,46 DM, der Vergleichswert beträgt hier 7,21 DM und wird vom Kläger um 93,6 % unterschritten. Der Kläger hat auf 100 Fälle 7,7 Krankenhauseinweisungen, die Vergleichsgruppe 2,5. Auf 100 Behandlungsfällen von Mitgliedern hatte der Kläger 16,1 abgeschlossene AU-Werte, die Vergleichsgruppe 17,3. Während der Anteil der Aktivüberweisungen beim Kläger 12,0 % betrug, beträgt dieser Wert in der Vergleichsgruppe 13,1 %.

Am 15. August 1995 beantragten die Beigeladenen zu 1) mit 5) die Honorarabrechnung des Klägers für das Quartal 2/95 auf ihre Wirtschaftlichkeit hin zu überprüfen. Sie wiesen dabei auf die Überschreitungen in den Leistungsgruppen 03 und 08 sowie beim Gesamtfallwert hin. Es liege ein offensichtliches Missverhältnis vor, das eine Unwirtschaftlichkeit vermuten lasse.

Mit Bescheid vom 18. Oktober 1995 kürzte der Prüfungsausschuss Ärzte Oberfranken, die Honoraranforderung des Klägers in der Leistungsgruppe 03 um 10 % und in der Leistungsgruppe 08 um 50 %. Es wurde festgestellt, dass die Honoraranforderung des Klägers in

den beanstandeten Leistungsgruppen die durchschnittliche Honoraranforderung der Arztgruppe in einem offensichtlichen Missverhältnis überschreite. Berücksichtigt worden sei, dass folgende Besonderheiten vorlägen: 1. Relativ niedrige Fallzahl (verminderte Kostenstreuung), 2. Sonographie, 3. Proktologie. Einsparungen seien erkennbar beim Sprechstundenbedarf sowie bei den AU-Fällen. Eine Stellungnahme des Klägers vom 16. August 1995 sei bei der Entscheidung berücksichtigt worden.

Am 25. Oktober 1995 legte der Kläger gegen den Bescheid des Prüfungsausschusses Widerspruch ein. Eine Begründung werde folgen. Mit Schreiben vom 12. Februar 1996 wurde der Kläger zu einer Sitzung des Beklagten am 23. März 1996 geladen. Am 20. März 1996 bat der Kläger um Verlegung des Termines vom 23. März 1996, da er infolge eines berufsbedingten Umzuges verhindert sei. In einem Schreiben vom 21. März 1996 wurde dem Kläger mitgeteilt, dass sein Widerspruchsverfahren von der Sitzung des Beklagten am 23. März 1996 abgesetzt worden sei.

Am 28. Mai 1996 wurde der Kläger erneut zu einer Sitzung des Beklagten am 13. Juli 1996 geladen. Er bat am 10. Juli 1996 auch diesen Termin zu verlegen, da es wegen der geplanten Praxisübergabe Schwierigkeiten gebe. In der Sitzung am 13. Juli 1996 wurde abgesetzt.

Am 7. August 1996 wurde der Kläger dann zur Sitzung des Beklagten am 25. September 1996 geladen. Ein erneuter Vertagungsantrag des Klägers ging am 22. August 1996 beim Beklagten ein. Ihm wurde daraufhin mitgeteilt, dass über diesen dritten Vertagungsantrag der Beschwerdeausschuss in seiner Sitzung entscheiden werde. Mit Schreiben vom 18. September 1996 wurde der Kläger dann informiert, dass seinem Antrag auf Absetzung nicht entsprochen werde. Die geschilderte Existenznot werde durch eine weitere Verzögerung des Verfahrens nicht verbessert, sondern unter Umständen umgekehrt.

Mit Widerspruchsbescheid vom 26. November 1996 wies der Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück (beschlossen in der Sitzung am 25. September 1996). Die Überschreitungen in der Leistungsgruppe "Eingehende Untersuchungen" und "Sonderleistungen" stellten ein offensichtliches Missverhältnis dar, das die Vermutung der Unwirtschaftlichkeit begründe. Aus den vorliegenden statistischen Prüfungsunterlagen sei keine Praxisbesonderheiten offenkundig. Eine schriftliche Begründung des Widerspruches durch den Kläger liege nicht vor. Den vom Kläger in früheren Widersprüchen angeführten erhöhten Rentneranteilen sei durch die Gewichtung der Vergleichswerte bereits Rechnung getragen. Bei stichprobenhafter Durchsicht der Behandlungsunterlagen sei kein für eine internistische Praxis außergewöhnliches Patientengut bzw. eine besondere Häufung so genannter schwerer Fälle oder ein spezielles kardiologisches Patientengut erkennbar. Es würden Quartal für Quartal bei den gleichen Patienten immer wieder die gleichen Untersuchungen (auch aufwändige Untersuchungen) durchgeführt, die sicher nicht jedes Quartal notwendig seien. Die erbrachten Leistungen seien oftmals durch die auf den Behandlungsunterlagen eingetragenen Diagnosen nicht begründet. Die in früheren Widersprüchen angeführten schweren Fälle stellten keine Praxisbesonderheit dar. Sie seien auch bei anderen Ärzten der Vergleichsgruppe vorhanden. Die Ausstattung einer Praxis und der Umfang dieser Ausstattung sowie die Ausbildung des Praxisinhabers oder das Leistungsspektrum stellten als solches noch keine Mehrkosten verursachende Besonderheit dar. Auch eine unterdurchschnittliche Fallzahl sei grundsätzlich keine Praxisbesonderheit. Kompensationsfähige Einsparungen seien nicht erkennbar. Ausgehend vom gewichteten Arztgruppendurchschnitt zuzüglich einer 20 %igen Streubreite stellte der Beklagte dann fest, dass in der Leistungsgruppe 03 eine Kürzung um 26 % und in der Leistungsgruppe 08 eine Kürzung um 57 % möglich sei. Obwohl eine Kürzung von 26 % in der Leistungsgruppe 03 bzw. 57 % in der Leistungsgruppe 08 erforderlich gewesen wäre, könne aufgrund des Verböserungsverbot eine solche nicht festgesetzt werden. Der Widerspruch sei deshalb zurückzuweisen. Die nach Prüfung belassene Restüberschreitung in der Leistungsgruppe 03 wurde mit 45,24 % und in der Leistungsgruppe 08 mit 40,08 % angegeben. Dieser Bescheid wurde dem Kläger am 27.11.1996 zugestellt.

In einem Schreiben vom 5. Dezember 1996 an den Beklagten führte der Kläger aus, die Widerspruchsbescheide für das 2., 3. und 4. Quartal 1995 erkenne er nicht an. Die Sitzung habe am 25. September 1996 in B ... stattgefunden. Erst zwei Tage später habe er die Nachricht erhalten, dass seiner Bitte, die Sitzung zu verschieben, nicht entsprochen worden sei. Damit habe er keine Möglichkeit zur Verteidigung gehabt. Wegen der für ihn existenziellen Bedeutung des Widerspruchsverfahrens sei es mehr als verständlich, dass er persönlich gehört werden sollte. Er bitte deshalb, die Widerspruchsbescheide zurückzunehmen. Der Beklagte betrachtete dieses Schreiben als eine Klage gegen die Widerspruchsbescheide und leitete sie an das Sozialgericht München weiter, wo sie am 13. Dezember 1996 einging. Eine weitere schriftliche Begründung der Klage erfolgte nicht. Zur mündlichen Verhandlung am 23. Juni 1998 erschien der Kläger aber persönlich.

In der mündlichen Verhandlung verband das Sozialgericht den vorliegenden Rechtsstreit mit sechs weiteren Honorarstreitigkeiten des Klägers zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung.

Mit Urteil vom 23. Juni 1998 wies das Sozialgericht München die Klagen - darunter die das Quartal 2/95 betreffende - ab. Die Klage sei zwar zulässig, aber unbegründet. Bezüglich der Besonderheiten des hier streitigen Quartals führte das Sozialgericht aus: Da nach der nicht angreifbaren Beurteilung des Beklagten Praxisbesonderheiten oder kausale Einsparungen nicht anzuerkennen oder zu bewerten wären, entfalle auch die Erforderlichkeit einer nochmaligen Überprüfung, ob weiterhin von dem Bestehen des zuvor festgestellten offensichtlichen Missverhältnisses auszugehen sei. Angesichts der belassenen Restüberschreitungen, durchwegs 40 % und höher, habe der Beklagte den etwas überdurchschnittlichen Streuungen in der gewählten Vergleichsgruppe ausreichend Rechnung getragen. Bei dem hier vorliegenden Sachverhalt bestehe darüber hinaus kein Grund mehr, der Kürzungshöheentscheidung über die angegebene Begründung hinaus zu rechtfertigen. Ein Verfahrensfehler liege nicht vor, da der Kläger grundsätzlich nicht mit einer Terminverlegung rechnen durfte, solange seinem Terminverlegungsantrag nicht entsprochen war. Er habe deshalb grundsätzlich davon ausgehen müssen, dass die angesetzte Ausschusssitzung stattfinde. Im Übrigen sei auch nicht erkennbar, dass der Kläger einen Anspruch auf Verlegung gehabt habe. Erhebliche Gründe hierfür seien nicht glaubhaft gemacht worden.

Gegen dieses am 11. November 1998 zur Post gegebene Urteil legte der Kläger Berufung ein, die am 3. Dezember 1998 beim Sozialgericht München einging. Mit Beschluss vom 14. September 1999 trennte der Senat für das Berufungsverfahren die vom Sozialgericht verbundenen Verfahren wieder.

Am 14. Dezember 1998 wurde der Kläger zum ersten Mal um Übersendung der Berufungsbegründung gebeten. Mit Schreiben vom 19. März 2000 und 5. September 2000 wurde er an die Übersendung der Berufungsbegründung erinnert, die bis zum Schluss der mündlichen Verhandlung beim Senat nicht einging.

Den Verlegungsgesuchen des Klägers vom 16. November und 22. November 2000, die im Wesentlichen mit einer Terminkollision mit einer Sitzung des Zulassungsausschusses Ärzte - Oberbayern - sowie privater Probleme begründet werden, hat der Vorsitzende des Senats vor allem deswegen nicht entsprochen, weil die Ladung des Senats dem Kläger bereits vor der Ladung des Zulassungsausschusses zugegangen war.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 23. Juni 1998 bezüglich der Klage mit dem Az.: S 42 Ka 59/97 und den Widerspruchsbescheid des Beklagten vom 26. November 1996 - das Quartal 2/95 betreffend - aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, über den Widerspruch des Klägers gegen den Bescheid des Prüfungsausschusses vom 18. Oktober 1995 erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichtes zu entscheiden.

Die Vertreter der Beigeladenen zu 1) und der Vertreter der Beigeladenen zu 2) beantragen,

die Berufung zurückzuweisen.

Dem Senat liegen zur Entscheidung die Verwaltungsunterlagen des Beklagten sowie die Klageakte, Az.: S 42 Ka 59/97, und die Berufungsakte, Az.: [L 12 KA 111/99](#), vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§ 143](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte sowie gemäß [§ 151 Abs.1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist begründet. Der Bescheid des Beklagten vom 26. November 1996, das 2. Quartal 1995 betreffend, der allein Gegenstand des Klage- und Berufungsverfahrens ist (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr.22](#) S.118 f), hält einer rechtlichen Überprüfung nicht stand. Das Sozialgericht hat deshalb die gegen diesen Bescheid erhobene kombinierte Anfechtungs- und verpflichtungsklage zu Unrecht abgewiesen.

Der Bescheid vom 26. November 1996 ist aber zunächst nicht schon deshalb aufzuheben, weil er verfahrensfehlerhaft zustande gekommen ist. Zwar wurde der zweite Verlegungsantrag des Klägers vom 21. August 1996 bezüglich des Quartals 2/95 von der unzuständigen Stelle - dem Beklagten - und nicht, wie in der Protokollnotiz zu § 9 Abs.5 der Bayerischen Prüfungsvereinbarung vorgesehen, von der KVB-Bezirksstelle als Geschäftsstelle des Beklagten verbeschieden. Dieser Verstoß führt aber weder zur Nichtigkeit des Verwaltungsaktes im Sinne von [§ 40 SGB X](#) noch zu dessen Aufhebbarkeit im Sinne von [§ 42 SGB X](#). Die vorliegende Fallgestaltung ist vielmehr wie die Entscheidung einer behördenintern unzuständigen Stelle zu behandeln, bei der ebenfalls weder eine Nichtigkeit noch eine Aufhebbarkeit des Verwaltungsaktes angenommen wird (vgl. Schroeder-Printzen und andere, SGB X, § 40 Rdnr.17; Stelkens-Bonk-Sachs, Kommentar zum Verwaltungsverfahrensgesetz, § 44 Rdnr.90). Beschwerdeausschuss und Geschäftsstelle der KVB bilden letztlich eine Behörde. Gemäß [§ 2 Abs.1 Satz 1 und 2](#) der Bayer. Prüfungsvereinbarung werden die Beschwerdeausschüsse bei den KVB-Bezirksstellen gebildet und die Geschäfte der Ausschüsse von der KVB über ihre Bezirksstellen geführt. Gemäß [§ 2 Abs.2](#) der Bayer. Prüfungsvereinbarung hat die Geschäftsstelle im Auftrag des Vorsitzenden alle für die Durchführung des Verfahrens erforderlichen Vorbereitungsmaßnahmen unverzüglich zu treffen. Weiter ist zu berücksichtigen, dass die Verlagerung der Entscheidungskompetenz über die ersten beiden Verlegungsanträge vom Beklagten auf die Geschäftsstelle allein dem Zwecke dient, den Beklagten zu entlasten, diese Zuständigkeitsverlagerung hat aber keinerlei Schutzwirkung zugunsten des Klägers. Der zweite Verlegungsantrag des Klägers wurde auch zu Recht zurückgewiesen. Zwar enthält weder das SGB X noch die Bayer. Prüfungsvereinbarung eine Bestimmung darüber, nach welchen Kriterien ein Verlegungsantrag zu behandeln ist. In entsprechender Anwendung des [§ 227 ZPO](#) ist aber die Ablehnung der Verlegung eines Verhandlungstermins ebenfalls dann nicht zu beanstanden, wenn kein erheblicher Grund im Sinne des [§ 227 ZPO](#) vorliegt. Der Kläger hat in seinem Schreiben vom 21. August 1996 nur allgemein auf seine große Belastung durch den Umzug von B ... nach Bi ... aufmerksam gemacht, nicht aber konkret seine Verhinderung für den 25. September 1996. Es ist auch keine Verletzung des rechtlichen Gehörs deswegen festzustellen, weil bzw. wenn der Kläger das Schreiben des Vorsitzenden vom 18. September 1996, mit dem ihm die Ablehnung seines Verlegungsantrages mitgeteilt wurde, erst am 27. September 1996 und damit nach der Sitzung am 25. September 1996 erhalten hat. Abgesehen davon, dass es zweifelhaft erscheint, dass der Kläger das Schreiben vom 18. September 1996 innerhalb B ...s erst am 27. September 1996 erhalten haben will, konnte er jedenfalls ohne eine entsprechende Benachrichtigung nicht davon ausgehen, dass seinem Verlegungsantrag entsprochen werde. Vielmehr hätte er für diesen Fall zur Sitzung erscheinen müssen.

In der Sache selbst ist Rechtsgrundlage für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Durchschnittswerten in dem streitigen Quartal 2/95 [§ 106 Abs.2 Satz 1 Nr.1 SGB V](#) in Verbindung mit den ergänzenden vertraglichen Bestimmungen des [§ 47](#) des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä) vom 19. Dezember 1994 bzw. [§ 43](#) des Arzt-Ersatzkassenvertrages (EKV-Ä) vom 7. November 1994 sowie der zwischen den Beigeladenen geschlossenen Bayer. Prüfungsvereinbarung vom 26. März 1993. Mit dem seit 1. Januar 1989 geltenden [§ 106 Abs.2 Satz 1 Nr.1 SGB V](#) hat der Gesetzgeber die in der Praxis seit langem angewandte, bis dahin aber im Gesetz nicht verankerte und lediglich durch Richterrecht sanktionierte Methode des statistischen Kostenvergleichs als Anknüpfungspunkt für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Tätigkeit anerkannt und als Regelprüfmethode übernommen. Er hat damit zugleich die zur Legitimation einer statistischen Vergleichsprüfung unerlässliche Annahme gebilligt, dass die Gesamtheit aller Ärzte im Durchschnitt gesehen wirtschaftlich behandelt, jedenfalls das Maß des Notwendigen und Zweckmäßigen nicht unterschreitet, und dass deshalb der durchschnittliche Behandlungsaufwand grundsätzlich ein geeigneter Maßstab für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ist (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr.23](#) S.124).

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes stellt im Rahmen der Prüfmethode nach Durchschnittswerten die statistische Betrachtung nur einen Teil der Wirtschaftlichkeitsprüfung dar. Diese muss durch eine intellektuelle Prüfung und Entscheidung ergänzt werden, bei der die für die Frage der Wirtschaftlichkeit medizinisch-ärztlichen Gesichtspunkte wie das Behandlungsverhalten und die Behandlungsweisen innerhalb der Arztgruppe und die bei dem geprüften Arzt vorhandenen Praxisbesonderheiten in Rechnung zu stellen sind. Diese Gesichtspunkte sind bereits auf der ersten Prüfungsstufe von Amts wegen mitzubehücksichtigen, also bereits vor der Feststellung eines offensichtlichen Missverhältnisses (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr.23](#) S.125 f.; Nr.26 S.147 f.; Nrn.27 S.154; Nr.41 S.226).

Von der Methode des statistischen Fallkostenvergleiches ist der Beklagte auch in dem angefochtenen Bescheid vom 26. November 1996

ausgegangen. Er ist bei seiner Prüfung schon wegen der Leistungsgruppe 03 (Eingehende Untersuchung) als auch in der Leistungsgruppe 08 (Sonderleistungen) zu Recht davon ausgegangen, dass der Kläger sich mit einem gewichteten Überschreitungswert von 61,38 % (Leistungsgruppe 03) bzw. 180,16 % (Leistungsgruppe 08) gegenüber der Vergleichsgruppe im so genannten offensichtlichen Missverhältnis befindet. Beurteilungsfehlerfrei hat er es abgelehnt, einen wirtschaftlichen Mehraufwand in den beanstandeten Leistungsgruppen für Praxisbesonderheiten und/oder kompensierende Einsparungen anzuerkennen. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes sind Praxisbesonderheiten alle Umstände, die sich auf das Behandlungs- und Ordnungsverhalten des Arztes auswirken und in der Praxis der Vergleichsgruppe typischerweise nicht oder nicht in derselben Häufigkeit anzutreffen sind (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr.27](#) S.153).

Bezüglich der Leistungsgruppe 03 ist anhand der Statistik festzustellen, dass die für die Überschreitung in der Leistungsgruppe 03 maßgebenden Nummern (Nr.60 und 61 EBM) absolut fachgruppentypisch sind und von 100 % in der Vergleichsgruppe ebenfalls abgerechnet werden. Zum anderen hat der Beschwerdeausschuss nach stichprobenhafter Durchsicht der Behandlungsunterlagen festgestellt, dass kein für eine internistische Praxis außergewöhnliches Patientengut bzw. eine besondere Häufung "schwerer Fälle" beim Kläger vorliegt. Für das Vorliegen von Praxisbesonderheiten ergeben sich weder aus den statistischen Unterlagen hinreichende Anhaltspunkte noch hat der Kläger hierzu substantiiert vorgetragen.

Auch in der Leistungsgruppe 08 hat der Beklagte im Rahmen der stichprobenartigen Durchsicht der Behandlungsunterlagen kein für einen Internisten besonderes Patientengut feststellen können. Für das aus der Häufigkeitsstatistik erkennbare breite Leistungsspektrum hat dem Beklagten in nicht zu beanstandender Weise kein berechtigter Mehraufwand zugestanden. Es ist zunächst davon auszugehen, dass die Vergleichsgruppe der Internisten mit einem Überweisungsanteil von über 10 % bis unter 40 % ebenso wie der Kläger ein breites Leistungsspektrum aufweist. Ein breites Leistungsspektrum ist deshalb bei dieser Arztgruppe keine Besonderheit. Eine Praxisbesonderheit kann nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes allenfalls die schwerpunktmäßige Praxisausrichtung auf ein spezielles Leistungsspektrum, das sich in einem besonderen Patientengut niederschlägt, sein (vgl. auch Urteil des Senats vom 19. Juli 2000, Az.: L 12 KA 12/99). Zum Vorliegen eines besonderen Patientengutes hat der Kläger aber im Rahmen des Widerspruchsverfahrens zum Quartal 2/95 nichts vorgetragen. Aus der Häufigkeitsstatistik ergibt sich zwar, dass von den in der Leistungsgruppe 08 insgesamt angeforderten 425.605 Punkten ca. 27 % (115.560 Punkte) auf die Nr.617 EBM (eindimensionale echokardiographische Untersuchung) entfallen, die nur von 13,89 % in der Vergleichsgruppe abgerechnet wird. Auch die Nr.686 EBM (sonographische Untersuchung der extrakraniellen und/oder interkranialen Hirngefäße mittels Duplexverfahren) mit 57.600 Punkten wird nur von 25 % in der Vergleichsgruppe abgerechnet, ebenso die Nr.687 EBM (sonographische Untersuchung der Arterien und/oder Venen des Körperstammes und/oder der Extremitäten mittels Duplexverfahrens) mit 42.750 Punkten und einer Abrechnungshäufigkeit in der Vergleichsgruppe in Höhe von 22,22 % und die Nr.609 EBM (computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeigten Langzeit-EKG) mit 29.000 Punkten und einer Abrechnungshäufigkeit in der Vergleichsgruppe in Höhe von 36,11 %. Andererseits beruht die Überschreitung aber auch auf fachgruppentypischen Leistungen (Nr.380 EBM mit 44.440 Punkten und einer Abrechnungshäufigkeit in der Vergleichsgruppe in Höhe von 100 %, Nr.603 EBM, 23.000 Punkte, Abrechnungshäufigkeit: 100 %; Nr.606 EBM mit 23.200 Punkten, Abrechnungshäufigkeit: 83,33 %). Insgesamt ist deshalb dem Sozialgericht zuzustimmen, dass ein typisches Merkmal der Internistenuntergruppe 19/2 gerade darin besteht, dass verschiedene internistische Schwerpunkte in einer Gruppe zusammengefasst sind und die im Wesentlichen einem internistischen Schwerpunkt zuzurechnenden Leistungen naturgemäß nur von einem Teil der weitergebildeten Internisten erbracht werden. Dieser Umstand rechtfertigt aber für sich allein gesehen nicht die Anerkennung von Praxisbesonderheiten. Die gegenüber der Vergleichsgruppe deutlich erhöhte Ansatzhäufigkeit bei einzelnen Leistungsziffern kann deshalb entweder der Ausdruck eines zu häufigen und damit unwirtschaftlichen Ansatzes der Leistungen oder Ausdruck einer speziellen Praxisausrichtung, die sich in einem besonderen Patientengut niederschlägt, sein. Dass diese Überschreitungen auf einer speziellen Praxisausrichtung zurückzuführen sind, hat der Kläger im Rahmen des Verwaltungsverfahrens weder behauptet noch gar substantiiert dargelegt. Der Beklagte war daher nicht gemäß [§ 20 Abs.1 SGB X](#) gehalten und auch nicht in der Lage, diesbezüglich eine weitergehende Prüfung vorzunehmen.

Dem um 52,5 % erhöhten Rentneranteil ist bereits durch die Gewichtung der Vergleichswerte hinreichend Rechnung getragen. Einen über den durch die Gewichtung bereits berücksichtigten Mehraufwand hinausgehenden Mehraufwand durch die Behandlung von mehr Rentnern hat der Kläger weder in der Leistungsgruppe 03 noch in der Leistungsgruppe 08 behauptet noch dargelegt.

Auch der Hinweis auf die niedrige Fallzahl begründet für sich allein noch keine Praxisbesonderheit. Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr.45](#), S.244 ff.) rechtfertigt die Tatsache einer niedrigen Fallzahl grundsätzlich noch keine Leistungsausweitung, weil bei kleinen Praxen die Relation von behandlungsintensiven und weniger aufwendigen Behandlungsfällen nicht notwendig anders sein muss als bei großen Praxen. Das Vorliegen einer besonderen Häufung so genannter "schwerer Fälle", die den Fallwert des Klägers überproportional in die Höhe treiben könnten, hat der Kläger im Rahmen des Verwaltungsverfahrens nicht substantiiert dargelegt. Die Fallzahl des Klägers liegt mit 31,8 % (266 zu 834) ebenfalls deutlich über der von der höchstrichterlichen Rechtsprechung (BSG aaO, S.244/245) geforderten Mindestquote von 20 % der Durchschnittsfallzahl der Vergleichsgruppe.

Auch das Vorliegen kompensierender Einsparungen hat der Kläger im Rahmen des Verwaltungsverfahrens nicht substantiiert dargelegt. Unterdurchschnittliche Werte finden sich ohnehin nur beim behauptet und es ist auch nicht aus den statistischen Unterlagen erkennbar, dass es gerade durch den Mehraufwand in den Leistungsgruppen 03 bzw. 08 zu den unterdurchschnittlichen Werten beim Sprechstundenbedarf gekommen ist.

Der Beklagte ist deshalb zu Recht zu dem Ergebnis gekommen, dass die Honoraranforderung des Klägers in der Leistungsgruppe 03 sowie in der Leistungsgruppe 08 gegenüber der Vergleichsgruppe mit Überschreitungswerten von 61,38 % bzw. 180,16 % im so genannten offensichtlichen Missverhältnis befindet. Die neuere Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes hat zur Folge, dass sich die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten auf zwei Prüfungsstufen beschränkt. Nach der Feststellung der Unwirtschaftlichkeit durch Annahme eines offensichtlichen Missverhältnisses, der die Berücksichtigung und Bewertung von möglicherweise vorliegenden Praxisbesonderheiten bzw. kausalen Einsparungen vorhergehen muss, ist in einer zweiten Stufe nur noch der Kürzungs- oder Regressbetrag festzusetzen. Insoweit steht den Prüforganen ein Ermessensspielraum zu (vgl. dazu BSG, [SozR 2200 § 368 n Nr.27](#); [SozR 2200 § 368 n Nr.31](#) S.106; [SozR 2200 § 369 n Nr.49](#); [SozR 2500 § 106 Nr.15](#)). Bei der zu treffenden Ermessensentscheidung ist vor allem - auch für den betreffenden Arzt - von Belang, auf welchen Überschreigungsgrad des Fachgruppendurchschnittes (belassene Restüberschreitung) die Honorarforderung gekürzt wird. Als Korrektiv zu den von der höchstrichterlichen Rechtsprechung den Prüforganen zugestandenen Beurteilungs- und Ermessensspielräumen werden gemäß [§ 35 Abs.1](#) Sätze 2 und [3 SGB X](#) besondere Anforderungen an die

Beschreibungsbegründung gestellt (zur Begründungspflicht allgemein: BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr.5](#); [SozR 3-2500 § 106 Nr.23](#)). Nach Satz 2 der vorgenannten Bestimmung sind in der Begründung die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe mitzuteilen, die die Behörde zu ihrer Entscheidung bewogen haben. Satz 3 verlangt, dass die Begründung von Ermessensentscheidungen auch die Gesichtspunkte erkennen lässt, von denen die Behörde bei der Ausübung ihres Ermessens ausgegangen ist.

Im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten fordert die höchstrichterliche Rechtsprechung eine Darlegung der Ermessensgründe dann nicht, wenn - ggf. nach qualitativer und quantitativer Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten bzw. kompensatorischen, kausalen Einsparungen - nach Kürzung bzw. Regress eine Restüberschreitung belassen wird, die sich noch immer im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses befindet. Eine diesbezügliche Begründung ist allerdings dann erforderlich, wenn unter die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis gekürzt bzw. ein entsprechender Regress festgesetzt wird (vgl. BSG SozR 2200 § 368 n Nr.48; SozR 2200 § 368 n Nr.49; [SozR 3-2500 § 106 Nr.15](#); siehe auch Urteil des Senats vom 16. Oktober 1996, Az.: L 12 Ka 79/95). Richten sich die Prüfungsgremien, wie im vorliegenden Fall der Beklagte, nach arithmetischen Durchschnittszahlen, so kann im Allgemeinen nicht als rechtswidrig angesehen werden, wenn sie aufgrund ihres Erfahrungswissens die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis bei einer Fallwertüberschreitung des Arztes um 50 % annehmen. Die unterschiedliche Homogenität von Fachgruppen, insbesondere in Bezug auf bevorzugt angewandte Leistungssparten und Leistungsarten, können eventuell Abweichungen bei den Grenzwerten rechtfertigen, so dass schon insoweit ein Beurteilungsspielraum in Frage kommen kann, der es den Prüfungsgremien ermöglicht, ihr Erfahrungswissen zu berücksichtigen und diesem ihre Prüfungsmaßstäbe anzupassen (BSG SozR 2200 § 368 n Nr.31 S.100). An diesem Grundsatz aus dem Urteil des BSG vom 22. Mai 1984 hält das BSG weiterhin fest (BSG, Urteil vom 18. Juni 1997 [SozR 3-2500 § 106 Nr.41](#) S.227). Es hält es deshalb auch für rechtmäßig, wenn die Prüfinstanzen die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis bereits bei 40 % annehmen, wenn entweder eine besonders homogene Vergleichsgruppe gegeben ist oder aber nach Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten bzw. kausalen Einsparungen der Fallwert des zu prüfenden Arztes entsprechend bereinigt wurde. Diese Voraussetzungen liegen hier jedoch nicht vor. Bei der Arztgruppe 19/2 handelt es sich um Internisten mit einem Überweisungsanteil zwischen 10 und 40 %. Es ist eine relativ inhomogene Gruppe, da in ihr sowohl hausärztlich tätige Internisten als auch bereits spezialisierte Internisten enthalten sind. Praxisbesonderheiten bzw. kausale Einsparungen hat der Beklagte - wie dargelegt zu Recht - nicht anerkannt, so dass es schon einer besonderen Begründung bedurfte hätte, weshalb die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis weniger als 50 % beträgt. Nach Auffassung des Senats sind die Anforderungen, die an die Begründung eines Bescheides zu stellen sind, um so höher, je weiter in den Bereich der Übergangszone hineingekürzt wird. Diese Betrachtung ergibt sich nicht nur aus den Bestimmungen des einfachen Rechts ([§ 35 Abs.1 Satz 3 SGB X](#)), sondern ist nach Auffassung des Senats auch von Verfassung wegen geboten. Andernfalls würden die Ärzte, die vor Kürzung bzw. Regress im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses liegen, gegenüber denjenigen Ärzten, die darunter liegen, nach Kürzung bzw. Regress ohne hinreichend gewichtigen Grund ungleich behandelt, nämlich schlechter gestellt. Dies wäre jedoch mit Art. [3 Abs.1](#) Grundgesetz unvereinbar (vgl. [BVerfGE 55, 72](#); [88, 87](#)). Liegen demnach hinreichend gewichtige Gründe dafür vor, die Kürzung auch auf die Übergangszone oder gar in die Streubreite zu erstrecken, so müssen diese in der Begründung des Bescheides besonders genannt werden (siehe hierzu Urteile des Senats vom 10. Februar 1995, Az.: [L 12 Ka 518/90](#), vom 12. Juni 1996, Az.: [L 12 Ka 6/95](#), und vom 16. Oktober 1996, Az.: L 12 Ka 79/95).

Vorliegend hat der Beklagte zwar in der Bescheidsbegründung festgehalten, dass die Restüberschreitung nach Kürzung durch den Beschwerdeausschuss 45,24 % in der Leistungsgruppe 03 und 40,08 % in der Leistungsgruppe 08 beträgt, jedoch keine Ausführungen gemacht, weshalb er dem Kläger nur eine Restüberschreitung in dieser Höhe belassen wollte. Im Bescheid wird auch nicht ausgeführt, ab welcher Grenze bei dem statistischen Vergleich ein offensichtliches Missverhältnis anzunehmen ist. Es ist deshalb davon auszugehen, dass der Beklagte von dem bisher von der Rechtsprechung gebilligten Wert "um 50 %" (vgl. etwa BSG SozR 2200 § 368 n Nr.31 S.100) ausgegangen ist. Bei der Begründung seiner Kürzung ist der Beklagte dann weiter davon ausgegangen, dass die Honoraranforderung des Klägers, die mehr als 20 % über dem gewichteten Vergleichsgruppennichtschnittswert liegt, unwirtschaftlich ist. Dies ist nach der ständigen zitierten Rechtsprechung des BSG und des Senats nicht rechtmäßig.

Das klageabweisende Urteil des Sozialgerichts München vom 23. Juni 1998 sowie der Bescheid des Beklagten vom 26. November 1996 sind daher aufzuheben und der Beklagte zu verurteilen, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichtes über den Widerspruch des Klägers gegen den Bescheid des Prüfungsausschusses vom 18. Oktober 1995 erneut zu entscheiden. In diesem erneuten Verwaltungsverfahren, bleibt es dem Kläger unbenommen, gezielt Praxisbesonderheiten darzulegen. Dem Beklagten ist es möglich, die bisher ausgesprochene Honorarmaßnahme durch eine ausreichende, den dargelegten Anforderungen an einen Prüfbescheid entsprechende Begründung, zu rechtfertigen.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus [§ 193 Abs.1](#) und [4 SGG](#) und beruht auf der Erwägung, dass der Kläger im Klage- und Berufungsverfahren obsiegt hat.

Gründe für eine Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs.2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2003-09-24