

L 12 KA 136/98

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 21 KA 1057/97

Datum

03.06.1998

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 12 KA 136/98

Datum

15.03.2000

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Auf die Berufung der Kläger werden das Urteil des Sozialgerichts München vom 3. Juni 1998 sowie der Bescheid des Beklagten vom 24. Juni 1997 insoweit aufgehoben, als bei der GOP 273 BMÄ/E-GO eine Kürzung in Höhe von 70 % vorgenommen wurde. Der Beklagte wird verpflichtet, insoweit über den Widerspruch der Kläger gegen den Bescheid des Prüfungsausschusses Ärzte, München Stadt und Land vom 22. Oktober 1996 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

II. Der Beklagte hat den Klägern die außergerichtlichen Kosten beider Rechtszüge zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit der im Quartal 2/96 GKV verfügten Kürzung des angeforderten Honorars für die Nr.273 BMÄ/E-GO (Infusion, intravenös oder in das Knochenmark, von mindestens zehn Minuten Dauer) um 70 % (Kürzungsbetrag: DM 3.720,84) wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise.

Die Kläger nahmen im streitigen Quartal als Internisten mit dem Schwerpunkt Nephrologie in München an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Sie behandelten im 2. Quartal 1996 GKV insgesamt 896 gesetzlich versicherte Patienten. Die durchschnittliche Fallzahl jedes Klägers von 299 Patienten lag um 45,1 % unter der durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe von 545 Patienten. Die Kläger behandelten insgesamt 243 Rentner, der durchschnittliche Rentneranteil pro Arzt (81 Rentner) lag um 54 % unter dem durchschnittlichen Rentneranteil der Vergleichsgruppe mit 176 Rentnern.

Bei den einzelnen Leistungsgruppen und den kurativen Leistungen insgesamt ergeben sich aus der Gesamtübersicht folgende Über- bzw. Unterschreitungen:

- Grundleistungen: + 211,2 %
- Besuche/Visiten: - 98,6 %
- Beratungs- und Betreuungsgrundleistungen: - 35,3 %
- allgemeine Leistungen: + 19,8 %
- Sonderleistungen: + 132,1 %
- physikalisch-medizinische Leistungen: - 96,5 %
- Basis/allgemeine Laboruntersuchungen: + 134,7 %
- kurative Leistungen einschließlich sonstiger Hilfen: + 106,2 %

Die hier streitige Nr.273 BMÄ/E-GO wurde von 81,69 % der Ärzte in der Vergleichsgruppe angesetzt. Die Kläger rechneten diese Leistungsposition in 44 Fällen 641mal ab. Der Häufigkeitsansatz von 71,54 auf 100 Behandlungsfälle überstieg den Häufigkeitsansatz der Arztgruppe von 6,66 um 974,17 %.

Die Beigeladene zu 1) hat im Quartal 2/96 u.a. hinsichtlich der Nr.273 BMÄ/E-GO Antrag auf Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise der Kläger gestellt. Der Prüfungsausschuss Ärzte München Stadt und Land hat mit Prüfbescheid vom 22. Oktober 1996 die Honoraranforderung für die Nr.273 BMÄ/E-GO um 89 % (= 74.407 Punkte) gekürzt. Hiergegen haben die Kläger Widerspruch eingelegt. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung berücksichtige in keiner Weise die vorliegenden Praxisbesonderheiten. Es gäbe im KV-Bereich keine Vergleichspraxis mit vergleichbarem Leistungsspektrum. Erst im Frühjahr dieses Jahres hätten sie durch die Beigeladene zu 1) eine Rückzahlung erhalten, die sich auch aus den nachträglich anerkannten Infusionsleistungen (Nr.273 BMÄ/E-GO) in den Jahren 1994 und 1995

bei den Dialysepatienten ergeben habe (Praxisbesonderheit).

Der Beklagte hat mit Bescheid vom 24. Juni 1997 die Entscheidung des Prüfungsausschusses insoweit abgeändert, als die Kürzung der Nr. 273 BMÄ/E-GO von ursprünglich 89 % (= 74.407 Punkte) auf 70 % reduziert wurde, im Übrigen wurde der Widerspruch abgewiesen. Es sei die Methode des statistischen Fallkostenvergleiches mit der Fachgruppe der Internisten unter Zugrundelegung des arithmetischen Mittelwertes als sachgerechte und praktikable Prüfmethode gewählt worden. Bei den beanstandeten Leistungsbereichen werde die Grenze zum sogenannten offensichtlichen Missverhältnis überschritten, was die Vermutung der Unwirtschaftlichkeit begründe. Die Mehraufwendungen der Nr. 273 BMÄ/E-GO seien im zu verzeichnenden Umfang nicht begründet. Die Scheindurchsicht aller Ersatzkassenfälle bestätige zwar die geltend gemachte nephrologische Schwerpunktpraxis mit Dialysebehandlung. Andererseits ergebe sich in diesem Rahmen die Notwendigkeit einer Infusion nach der Nr.273 BMÄ/E-GO lediglich bei der Behandlung diabetischer Polyneuropathien (Infusion von Alpha-Liponsäure). Bei der Überprüfung hätten sich acht Diabetesfälle gefunden. Aufgrund allgemeiner internistischer Erfahrungen erscheine eine Infusionstherapie mit Alpha-Liponsäure bei diabetischer Polyneuropathie in einer Serie von 10 bis 15 konsekutiven Infusionen mit oraler Therapie ausreichend. Unter Berücksichtigung dieser Kriterien halte der Ausschuss insgesamt eine Anzahl von 110 Leistungen nach der Nr.273 BMÄ/E-GO für nachvollziehbar. Dies sei jedoch die äußerste Grenze, da in den Quartalen 1/95 bis 4/95 ("alter EBM") bei den Klägern deutlich niedrigere Infusionshäufigkeiten (Nrn. 217, 275 BMÄ/E-GO) zu verzeichnen gewesen seien (Quartal 1/95: 39, 2/95: 8, 3/95: 3 und 4/95: 12). Minderaufwendungen in anderen Bereichen der Praxisführung, die mit diesem Anstieg in ursächlichem Zusammenhang zu sehen seien, könnten nicht festgestellt werden. Der Ausschuss komme zu dem Ergebnis, dass eine Honorarkürzung zu Recht erfolgt sei, die Kürzung jedoch zu weit gehe. Dem Widerspruch sei deshalb teilweise stattzugeben und es sei eine Honorarkürzung in Höhe von 70 % (116 Leistungen nach der GOP 273 werden anerkannt) festzusetzen.

Hiergegen richtet sich die Klage vom 18. Juli 1997 zum Sozialgericht (SG) München, die mit Schriftsatz vom 17. Dezember 1997 näher begründet wurde. Der Prüfantrag der Beigeladenen zu 1) habe sich auf die Durchführung einer Durchschnittswertprüfung bezogen. Hieran sei der Prüfungsausschuss gebunden und dürfe nicht auf eine Einzelfallprüfung übergehen. Der Sache nach habe jedoch der Beklagte eine Einzelfallprüfung durchgeführt. Für die Einzelfallprüfung fehle es an einem Prüfantrag und dieser könne auch nicht mehr wirksam nachgeholt werden. Die Kläger seien zu Unrecht mit der Fachgruppe der Internisten verglichen worden, weil sie über ein besonderes Patientengut verfügten. Es handele sich um eine nephrologische Praxis, in der zusätzlich dialysiert werde und Gefäßerkrankungen behandelt würden. Diese Schwerpunkte würden sich auch deutlich aus den statistischen Unterlagen ergeben. So rechneten lediglich 1,41 % der Fachgruppe die typischen Dialysefiguren (Nrn.792, 793 BMÄ/E-GO) ab. Auf diesen Einzelleistungen beruhe die Gesamtabrechnung der Kläger im Wesentlichen (882.180 Punkte). Insgesamt würden in der Sparte der Sonderleistungen 1.449.473 Punkte angefordert. Ebenfalls sei Art und Weise der Prüfung der Nr.273 BMÄ/E-GO zu beanstanden. Voraussetzung für die Prüfung einer Einzelziffer sei, dass es sich um eine für die betreffende Arztgruppe typische Gebührenordnungsposition handele. Da lediglich 81 % der Ärzte Infusionsleistungen erbrächten und dies auch nur in etwas über 6 % der Fälle, stelle sich die Frage, ob es sich noch um eine typische Leistung handele. Bei der Infusionsbehandlung sei die Durchführung von Infusionsserien typisch, so dass die Anzahl der tatsächlichen Behandlungsfälle deutlich unter dem Wert der durchschnittlichen Häufigkeit auf 100 Fälle liege. So hätten beispielsweise die Kläger nach der Häufigkeitsstatistik in 71,54 v.H. Behandlungsfällen die Nr.273 BMÄ/E-GO angesetzt. Dennoch seien nicht etwa Infusionsleistungen an ca. 640 Patienten erbracht worden, sondern lediglich in 44 Behandlungsfällen. Bei einer vergleichbaren Leistungserbringung durch die Fachgruppe liege daher die tatsächliche Anzahl der Behandlungsfälle weit unter 1 %. Der Beklagte habe auch verkannt, dass der Infusionstherapie im Rahmen der Dialysebehandlung ein ganz anderer Stellenwert zukomme als im Rahmen der allgemeininternistischen Behandlung. Der Mehrausatz der Infusionsziffer beruhe auf der Betreuung der Dialysepatienten. Diesen müßten krankheitsbedingt bestimmte Präparate per Infusion zugeführt werden. Im Rahmen der Dialysebehandlung ergebe sich die Notwendigkeit einer Infusion nach der Nr.273 BMÄ/E-GO entgegen der Auffassung des Beklagten nicht nur bei der Behandlung der diabetischen Polyneuropathie mit der Alpha-Lipon-Säure, sondern auch hinsichtlich der Gabe von Medikamenten wie Nefrocarnit, Ferrlecid sowie von Antibiotica (Onacid, Vancomycin). Das Arzneimittel Nefrocarnit enthalte als alleinigen Wirkstoff L-Carnitin und spiele daher in der Energieversorgung der Muskeln und des Herzens eine Rolle. Da bei jeder Dialyse ein beträchtlicher Verlust von L-Carnitin im Körper erfolge, werde dieser Verlust durch Infusionen mit dem Arzneimittel Nefrocarnit ausgeglichen. Die Kläger würden hierzu elektronisch gesteuerte Infusionspumpen oder Injektomaten verwenden, um so die notwendige sehr langsame Infundierung zu gewährleisten. Ferrlecid oder Venofer würden bei Eisenmangelzuständen gegeben. Auch hier müsse die Infundierung sehr langsam erfolgen. Es erscheine auch wenig sinnvoll, dem Patienten einen zusätzlichen Einstich zuzumuten, wenn bereits durch die Dialysebehandlung bedingt ein venöser Zugang bestehe. Antibiotica müssten bei den abwehrgeschwächten Dialysepatienten infundiert werden, weil nur hierdurch hochwirksame Konzentrationen dieser Substanz im Körper erzielt werden könnten. Alpha-Lipon-Säure müsse ebenfalls infundiert werden, weil eine zu rasche intravenöse Gabe zu erheblichen Unverträglichkeitsreaktionen führe. Abgesehen von diesen präparatespezifischen Besonderheiten biete sich die Infusion als Applikationsform bei Dialysepatienten an, da bedingt durch die Blutreinigung ohnehin venöse Zugänge bestehen und bei intravenös gegebenen Medikamenten die Wirksamkeit aufgrund der zur Verfügung stehenden hohen Medikamentenspiegel deutlich besser sei. Alpha-Lipon-Säure werde im Übrigen nicht nur bei der diabetischen Polyneuropathie eingesetzt, sondern auch bei der Therapie der urämischen Polyneuropathie. Dass die einzelnen Infusionen zu den vorgenannten therapeutischen Zwecken verabreicht worden seien, ergebe sich aus den in der Anlage beigefügten Anlagen 2 und 3. Beruhe somit die Infusionsbehandlung ausschließlich auf den Besonderheiten des Patientengutes der Kläger, das in der Fachgruppe keine Entsprechung finde, könne eine Kürzung auf rein statistischer Grundlage nicht erfolgen. Es wäre daher allenfalls eine Einzelfallprüfung möglich gewesen. Abgesehen von dem fehlenden Prüfantrag seien die Feststellungen des Beklagten aber auch für eine Einzelfallprüfung unzureichend. Der Beklagte habe somit zu Lasten des Klägers Elemente der Durchschnittswerte- und Einzelfallprüfung miteinander vermischt, ohne die den Prüfmethode jeweils eigenen Gesetzmäßigkeiten zu beachten. Bei einer Prüfung und Kürzung von Einzelleistungen sei stets auch die Gesamtbehandlungstätigkeit mit zu berücksichtigen. Der Beklagte habe jedoch lediglich den Gesamtfallwert, nicht jedoch die Auswirkungen der Kürzung im Bescheid des Beklagten dokumentiert. Bei Abzug der dialysetypischen Nrn.792 BMÄ/E-GO (ärztliche Betreuung bei der Hämodialyse) und 793 BMÄ/E-GO (ärztliche Betreuung bei der Peritonealdialyse) sowie der Nr.273 BMÄ/E-GO ergebe sich im Bereich der Sonderleistungen nur noch ein Punktzahlvolumen von 508.962 Punkten. Die Dialyseleistungen seien vollständig abzuziehen, da sie ganz und gar untypisch für die Fachgruppe seien. Dividiere man das verbliebene Volumen von 508.962 Punkten durch die 896 Behandlungsfälle, so ergebe sich im Bereich der Sonderleistungen ein neuer Falldurchschnitt von 568 Punkten, der sogar unter dem Fachgruppenschnitt von 700 Punkten pro Fall liege. Der neue Gesamtfallwert der Kläger würde dann nicht mehr 2.829,6 Punkte, sondern lediglich 1.779 Punkte betragen, womit der Gesamtfallwert der Fachgruppe nur noch um ca. 28 % überschritten werde. Die Kürzung des Beklagten führe damit dazu, dass der Spartenwert im Bereich der Sonderleistungen sogar bis deutlich unterhalb des Fachgruppenschnitts gekürzt werde. Dieser Befund werde jedoch im Bescheid des Beklagten an keiner Stelle reflektiert. Die Überschreitung der Nr.273 BMÄ/E-GO sei vielmehr Ausdruck einer zu akzeptierenden Therapiewahlentscheidung der Kläger.

Mit Urteil vom 3. Juni 1998 hat das SG die Klage abgewiesen. Verstöße gegen formelles oder materielles Recht hätten nicht festgestellt werden können. Insbesondere sei nicht zu beanstanden, dass die Kläger mit der Fachgruppe der Internisten verglichen worden seien, da sie als Internisten an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen würden. Die unbestritten vorliegenden Praxisbesonderheiten seien von dem Beklagten in ausreichendem Maße berücksichtigt worden. Auch sei nicht zu beanstanden, dass der Beklagte sämtliche Dialysepatienten überprüft habe. Trotz dieses Vorgehens, das für eine besondere Sorgfalt der Prüfung der klägerischen Behandlungsweise spreche, habe ein statistischer Vergleich stattgefunden. Angesichts einer Ausgangshonorargesamtüberschreitung von + 106,2 % (Arzneikosten-Einzelverordnungen: + 183 %) und einer Überschreitung (Häufigkeit auf 100 Fälle) der Nr. 273 BMÄ/E-GO von + 974,27 % sei eine Kürzung der Honoraranforderung bei dieser Position um 70 % (auf eine Restüberschreitung von + 222 %) im Ergebnis nicht zu beanstanden und von den Klägern hinnehmbar. Im Übrigen schließe sich die Kammer den Gründen des angefochtenen Widerspruchsbescheides an.

Hiergegen richtet sich die Berufung vom 1. Oktober 1998, die mit Schriftsatz vom 3. März 1999 näher begründet wurde. Der Beklagte habe als Prüfmethode den statistischen Fallkostenvergleich mit der Fachgruppe der Internisten gewählt, ohne diese Auswahl zu begründen. Bereits im Verwaltungsverfahren hätten die Kläger darauf hingewiesen, dass die Nr.273 BMÄ/E-GO ausschließlich bei Dialysepatienten abgerechnet würde. Dialyseleistungen würden lediglich von 1,41 % der Fachgruppe erbracht, so dass ein statistischer Vergleich offensichtlich unsinnig sei. Jedenfalls fehle es an der nach der Rechtsprechung notwendigen Ergänzung der Wahl der Vergleichsgruppe um eine intellektuelle Prüfung der Entscheidung (Hinweis auf BSG, Arztrecht 1995, 157, 159). Auch die Durchführung der durch den Beklagten vorgenommenen Wirtschaftlichkeitsprüfung leide an erheblichen Rechtsmängeln, da er die Besonderheiten der Prüfung von Einzelleistungsziffern nicht hinreichend beachtet habe. Zu Unrecht sei der Beklagte davon ausgegangen, dass die Nr.273 BMÄ/E-GO lediglich für die Infusionsbehandlung mit Alpha-Liponsäure abgerechnet worden sei. Der Beklagte sei von einem offensichtlich unvollständigen Sachverhalt ausgegangen, so dass auch aus diesem Grunde die Entscheidung beurteilungsfehlerhaft sei.

Die Kläger stellen den Antrag,

das Urteil des SG vom 3. Juni 1998 aufzuheben, den Bescheid des Beklagten vom 24. Juni 1997 insoweit aufzuheben, als dem Widerspruch der Kläger nicht abgeholfen wurde, und den Beklagten zu verpflichten, über den Widerspruch der Kläger gegen den Bescheid des Prüfungsausschusses vom 22. Oktober 1996 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

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

die Berufung zurückzuweisen.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakte, die Klageakte (Az.: S 21 Ka 1057/97) sowie die Berufungsakte (Az.: L 12 Ka 136/98) vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren sonstigen Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§ 143](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte sowie gemäß [§ 151 Abs.1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Kläger ist zulässig und auch begründet ... Das SG hat mit Urteil vom 3. Juni 1998 die Klage gegen den Bescheid des Beklagten vom 24. Juni 1997 zum Quartal 2/96, mit dem die Honoraranforderung der Kläger bei der Nr.273 BMÄ/E-GO um 70 % gekürzt wurde, zu Unrecht abgewiesen. Rechtsgrundlage für den Bescheid des Beklagten vom 24. Juni 1997, der allein Gegenstand des Klage- und auch des Berufungsverfahrens ist (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr.22](#)), ist [§ 106 Abs.2 Satz 1 Nr.1 SGB V](#). Mit dieser seit dem 1. Januar 1989 geltenden Bestimmung hat der Gesetzgeber die in der Praxis seit langem angewandte, bislang aber im Gesetz nicht verankerte und lediglich durch Richterrecht sanktionierte Methode des statistischen Kostenvergleiches als Anknüpfungspunkt für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Behandlungs- und Verordnungstätigkeit anerkannt und als Regelmethode übernommen (arztbezogene Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten). Es hat damit zugleich die zur Legitimation einer statistischen Vergleichsprüfung unerlässliche Annahme gebilligt, dass die Gesamtheit aller Ärzte im Durchschnitt gesehen wirtschaftlich behandelt oder verordnet, jedenfalls das Maß des Notwendigen und Zweckmäßigen nicht unterschreitet und deshalb der durchschnittliche Behandlungs- und Verordnungsaufwand einer Arztgruppe grundsätzlich ein geeigneter Maßstab für die Wirtschaftlichkeitsprüfung eines Angehörigen dieser Arztgruppe ist. Eine Unwirtschaftlichkeit ist bei einer arztbezogenen Prüfung nach Durchschnittswerten dann anzunehmen, wenn der Fallwert des geprüften Arztes so erheblich über dem Vergleichsgruppendurchschnitt liegt, dass sich die Mehrkosten nicht mehr durch Unterschiede in der Praxisstruktur und in Behandlungsnotwendigkeiten erklären lassen und deshalb zuverlässig auf eine unwirtschaftliche Behandlungs- oder Ordnungsweise als Ursache der erhöhten Aufwendung geschlossen werden kann. Wann dieser mit dem Begriff des offensichtlichen Missverhältnisses gekennzeichnete Überschreitungsgrad erreicht ist, hängt von den Besonderheiten des jeweiligen Prüfungsgegenstandes und den Umständen des konkreten Falles ab und entzieht sich einer allgemein verbindlichen Festlegung. Im Hinblick darauf, dass die Festlegung des Grenzwertes für das offensichtliche Missverhältnis von der Beurteilung zahlreicher und in ihren wechselseitigen Auswirkungen nicht exakt quantifizierbarer Einzelfaktoren abhängt und auch bei der Berücksichtigung aller relevanten Umstände letztlich eine wertende Entscheidung fordert, bleibt dem Prüfungsorgan insoweit ein Beurteilungsspielraum. Der streitgegenständliche Bescheid des Beklagten genügt nicht den Anforderungen, die das Bundessozialgericht speziell an die Prüfung der Wirtschaftlichkeit einzelner Leistungen (Gebührenpositionen) stellt (vgl. insbesondere BSG [SozR 3-2500 § 106 Nrn.6, 13, 15, 23, 26, 33, 36](#)). 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. Es dürfen dabei nur solche Einzelleistungen in die Prüfung mit einbezogen werden, die fachgruppentypisch sind und die die Prüfgremien wegen der Häufigkeit ihres Ansatzes vor dem Hintergrund der Patientenstruktur und der Praxisausrechnung des geprüften Arztes als auffällig bewerten. Bei einem Einzelleistungsvergleich kann deshalb der Beweis der Unwirtschaftlichkeit regelmäßig nicht allein mit der Feststellung und Angabe von Überschreitungsprozentsätzen geführt werden. Es bedarf vielmehr einer genaueren Untersuchung der Strukturen und des Behandlungsverhaltens innerhalb des speziellen engeren Leistungsbereiches sowie der Praxisumstände des geprüften Arztes, um die Eignung der Vergleichsgruppe und den Aussagewert der gefundenen Vergleichszahlen beurteilen zu können. Die dazu angestellten Erwägungen müssen, damit sie auf ihre sachliche Richtigkeit und auf ihre Plausibilität und Vertretbarkeit hin überprüft werden können, im Bescheid genannt werden oder jedenfalls für die Beteiligten und das Gericht erkennbar sein. Bei der isolierten Überprüfung der Wirtschaftlichkeit einzelner Leistungen muss stets auch der Gesamtfallwert mitreflektiert und im Bescheid dokumentiert werden.

Diesen Vorgaben wird der Bescheid des Beklagten vom 24. Juni 1997 nicht gerecht. Es ist zunächst allerdings nicht zu beanstanden, dass der Beklagte die Nr.273 BMÄ/E-GO für eine fachgruppentypische Leistung angesehen hat. Eine solche fachgruppentypische Leistung liegt vor, wenn sie von einer hinreichend großen Zahl von Ärzten in der Vergleichsgruppe abgerechnet wird und in einer ausreichend großen Zahl von Fällen angesetzt wird (vgl. BSG SozR 3-2500 § 106 SGB V Nr.23 S.130). Die erste Bedingung ist unzweifelhaft erfüllt, weil 81,69 % der Ärzte der Vergleichsgruppe die Nr.273 BMÄ/E-GO ebenfalls abrechnen und das BSG bei vergleichbaren Injektionsleistungen schon einen 50 %igen Abrechnungsanteil hat genügen lassen (BSG SozR 3-2500 § 106 SGB V Nr.23). Die auf den ersten Blick geringe Ansatzhäufigkeit in 6,66 Fällen auf 100 Fälle bei der Vergleichsgruppe führt nicht zu einer Beurteilung als fachgruppenuntypisch. Auch hier ist festzustellen, dass das BSG bei vergleichbar geringen Behandlungsfällen (Nr.60 BMÄ a.F. bei 6 % der Behandlungsfälle - BSG SozR 3-2500, § 106 Nr.15; Nr.387 BMÄ a.F. in 7,4 % der Behandlungsfälle - BSG SozR 3-2500 § 106 Nr.26) von einer fachgruppentypischen Leistung ausgegangen ist. Soweit der Klägerevertreter hierzu einwendet, dass Infusionsleistungen typischerweise in Serien erbracht würden und deshalb die tatsächliche Behandlungsfallzahl in der Vergleichsgruppe in ähnlicher Weise wie beim Kläger (trotz eines Fallansatzes der Ziffer 273 in 71,54 von 100 Fällen sind tatsächlich nur 44 Behandlungsfälle betroffen) wohl sogar unter 1 % liege, greift dieser Einwand letztlich nicht durch. Zum einen steht fest, dass in der Vergleichsgruppe die Infusionsleistungen nicht im Zusammenhang mit Dialyseleistungen erbracht werden, so dass nicht zwingend solche Infusionsserien wie bei der Gabe von Alpha-Liponsäure vorkommen müssen. Zum anderen kann es letztlich für die Frage der fachgruppentypischen Leistung nicht darauf ankommen, ob eine Leistung mehrmals in einem Fall oder in mehreren Fällen jeweils einmal erbracht wird.

Soweit der Beklagte es unterlassen hat, bereits auf der ersten Stufe zur Feststellung des offensichtlichen Missverhältnisses eine ergänzende intellektuelle Überprüfung durchzuführen, kann dies gerade noch hingenommen werden. Die Darlegungen und Berechnungen des Beklagten lassen noch hinreichend erkennen, wie der Beklagte das Leistungsverhalten der Kläger bewertet hat. Der Beklagte hat jedenfalls nach Feststellung des offensichtlichen Missverhältnisses noch eine ergänzende intellektuelle Prüfung durchgeführt, um festzustellen, ob in der Praxis der Kläger Praxisbesonderheiten oder Einsparungen in anderen Bereichen vorliegen, die die erheblichen Überschreitungen bei der Nr.273 BMÄ/E-GO rechtfertigen. Der Beklagte hat im Widerspruchsverfahren zum einen alle Behandlungsscheine der Ersatzkassen durchgesehen und als Praxisbesonderheit den Praxisschwerpunkt Nephrologie mit Dialysebehandlung anerkannt. Zum anderen hat der Beklagte alle Dialysepatienten anhand der Behandlungsausweise überprüft und kam dabei auf 8 Diabetesfälle. Der Senat geht dabei davon aus, dass der Beklagte nicht nur die Dialysepatienten bei den Ersatzkassen durchgesehen hat, sondern alle 67 Patienten, die nach der Häufigkeitsstatistik Dialyseleistungen nach den Nrn.792, 793 BMÄ/E-GO erhalten haben.

Ausgehend von den Darlegungen der Kläger im Widerspruchsverfahren (Häufigkeit der Abrechnung der Nr. 273 BMÄ/E-GO resultiere aus der notwendigen Gabe von Medikamenten bei Dialysepatienten in Infusionsform; die zahlreichen Diabetiker mit einer Neuropathie würden bei jeder Dialyse Alpha-Liponsäure in Infusionsform erhalten), hat der Beklagte 110 Infusionsleistungen nach der Nr.273 BMÄ/E-GO von insgesamt 641 Leistungen für nachvollziehbar bzw. wirtschaftlich gehalten. Diese Annahme beruht nach Auffassung des Beklagten, ausgehend von 8 Diabetesfällen, auf der allgemeinen internistischen Erfahrung, dass bei einer diabetischen Polyneuropathie mit einer Infusionstherapie mit Alpha-Liponsäure mit einer Serie von 10 bis 15 konsekutiven Infusionen zu rechnen sei. Wenn man - was der Beklagte nicht getan hat - die 110 als wirtschaftlich anerkannten Infusionen von den insgesamt erbrachten Infusionen (641) abzieht und die Häufigkeit auf 100 Fälle ermittelt (59,26 auf 100), ergibt sich immer noch ein Überschreitungswert von + 789,79 %. Dies rechtfertigt immer noch die Annahme eines offensichtlichen Missverhältnisses zur Vergleichsgruppe. Der Beklagte hat auch die Gesamttätigkeit der Kläger berücksichtigt und festgestellt, dass die Kläger auch beim Gesamthonorar die Vergleichsgruppe um + 106,2 % gewichtet überschreiten. Ergänzend ist festzustellen, dass die Kläger auch in der Leistungsgruppe 08 (Sonderleistungen), zu der die gekürzte Ziffer 273 BMÄ/E-GO gehört, die Vergleichsgruppe um + 132,1 % gewichtet überschreiten.

Soweit der Klägerevertreter im Rahmen des Klageverfahrens (Schriftsatz vom 17. Dezember 1997) erstmalig eingehende Ausführungen zu Praxisbesonderheiten und Einsparungen macht, ist dieses Vorbringen grundsätzlich verspätet. Auch im Rahmen des zweistufigen Prüfungsverfahrens der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise gilt, dass der Vertragsarzt seine Darlegungen zum Vorliegen von Praxisbesonderheiten und kausalen Einsparungen, soweit sie nicht ohne weiteres aus den statistischen Unterlagen erkennbar sind, bereits im Verwaltungsverfahren vorbringen muss, um sich nicht der Gefahr einer Zurückweisung dieses Vorbringens als verspätet auszusetzen. Denn die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise eines Arztes ist nach dem Gesetz sachverständigen Ausschüssen übertragen. Es ist dem Vertragsarzt nicht gestattet, durch eine mangelnde Beteiligung am Prüfverfahren das gesetzlich vorgesehene Verfahren zu unterlaufen und die Wirtschaftlichkeitsprüfung in die gerichtlichen Instanzen zu verlagern, zumal es den Gerichten verwehrt ist, eine umfassende Wirtschaftlichkeitsprüfung durchzuführen, ihnen vielmehr allein die Kontrolle obliegt, ob die im Rahmen des Beurteilungs- und Ermessensspielraumes getroffenen Entscheidungen der Prüfungsausschüsse mit Gesetz und Recht in Einklang stehen (vgl. BSG, SozR 2200 § 368n Nr.547, S.197/198). Das Versäumnis hat vorliegend aber keine Auswirkungen, da ohnehin nochmals ein Widerspruchsverfahren durchzuführen ist, in dem die Kläger die weiteren Einwendungen geltend machen können, die dann vom Beklagten bewertet werden müssen. Ohne dieser Prüfung vorzugreifen, ist darauf hinzuweisen, dass zwischen den Beteiligten nicht die Gabe der von den Klägern genannten Medikamente im Zusammenhang mit der Dialyse, sondern lediglich die Darreichungsform - oral bzw. durch Infusion - streitig ist. Zu Letzterem hat der Senat, der mit einem Arzt als ehrenamtlicher Richter fachkundig besetzt ist, bei Durchsicht der Behandlungsscheine festgestellt, dass die medizinische Notwendigkeit der Darreichung in Form der Infusion jedenfalls bei den Medikamenten zweifelhaft ist, die kontinuierlich eingenommen werden müssen (insb. Antibiotika). Bei diesen Medikamenten erfolgt die Medikamenteneinnahme an den dialysefreien Tagen oral, so dass nicht einsichtig ist, wieso die Medikamentengabe am Tag der Dialyse nicht auch oral erfolgen soll.

Dem Bescheid des Beklagten vom 24. Juni 1997 mangelt es aber auf der 2. Stufe der Wirtschaftlichkeitsprüfung - der Festlegung der Kürzungshöhe - an ausreichenden Feststellungen und Begründungen. Dies wäre umso mehr notwendig gewesen, als die festgesetzte Kürzung wohl bis in die Übergangszone hineinreicht (vgl. hierzu BSG SozR 2200 § 368 n Nrn.48 und 49; SozR 3-2500 § 106 Nrn.15 und 36).

Wenn man vorliegend nach der Fallwertbereinigung (59,26-maliger Ansatz der Ziff.273 BMÄ/E-GO = 789,79 % Überschreitung) von diesem Wert die Kürzung des Fallwertes um 70 % abzieht (= 449 x die Ziffer 273 BMÄ/E-GO), erhält man eine Ansatzhäufigkeit der Ziff.273 BMÄ/E-GO von 9,15 auf 100 Behandlungsfälle gegenüber 6,66 der Vergleichsgruppe und damit eine verbleibende Restüberschreitung von + 37,39 %. Der Beklagte war spätestens an dieser Stelle der Wirtschaftlichkeitsprüfung gehalten, sich im Rahmen des ihm obliegenden Beurteilungsspielraumes Gedanken darüber zu machen, wo vorliegend die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis anzusetzen ist. Das BSG hat bislang keine generelle Stellungnahme dazu abgegeben, wo bei der Kürzung einer einzelnen Leistungsziffer im allgemeinen die Grenzziehung zum offensichtlichen Missverhältnis vorzunehmen ist. Es hat es aber mehrfach nicht für beanstandenswert gehalten, wenn die

Prüfungsinstanzen bei Überschreitungswerten von 100 % und mehr gegenüber der Vergleichsgruppe vom Vorliegen eines offensichtlichen Missverhältnisses ausgegangen sind (vgl. BSG, SozR 2200 § 368e Nr.4, S.7/8, [SozR 3-2500 § 106 Nr.15](#) S.89 f., Nr.23 S.123, 130 und BSG USK 94143 S.774). Daraus lässt sich in der Regel ableiten, dass jedenfalls bei einer Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts um 100 % bei der Kürzung einer einzelnen Leistungsziffer ein offensichtliches Missverhältnis vorliegt (in diesem Sinne Clemens in Schulin, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 1, § 35 Rdz.153). Damit ist es freilich nicht ausgeschlossen, im Einzelfall die Grenzziehung zum offensichtlichen Missverhältnisses auch unterhalb der 100 %-Grenze festzusetzen, etwa weil es sich von vornherein um einen sehr homogenen Leistungsbereich handelt oder etwaige Abweichungen bereits weitestgehend im Rahmen der Fallwertbereinigung berücksichtigt wurden (vgl. hierzu BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr.41](#) S.226). Soweit die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis bei der Kürzung einer einzelnen Ziffer unterhalb der 100 %-Grenze festgesetzt werden soll, bedarf es hierzu jedenfalls ebenso einer eingehenden Begründung, wie wenn eine Kürzung bis in die Übergangszone hinein festgesetzt wird. An einer solchen Begründung fehlt es aber in dem streitgegenständlichen Bescheid vom 24. Juni 1997 völlig.

Demgemäß war der Bescheid des Beklagten vom 24. Juni 1997 aufzuheben und der Beklagte zu verpflichten, über den Widerspruch der Kläger vom 24. November 1996 erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats zu entscheiden.

Der Beklagte ist daher gehalten, bei der neuerlichen Entscheidung - soweit sich auf der ersten Stufe der Wirtschaftlichkeitsprüfung bzgl. des bereinigten Fallwertes keine Änderungen ergeben - den Klägern bei der Leistungsziffer 273 BMÄ/E-GO eine Fallwertüberschreitung von jedenfalls 100 % zu belassen oder aber, soweit die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnisses unterhalb 100 % festgesetzt wird bzw. wiederum eine Kürzung in die Übergangszone hinein erfolgt, eine eingehende Begründung vorzunehmen.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus [§ 193 Abs.1 und Abs.4 Satz 2 SGG](#) i.d.F. des Art.15 Nr.2 des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 ([BGBl I S.2266](#)) und beruht auf der Erwägung, dass die Kläger in beiden Rechtszügen obsiegt haben.

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

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-09-25