

L 12 KA 115/99

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 42 KA 809/98

Datum

23.06.1998

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 12 KA 115/99

Datum

06.12.2000

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 23. Juni 1998, das 3. Quartal 1994 betreffend, wird zurückgewiesen.

II. Der Kläger hat dem Beklagten die Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit der im Quartal 3/94 GKV verfügten Kürzung des angeforderten Honorars des Klägers in der Leistungsgruppe 03 (Eingehende Untersuchungen) um 10 % und in der Leistungsgruppe 08 (Sonderleistungen) um 20 % (Kürzungsbetrag insgesamt: 8.046,54 DM). Der Kläger war im streitigen Quartal als Internist in ... niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er behandelte im Quartal 3/94 421 Patienten der gesetzlichen Krankenkassen, womit er die Durchschnittsfallzahl der Arztgruppe von 841 Patienten um - 50 % unterschritt. Sein Rentneranteil lag mit 61,3 % (258 Patienten) um 37,4 % über dem Rentneranteil der Arztgruppe in Höhe von 44,6 % (375 Patienten). In der Leistungsgruppe 03 (Eingehende Untersuchungen) lag der Kläger mit einem Fallwert von 221,1 Punkten um + 52,9 % über dem gewichteten Fallwert der Vergleichsgruppe in Höhe von 144,5 Punkten. In der Leistungsgruppe 08 (Sonderleistungen) überschritt der Kläger mit einem Fallwert von 963,8 Punkten den gewichteten Fallwert der Vergleichsgruppe in Höhe von 507,3 Punkten um + 90,0 %.

In den übrigen Leistungsgruppen waren folgende Über- bzw. Unterschreitungen festzustellen:

- Leistungsgruppe 01 (Beratungen/Visiten): + 23,7 % - Leistungsgruppe 02 (Besuche): + 38,8 % - Leistungsgruppe 04 (Allg. Leistungen): - 51,2 % - Leistungsgruppe 10 (Basis/Allg. Laboruntersuchungen): - 19,6 % - Leistungsgruppe 12 (Radiologische Leistungen u.ä.): - 67,0 %. Für sämtliche kurative Leistungen forderte der Kläger 712.370,0 Punkte an. Mit einem Fallwert in Höhe von 1.692,1 Punkten überschreitet er den gewichteten Fallwert der Arztgruppe in Höhe von 1.196,5 Punkten um + 41,4 %.

Die Verordnungstätigkeit des Klägers führte im Quartal 3/94 zu Arzneikosten ohne Sprechstundenbedarf in Höhe von 56.490,78 DM, mit seinem Fallwert von 138,46 DM überschritt der Kläger um 1,8 % den Fallwert der Vergleichsgruppe von 136,00 DM. Beim Sprechstundenbedarf unterschritt der Kläger mit einem Fallwert von 3,62 DM den Durchschnittswert der Vergleichsgruppe in Höhe von 4,68 DM um - 22,7 %. Bei den Krankenhauseinweisungen lag der Kläger mit einer Häufigkeit von 3,6 Fällen auf 100 über der Vergleichsgruppe mit einer Häufigkeit von 2,4 Fällen auf 100. Bei den abgeschlossenen AU-Fällen lag der Kläger mit einer Häufigkeit von 22,0 auf 100 Behandlungsfälle ebenfalls über dem Wert der Vergleichsgruppe mit 16,1 Behandlungsfällen auf 100. Bei den Arbeitsunfähigkeitstagen lag der Kläger mit 17,3 Tagen pro Behandlungsfall ebenfalls über dem Wert der Vergleichsgruppe mit 13,0 Tagen.

Die Beigeladenen zu 1) bis 5) haben mit Schreiben vom 6. Dezember 1994 den Antrag gestellt, die Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise des Klägers in den Leistungsgruppen 03 und 08 zu überprüfen.

Zur Vorbereitung der Sitzung des Prüfungsausschusses hat der Kläger mit Schreiben vom 19. Dezember 1994 eine Patientenliste mit Beispielfällen aus dem dritten Quartal 1994 (37 Patienten mit Angabe der Diagnose) übersandt und um die Anerkennung von Praxisbesonderheiten gebeten.

Der Prüfungsausschuss Ärzte Oberfranken hat mit Prüfbescheid vom 23. Januar 1995 die Leistungsanforderung des Klägers in der Leistungsgruppe 03 (Eingehende Untersuchungen) um 10 % und in der Leistungsgruppe 08 (Sonderleistungen) um 20 % gekürzt. Der Kläger

sei mit der Arztgruppe der Internisten der Untergruppe 19/2 in Oberfranken verglichen worden. Diese Vergleichsgruppe umfasse nur Internisten, die wie er im zu prüfenden Quartal einen Überweisungsanteil von 10,01 % bis 40 % zu verzeichnen gehabt hätten. Es werde berücksichtigt, dass als Besonderheiten die relativ niedrige Fallzahl (verminderte Kostenstreuung), die Proktologie und die Sonographie anzusehen seien. Einsparungen lägen beim Sprechstundenbedarf, bei den veranlassten physikalisch-medizinischen Leistungen und bei den AU-Fällen vor.

Hiergegen richtet sich der Widerspruch des Klägers vom 31. Januar 1995, der mit Schriftsatz vom 9. März 1995 durch die Prozessbevollmächtigte des Klägers, RA ..., näher begründet wurde. In dem angefochtenen Bescheid seien die Praxisbesonderheiten nicht berücksichtigt worden. Bislang seien bei den Sonderleistungen bis zu 187 % Überschreitung anerkannt worden. Im Quartal 2/94 sei bei einer Überschreitung von 110 % eine 10 %ige Kürzung erfolgt. Nunmehr erfolge bei einer 90 %igen Überschreitung eine 20 %ige Kürzung. Hierbei handle es sich um eine nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung. Des Weiteren wird auf ein Schreiben vom 29. Dezember 1994 hingewiesen, das bereits dem Prüfungsausschuss vorgelegt worden sei. Darin wird ausgeführt, dass der Kläger über ein besonders großes Leistungsspektrum verfüge. Der Kläger würde nur dann gerecht beurteilt, wenn er mit Kollegen seiner Fachrichtung verglichen würde, die zumindest ein gleichartiges Leistungsspektrum aufweisen würden. Das Leistungsspektrum des Klägers umfasse die Herz-Kreislaufdiagnostik, Pulmologie und Schilddrüsendiagnostik, die Gastroenterologie, Onkologie und Nephrologie. Weiter seien zu berücksichtigen die kleine Fallzahl, die Erhöhung der Nr.60 EBM wegen vieler neuer Patienten, der Ausgleich der Sonderleistungen (Sonographie) durch weniger Röntgenleistungen und die bereits vom Prüfungsausschuss anerkannte Praxisbesonderheit "Kardiologie". Die vielen Krankenseinweisungen würden zeigen, dass der Kläger deutlich mehr schwere Fälle behandle im Vergleich zur Vergleichsgruppe. Als Zeugen für das Leistungsspektrum könne der Kläger Prof.Dr.M ..., Klinikum ..., Prof.Dr.S ..., Klinikum ..., Chefarzt Dr.T ..., Krankenhaus ... sowie sämtliche an ihn überweisenden Kollegen aus ... und dem weiteren Umkreis benennen. Er weise auch einen höheren Rentneranteil auf und erziele Einsparungen bei Arbeitsunfähigkeitsfällen und Arbeitsunfähigkeitstagen. Der Kläger führe als einziger Internist seiner Fachgruppe in ... und im weiten Umkreis Schilddrüsenultraschall, Duplexsonographien der extrakraniellen und intrakraniellen Hirngefäße, Duplexsonographien der Arterien und Venen des Körperstammes und der Extremitäten sowie Hämorrhoidenverödungen durch. Bei Berücksichtigung aller Praxisbesonderheiten würde bei Überprüfung der Einzelscheine festgestellt, dass jede Leistung des Klägers gerechtfertigt sei und durch die präzise Diagnostik erhebliche Folgekosten eingespart würden. Diesem Schreiben liegt eine weitere Stellungnahme zum Quartal 4/94 GKV bei.

Der Beklagte hat mit Widerspruchsbescheid vom 13. Oktober 1995 den Widerspruch abgewiesen. Die Überschreitung in den Leistungsgruppen 03 und 08 stelle ein offensichtliches Missverhältnis dar, das die Vermutung der Unwirtschaftlichkeit begründe. Aus den vorliegenden statistischen Prüfungsunterlagen seien keine Mehrkosten verursachenden Praxisbesonderheiten offenkundig. Dem gegenüber der Arztgruppe erhöhten Rentneranteil (+ 37,4 %) sei durch die Gewichtung der Vergleichswerte in den einzelnen Leistungsgruppen bereits Rechnung getragen. Zu dem Vorbringen des Klägers sei wie folgt Stellung zu nehmen: Es handle sich bereits um die 15. Abrechnung nach Praxisübernahme. Inwieweit neue Patienten eines vermehrten Aufwandes an eingehenden Untersuchungen bedürften, sei nicht dargelegt. Die Ausstattung einer Praxis und der Umfang dieser Ausstattung sowie die Ausbildung des Praxisinhabers als solches würden noch keine Besonderheit darstellen. Entscheidend könne nur sein, ob die Erkrankung der Patienten den Einsatz dieser Ausstattung im vorliegenden Umfang erfordere. Bei Durchsicht der vom Kläger namentlich angeführten Behandlungsfälle mit Diagnosen (seit Quartalen namentlich fast identische Listen von Patienten mit Dauerdiagnosen) sei kein für eine internistische Praxis außergewöhnliches Patientengut bzw. eine besondere Häufung sog. "schwerer Fälle" oder ein spezielles kardiologisches Patientengut erkennbar. Die erbrachten Leistungen seien oftmals durch die auf den Behandlungsunterlagen eingetragenen Diagnosen nicht begründet. Schwere Fälle seien keine Praxisbesonderheit. Eine unterdurchschnittliche Fallzahl sei ebenfalls keine Mehrkosten verursachende Praxisbesonderheit, da bei einer niedrigeren Fallzahl der Aufwand pro Patient medizinisch nicht notwendigerweise höher sei als bei einer hohen Fallzahl. Kompensationsfähige Einsparungen seien ebenfalls nicht erkennbar. Nicht jeder Minderaufwand sei auf den beanstandeten Mehraufwand zurückzuführen. Es müsse zwischen dem Mehraufwand in einem Bereich und dem Minderaufwand (Einsparungen) in anderen Bereichen ein Kausalzusammenhang bestehen, für den der Arzt die volle Darlegungs- und Beweislast habe. Hier hätte der Arzt substantiiert im Einzelfall darlegen müssen, bei welchen Patienten er welche Einsparungen erzielt habe und welcher Mehraufwand dadurch in den jeweiligen Einzelfällen in der eigenen Praxis erforderlich gewesen sei. Hierzu sei nichts vorgetragen. Der Beklagte gewähre dem Kläger zusätzlich zum gewichteten Arztgruppendurchschnitt in der Leistungsgruppe 03 (144,5 Punkte) bzw. in der Leistungsgruppe 08 (507,3 Punkte) einen 20 %igen Zuschlag wegen der allgemeinen Streubreite und gelange damit zu einem anzuerkennenden Fallwert in der Leistungsgruppe 03 von 173,4 Punkten und in der Leistungsgruppe 08 in Höhe von 608,8 Punkten. Daraus errechne sich für den Beklagten ein unwirtschaftlicher Mehraufwand in der Leistungsgruppe 03 in Höhe von 47,7 Punkten bzw. in der Leistungsgruppe 08 in Höhe von 355,0 Punkten. Dies entspreche einer möglichen Kürzung von 22 % in der Leistungsgruppe 03 und 37 % in der Leistungsgruppe 08, so dass die verfügbaren Kürzungen in Höhe von 10 % bzw. 20 % zu bestätigen seien. Die Kürzung in die Übergangzone in der Leistungsgruppe "Eingehende Untersuchungen" sei im Hinblick auf die permanente Unwirtschaftlichkeit über viele Quartale gerechtfertigt.

Hiergegen richtet sich die Klage vom 25. Oktober 1995 zum Sozialgericht München, die in der Folge nicht näher begründet wurde. Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 28. Juni 1998 hat das Sozialgericht die sieben anhängigen Streitsachen (u.a. das hier streitige Verfahren mit dem Az.: [S 42 KA 809/98](#)) zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden.

Das Sozialgericht hat mit Urteil vom 23. Juni 1998 u.a. die Klage mit dem Az.: S 42 Ka 809/98 abgewiesen. Der Kläger sei zu Recht mit der maßgeblichen Vergleichsgruppe 19/2 (Internisten mit einem Überweisungsanteil der abgerechneten ambulanten kurativen Fälle von 10,01 % bis 40,00 %) verglichen worden. Die Beurteilung, den Kläger nicht mit einer wie auch immer gebildeten speziellen Vergleichsgruppe zu vergleichen, erweise sich keineswegs als beurteilungsfehlerhaft. Auch die Beurteilung, dass beim Kläger keine Praxisbesonderheit im Sinne eines Mehrkosten verursachenden abweichenden Patientengutes vorliege, sei nicht zu beanstanden. Der Kläger habe sich darauf beschränkt, das Vorliegen eines besonderen Patientenlientels mit entsprechenden abweichenden Diagnose- bzw. Krankheitsbildern oder einer Symptomschilderung zu behaupten, ohne diese Behauptungen durch eine entsprechende Stichprobe einer repräsentativen Anzahl von Fällen zu substantiieren. Die Auffassung des Beklagten, dass in der Praxis des Klägers keine abweichende Diagnoseschichtung festzustellen sei, könne die Kammer bestätigen. Ein nicht unerheblicher Anteil von Patienten werde jedes Quartal mit bestimmten apparativen diagnostischen Leistungen versorgt, ohne dass der medizinisch weiterführende Nutzen einer Wiederholung deutlich werde. Das Vorhandensein eines großen Leistungsspektrums und einer hohen apparativen Ausstattung könne durchaus durch eine Praxisbesonderheit unterlegt sein. Für sich betrachtet könne sie nur eine umfassende Erbringung von Leistungen darlegen und nicht das Vorhandensein eines dazu passenden Patientenstammes, zumal bei vielen herausragenden Leistungspositionen eine hohe Erbringerfrequenz bestehe. Auch ein

überdurchschnittlich hoher Anteil von neuen Patienten sei weder nachgewiesen noch ergebe sich hierfür ein Anhaltspunkt aus den Unterlagen. Auch das Bestehen von kausalen Einsparungen sei nicht substantiiert dargelegt worden. Solche seien auch aus den Abrechnungsunterlagen nicht erkennbar. Angesichts der belassenen Restüberschreitungen in Höhe von durchweg 40 % und höher habe der Beklagte den etwas überdurchschnittlichen Streuungen in der gewählten Vergleichsgruppe ausreichend Rechnung getragen. Es bestehe bei dem hier vorliegenden Sachverhalt darüber hinaus kein Grund, die Kürzungshöheentscheidung über die abgegebene Begründung hinaus zu rechtfertigen. Die vom Beklagten getroffene Entscheidung sei auch nicht deshalb aufzuheben, weil infolge der Ablehnung des Antrages auf Terminsverlegung der Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt wäre. Solange dem Terminsverlegungsantrag nicht entsprochen worden sei, müsse der Kläger grundsätzlich davon ausgehen, dass die angesetzte Ausschusssitzung stattfinde. Des Weiteren sei auch nicht erkennbar, dass der Kläger einen Anspruch auf Verlegung gehabt habe.

Hiergegen richtet sich die Berufung des Klägers vom 1. Dezember 1998 zum Bayerischen Landessozialgericht, die trotz mehrmaliger Mahnung nicht begründet wurde.

Den Verlegungsgesuchen des Klägers vom 16. November und 22. November 2000, die im Wesentlichen mit einer Terminkollision mit einer Sitzung des Zulassungsausschusses Ärzte - Oberbayern - am 6. Dezember 2000 um 10.10 Uhr begründet wurden, hat der Vorsitzende des Senats vor allem deswegen nicht entsprochen, weil die Ladung des Senats dem Kläger bereits vor der Ladung des Zulassungsausschusses zugegangen ist.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 23. Juni 1998 bezüglich der Klage mit dem Aktenzeichen S 42 Ka 809/98 und den Widerspruchsbescheid des Beklagten vom 13. Oktober 1995 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, über den Widerspruch des Klägers vom 31. Januar 1995 erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

Die Vertreterin der Beigeladenen zu 1) und der Vertreter der Beigeladenen zu 2) haben beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakte, die Klageakten mit den Az.: S 42 Ka 809/98 und S 42 Ka 1563/95 und die Akte des Bayerischen Landessozialgerichts, Az.: [L 12 KA 115/99](#), 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 ist unbegründet.

Das Sozialgericht hat die Klage vom 25. Oktober 1995 (Az.: S 42 Ka 1563/95, nach Wiederaufnahme S 42 Ka 809/98) gegen den Bescheid des Beklagten vom 13. Oktober 1995, betreffend die Behandlungsweise des Klägers im Quartal 3/94 GKV, mit Urteil vom 23. Juni 1998 zu Recht abgewiesen.

Der vorgenannte Bescheid, der allein Gegenstand des Klage- und damit auch des Berufungsverfahrens ist, ist auch unter Berücksichtigung der jüngeren Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. BSG SozR 3-2500 § 106 Nrn.23, 27, 31, 36, 41) rechtlich nicht zu beanstanden.

Der Bescheid des Beklagten vom 13. Oktober 1995 genügt den Anforderungen, die das Bundessozialgericht in den o.g. Entscheidungen an die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise eines Arztes stellt. Die statistische Betrachtung muss danach bereits auf der ersten Prüfungsstufe durch eine intellektuelle Prüfung und Entscheidung ergänzt werden, bei der die für die Frage der Wirtschaftlichkeit relevanten medizinisch-ärztlichen Gesichtspunkte wie das Behandlungsverhalten und die unterschiedlichen Behandlungsweisen innerhalb der Arztgruppe und die bei dem geprüften Arzt vorhandenen Praxisbesonderheiten in Rechnung zu stellen sind.

Der Beklagte ist bei seiner Prüfung in der Leistungsgruppe 03 (Eingehende Untersuchungen) zu Recht davon ausgegangen, dass der Kläger sich mit einem gewichteten Überschreitungswert von + 52,9 % gegenüber der Vergleichsgruppe im sog. offensichtlichen Missverhältnis befindet. Er hat sich aber nicht mit dieser statistischen Feststellung begnügt, sondern im Sinne einer intellektuellen Prüfung untersucht, ob Praxisbesonderheiten bzw. kausale Einsparungen für diese Überschreitung verantwortlich sind. Dies hat der Beklagte zu Recht verneint. Zum einen ist anhand der Statistik festzustellen, dass der Kläger in der Leistungsgruppe 03 nur drei von insgesamt vier Leistungen dieser Leistungsgruppe abrechnet und die abgerechneten Nrn.60, 61 und 62 EBM ausgesprochen fachgruppentypische Leistungen sind, die von 97,06 %, 100 % bzw. 94,12 % der Vergleichsgruppe ebenfalls abgerechnet werden. Zum anderen hat der Beklagte nach Durchsicht der vom Kläger namentlich aufgeführten Behandlungsfälle mit Diagnosen für das Quartal 3/94, die fast identisch ist mit in den Vorquartalen vorgelegten Listen, festgestellt, dass kein für eine internistische Praxis außergewöhnliches Patientengut bzw. eine besondere Häufung sog. "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.

Dem um 37,4 % 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 behauptet noch dargelegt. Gleiches gilt für den Einwand der Behandlung vieler neuer Patienten. Der Kläger hat keinerlei Hinweise dazu geliefert, wie hoch der Anteil neuer Patienten im Quartal 3/94 in seiner Praxis war und welcher Mehraufwand ggfs. dadurch hervorgerufen wurde.

Auch der Hinweis auf die niedrige Fallzahl begründet für sich alleine 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 sog. "schwerer Fälle", die den Fallwert des Klägers überproportional in die Höhe treiben könnten, hat der Beklagte in nicht zu beanstandender Weise gerade -wie schon ausgeführt- verneint. Die Fallzahl des Klägers liegt mit 50 % (421: 841) jedenfalls deutlich über der von der höchstrichterlichen Rechtsprechung (BSG, a.a.O., S.244/245) geforderten Mindestquote von 20 % der Durchschnittsfallzahl der Vergleichsgruppe.

Es ist schließlich auch aus den statistischen Unterlagen nicht erkennbar und vom Kläger auch nicht substantiiert dargelegt, dass die erhöhte Abrechnung der eingehenden Untersuchungen gemäß den Nrn.60 und 61 EBM in irgendeinem Zusammenhang mit den günstigen Werten beim Sprechstundenbedarf steht. Auch die Höhe der Kürzung in der Leistungsgruppe 03 mit 10 % erfolgte durch den Beklagten im angegriffenen Bescheid vom 13. Oktober 1995 ermessens- und begründungsfehlerfrei. Der Beklagte hat zwar mit einer belassenen Restüberschreitung von + 37,7 % gegenüber der Vergleichsgruppe die Kürzung bis in die Übergangszone hinein erstreckt. Er war sich dessen aber durchaus bewusst und hat die Kürzung bis in die Übergangszone damit begründet, dass eine permanente Unwirtschaftlichkeit über viele Quartale hinweg bestehe. Nach Auffassung des Senats genügt der Beklagte mit dieser Überlegung seiner Begründungspflicht. Der Kläger musste bereits in den Quartalen 2/91 bis 1/94 Kürzungen in der Leistungsgruppe 03 (Eingehende Untersuchungen) hinnehmen. Die Kürzung bis in die Übergangszone hinein ist im Übrigen auch wegen der dargestellten hohen Homogenität in der Leistungsgruppe 03 unbedenklich.

Auch in der Leistungsgruppe 08 (Sonderleistungen) hat der Beklagte zunächst zu Recht darauf hingewiesen, dass der Kläger sich hier mit einem gewichteten Überschreitungswert von + 89,98 % im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses befindet. Der Beklagte hat auch hier über die rein statistische Betrachtung hinaus eine intellektuelle Überprüfung vorgenommen. Er hat sich auch diesbezüglich die Behandlungsausweise im Wege einer Stichprobe näher angesehen. Dabei hat der Beklagte auch hier in nicht zu beanstandender Weise festgestellt, dass aus den vom Kläger namentlich angeführten Behandlungsfällen mit Diagnosen (wobei es sich um eine seit Quartalen fast identische Liste von Patienten mit Dauerdiagnosen handle) kein für eine internistische Praxis außergewöhnliches Patientengut bzw. eine besondere Häufung sog. "schwerer Fälle" oder ein spezielles kardiologisches Patientengut erkennbar sei. Zu Recht weist der Beklagte auch darauf hin, dass die erbrachten Leistungen oftmals durch die auf den Behandlungsunterlagen eingetragenen Diagnosen nicht zu begründen sind.

Soweit sich der Kläger in seiner Stellungnahme vom 29. Dezember 1994 auf ein besonders großes Leistungsspektrum und eine umfangreiche apparative Ausstattung mit Herz-Kreislaufdiagnostik, Pulmologie, Schilddrüsendiagnostik, Gastroenterologie, Onkologie und Nephrologie beruft, hat der Beklagte ebenfalls zu Recht keinen berechtigten 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 als solches ist deshalb bei dieser Arztgruppe keine Besonderheit. Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung sind Praxisbesonderheiten solche 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). Eine Praxisbesonderheit kann deshalb allenfalls die schwerpunktmäßige Praxisausrichtung auf ein spezielles Leistungsspektrum, das sich in einem besonderen Patientengut niederschlägt, sein (vgl. Urteil des Senats vom 19. Juli 2000, Az.: L 12 KA 12/99). Hierfür ergeben sich jedoch aus dem Vorbringen des Klägers im Verwaltungsverfahren sowie aus den statistischen Unterlagen keine hinreichenden Anhaltspunkte. Aus der Häufigkeitsstatistik ergibt sich zwar, dass von den in der Leistungsgruppe 08 insgesamt angeforderten 405.770,0 Punkten mehr als 1/4 (109.080,0 Punkte) auf die Nr.617 EBM (eindimensionale doppler-echokardiographische Untersuchung) entfällt, die nur von 17,65 % in der Vergleichsgruppe abgerechnet wird. Auch die Nrn.686 EBM (sonographische Untersuchung der extrakraniellen und/oder intrakraniellen Hirngefäße mittels Duplex-Verfahren) mit 51.600,0 Punkten und die Nr.687 EBM (sonographische Untersuchung der Arterien und/oder Venen des Körperstamms und/oder der Extremitäten mittels Duplex-Verfahren) mit 34.650,0 Punkten werden nur von jeweils 23,53 % in der Vergleichsgruppe abgerechnet. Damit beruht die Leistungsanforderung des Klägers in der Leistungsgruppe 08 fast zur Hälfte auf der Abrechnung von nicht fachgruppentypischen Leistungen, wobei für diese zusätzlich teilweise auch noch eine besondere Genehmigung erforderlich ist. Andererseits beruht die Überschreitung in der Leistungsgruppe 08 aber auch auf ganz fachgruppentypischen Leistungen (Nr.380 EBM mit 43.560,0 Punkten und einer Abrechnungshäufigkeit in der Vergleichsgruppe in Höhe von 97,06 % und Leistungsziffer Nr.603 EBM mit 33.250,0 Punkten und einer Abrechnungshäufigkeit von 100 %). Insgesamt ist dem Hinweis des Sozialgerichts 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 einer Praxisbesonderheit. Die gegenüber der Vergleichsgruppe deutlich erhöhte Ansatzhäufigkeit einzelner Leistungsnummern (Nr.617 EBM: + 330,70 %; Nr.686 EBM: + 383,88 %; Nr.687 EBM: + 350,23 %) kann deshalb entweder 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 ein spezielles Patientengut in Verbindung mit einer speziellen Praxisausrichtung zurückzuführen sind, hat der Kläger aber gerade im Rahmen des Verwaltungsverfahrens nicht hinreichend substantiiert, so dass der Beklagte auch nicht gemäß [§ 20 Abs.1 SGB X](#) gehalten und in der Lage war, einem solchen Einwand im Rahmen einer weitergehenden intellektuellen Prüfung (Durchsicht der Behandlungsscheine in den Fällen, in denen die genannten Leistungsnummern abgerechnet wurden) nachzugehen. Soweit der Kläger Beispielfälle genannt hat, hat der Beklagte die Behandlungsscheine durchgesehen und kein für eine internistische Praxis außergewöhnliches Patientengut erkennen können.

Auch das Vorliegen kompensierender Einsparungen hat der Kläger im Rahmen des Verwaltungsverfahrens nicht substantiiert dargelegt. Er hat in der Stellungnahme vom 29. Dezember 1994 lediglich darauf verwiesen, dass durch den Mehraufwand bei den Sonographien weniger Röntgenaufnahmen anfielen. Der Hinweis auf Einsparungen bei den Arbeitsunfähigkeitsfällen und Arbeitsunfähigkeitstagen entspricht nicht den Tatsachen, da hier der Kläger über der Vergleichsgruppe liegt (Arbeitsunfähigkeitsfälle: Arzt 22,0 auf 100 gegenüber 16,1 auf 100 in der Vergleichsgruppe; Arbeitsunfähigkeitstage: Arzt 17,3 gegenüber 13,0 in der Vergleichsgruppe). Zu den unterdurchschnittlichen Werten beim Sprechstundenbedarf (- 22,7 %) und bei den verordneten physikalisch-medizinischen Leistungen (- 27,6 %) hat sich der Kläger überhaupt nicht geäußert. Der Kläger hat insbesondere den Nachweis versäumt, dass es gerade durch den Mehraufwand bei den Sonderleistungen zu den Einsparungen gekommen ist. Dazu wäre zumindest die strukturelle Darlegung der methodischen Zusammenhänge und der medizinischen Gleichwertigkeit erforderlich gewesen (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr.42](#), S.233 f). Auch die Festsetzung der Höhe der Kürzung mit 20 % ist nicht zu beanstanden. Insbesondere wurde dem Kläger auch nach Kürzung noch ein Überschreitungswert belassen, der sich weiterhin im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses bewegt (+ 52 %). Begnügen sich die Prüfungsgremien mit einer Kürzung, die

sich noch im Bereich des offensichtlichen Missverhältnis bewegt, so braucht die Höhe der Kürzung aber nicht besonders begründet zu werden (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr.36](#) S.207).

Die Entscheidung des Beklagten ist schließlich auch nicht deswegen zu beanstanden, weil der Prüfungsausschuss noch davon gesprochen hatte, dass er die relativ niedrige Fallzahl (verminderte Kostenstreuung), die Proktologie und die Sonographie berücksichtige, während der Beklagte keine Praxisbesonderheiten bzw. Einsparungen anerkannt hat. Es ist schon fraglich, ob mit der Formulierung "berücksichtigen" die Anerkennung von Praxisbesonderheiten gemeint ist. Abgesehen davon bezieht sich das Verbot der reformatio in peius bei Honorarkürzungsmaßnahmen wegen Unwirtschaftlichkeit nur auf den (Gesamt-)Kürzungsbetrag (vgl. BSGE 53, 244 ff, 246), nicht auf einzelne Begründungselemente. Deshalb kann offenbleiben, ob der Prüfungsausschuss überhaupt Praxisbesonderheiten im engeren Sinne anerkannt hat. Der Vorsitzende des Senats war schließlich nicht verpflichtet, den Verhandlungstermin vom 6. Dezember 2000 zu verlegen ([§ 202 SGG](#) i.V.m. [§ 227 Abs.1 S.1 ZPO](#)). Der Kläger hat in seinem Schreiben vom 16. November und 22. November 2000 keinen "erheblichen Grund" für eine Verlegung i.S.v. [§ 202 SGG](#) i.V.m. [§ 227 Abs.1 Satz 1 ZPO](#) vorgetragen. Hinsichtlich der Terminkollision mit der Sitzung des Zulassungsausschusses für Ärzte -Oberbayern- ist darauf hinzuweisen, dass die Ladung durch den Senat erheblich früher erfolgte und daher als vorrangig anzusehen ist.

Aus diesen Gründen ist die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 23. Juni 1998, das 3. Quartal 1994 betreffend, zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus den [§§ 193 Abs.1 und Abs.4 Satz 2 SGG](#) i.d.F. des Gesundheitsstrukturgesetzes und beruht auf der Erwägung, dass der Beklagte auch im Berufungsverfahren obsiegt hat.

Gründe, die Revision gemäß [§ 160 Abs.2 Nrn.1](#) und [2 SGG](#) zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-09-25