L 7 Ka 864/74

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
7
1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
-
Datum
17.10.1973
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 7 Ka 864/74
Datum
07.12.1977
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufungen des Klägers gegen die Urteile des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 29. April 1970 und 17. Oktober 1973 werden zurückgewiesen.

Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Tatbestand:

Der Rechtsstreit wird um die Frage geführt, ob die beklagte Kassenärztliche Vereinigung Hessen die Honorarforderungen des Klägers gegen die RVO- und Ersatzkassen beginnend mit dem 4. Quartal 1964 bis hin zum 2. Quartal 1968 zu Recht wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise gekürzt hat.

Der Kläger ist als prakt. Arzt in W. zur Kassenpraxis zugelassen und an der Behandlung der Versicherten von Ersatzkassen beteiligt.

In den umstrittenen Abrechnungszeiträumen fiel er vor allem dadurch auf, daß er für die Sonderleistungen insgesamt oder Gruppen von Sonderleistungen je Behandlungsfall ein Vielfaches (das 3- bis 10-fache) des Durchschnittssatzes seiner Arztgruppe – prakt. Ärzte – verlangte. Auch hinsichtlich der Gesamthonorarforderungen je Behandlungsfall lag der Kläger um 36,62 bis 60 v.H. über dem Durchschnitt.

Die Prüfungseinrichtungen (damals satzungsgemäß ohne beschließende Mitwirkung der Krankenkassen) kürzten darauf hinsichtlich der RVO-Kassenabrechnung für das 4. Quartal 1964 bei einer Fallzahl von 443 Patienten für große Sonderleistungen den dafür geltend gemachten Betrag von 1.717,10 DM mit Bescheid vom 10. Mai 1965 um 429,20 DM, da der errechnete Fallwert von 26,05 DM erheblich über dem Gruppenfallwert von 16,40 DM liege. Die durchgeführte Honorarabänderung betrage 25 v.H. Auf den Widerspruch des Klägers teilte die Prüfungsausschuß-Widerspruchsstelle am 16. Juli 1965 mit, seinem Widerspruch könne nicht stattgegeben werden. Es seien in einer Vielzahl von Fällen in einem Übermaß diagnostische Maßnahmen durchgeführt worden, die andererseits ohne therapeutische Konsequenz geblieben seien. Die Prüfung habe auch gezeigt, daß er bei gleichen oder ähnlich gelagerten Fällen ohne erheblichen Laboraufwand auskomme.

Der Beschluss des Beschwerdeausschusses für Ärzte vom 11. Januar 1966 wies den Widerspruch des Klägers zurück, da er mit seiner Honorarforderung pro Behandlungsfall den Durchschnittssatz seiner Fachgruppe um rund 59 % überschritten habe. Die eingehende Einzelfallprüfung habe ergeben, daß die ausgesprochene Honorarkürzung sowohl dem Grunde als auch der Höhe nach durch eine nicht zu übersehende Unwirtschaftlichkeit der Behandlungsweise gerechtfertigt sei. Besonders seien Fälle mit einem völlig unmotivierten hohen diagnostischen Aufwand häufig zu finden. Die vom Kläger angeführten angeblichen Besonderheiten seiner Praxisführung hätten nicht als ausreichende Rechtfertigung für die Überhöhung seiner Honorarforderung anerkannt werden können. Er liege in allen Bereichen über dem Gruppendurchschnitt. Auf dem Sektor der großen Sonderleistungen habe er den Gruppendurchschnitt um 1000 % überschritten. Durch die Kürzung der Honorarforderung für große Sonderleistungen um 25 v.H. sei allen eventuellen Besonderheiten und Einsparungen in der Gesamtpraxisführung ausreichend Rechnung getragen worden. Sie sei mit 429,20 DM im Verhältnis zu der verbleibenden Gesamthonorarforderung von 11.112,95 DM angesessen.

Bei einer Fallzahl von 360 Fällen nahm der Prüfungsausschuß hinsichtlich der RVO-Kassenabrechnung für das 2. Quartal 1966 mit Bescheid vom 14. November 1966 eine Honorarabänderung von 1.138,95 DM vor, da die Honorarforderung für Sonderleistungen mit 7.593,– DM mit einem Fallwert von 21,09 DM um mehr als 300 v.H. über dem Gruppendurchschnitt von 6,37 DM gelegen habe. Dabei sei ein Fallwert von 26,96 DM gegenüber einem Gruppendurchschnitt von 21,24 DM anerkannt worden.

Die Honorarabänderung im Rahmen der RVO-Kassenabrechnung für das 1. Quartal 1967 setzte der Prüfungsausschuß mit Bescheid vom 2. August 1967 mit 807,21 DM fest, da bei einer Fallzahl von 430 gegenüber 554 der Gruppe die durchschnittliche Honorarforderung pro Patient 29,90 DM gegenüber einem Fachgruppendurchschnitt von 21,23 DM ausgemacht habe. In einem offensichtlichen Mißverhältnis zum Fachgruppendurchschnitt habe dabei erneut die Forderung für Sonderleistungen mit einem Fallwert von 18,77 DM zu 5,91 DM der Gruppe bestanden.

Auch für das 3. Quartal 1967 ist hinsichtlich der RVO-Kassenabrechnung mit Bescheid vom 13. Februar 1968 eine Honorarabänderung von 2.046,10 DM vorgenommen worden, da die Honorarförderung 32,80 DM und die für Sonderleistungen 22,58 DM betragen habe. Die Abweichung von der mittleren Streuung ergebe damit 354 v.H ...

Auf die Widersprüche des Klägers setzte hiernach der Beschwerdeausschuß für Ärzte mit Beschluss vom 4. September 1966 für das 2. Quartal 1966 eine zehnprozentige Kürzung des Honorars für Sonderleistungen – 759,30 DM – und für das 3. Quartal 1967 eine fünfzehnprozentige Kürzung des Honorars für Sonderleistungen – 1.534,50 DM – fest. Den Widerspruch des Klägers gegen den Bescheid der Prüfungskommission der Bezirksstelle Wiesbaden vom 2. August 1967 für das 1. Quartal 1967 wies er als unbegründet zurück. Der Beschluss führte aus, der Kläger überschreite den Durchschnittssatz seiner Arztgruppe im 2. Quartal 1966 um 41,7 v.H., im 1. Quartal 1967 um 40,8 v.H. und im 3. Quartal 1967 um 59,6 v.H. Dieses offensichtliche Mißverhältnis der Durchschnittswerte rechtfertige die pauschale Honorarkürzung wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise.

Für das 2. Quartal 1968 beschloß der Prüfungsausschuß mit Bescheid vom 28. Oktober 1968 eine Honorarabänderung von 1.017,– DM, da die durchschnittliche Honorarforderung pro Patient 31,99 DM und die für Sonderleistungen pro Fall 10,30 DM betrage. Unverändert sei dabei der routinemäßige Ansatz der Ziffern 25, 26, 790 Ugn., 716 und 885 GOÄ.

Der Beschwerdeausschuß für Ärzte nahm dann mit Beschluss vom 13. August 1969 die Honorarkürzung für das 2. Quartal 1968 mit 1,50 DM pro Fall und damit insgesamt 610,50 DM vor, da der Kläger mit seinen Honorarforderungen pro Fall den Durchschnittssatz seiner Arztgruppe um 11,74 DM oder um 255 v.H. des Betrages der "mittleren Abweichung” überschreite. Dabei könne es bei der Beurteilung seiner Praxisführung nicht auf die verursachten Gesamtkosten an, sondern auf die außerordentlich hohe Honorarforderung aus dem Teilbereich der Laborleistungen. Diese sei allein am Maßstab einer wirtschaftlichen Behandlungsweise zu messen. Unter Berücksichtigung der Besonderheiten seiner Praxis, die internistisch ausgerichtet sei, habe man ihm einen Mehrbetrag von 9,24 DM pro Fall belassen. Der für Laborleistungen zur Abrechnung gestellte Gesamtbetrag habe eine Überschreitung des Falldurchschnitts der Arztgruppe "Praktiker” in W. um 546 v.H. aufgezeigt.

Hinsichtlich der Ersatzkassenabrechnungen für das 2. Quartal 1965 nahm der Bescheid vom 11. Oktober 1965 eine Honorarabänderung von 350,– DM vor, da der Kläger bei einer Fallzahl von 185 – Gruppendurchschnitt 195 – mit seiner Gesamtforderung mit einem Fallwert von 28,40 DM über dem Gesamtgruppenfallwert von 18,64 DM gelegen habe. Dabei sei insbesondere die Höhe der Forderung für Sonderleistungen mit 20,17 DM gegenüber dem Gruppenfallwert von 5,21 DM auffällig. Es sei ein Fallwert von 26,40 DM anerkannt worden. Auffallend häufig seien die Ziffern 19, 65, 702, 710 und 711 E-Adgo, die zum Teil ohne ausreichende Begründung durch die Diagnose abgerechnet worden seien.

Bei der Ersatzkassenabrechnung des Klägers für das 2. Quartal 1966 nahm die Prüfungskommission mit Bescheid vom 14. November 1966 eine Honorarabänderung um 520,– DM vor, wobei ein Fallwert von 28,– DM (angeforderter Fallwert 50,72 DM) gegenüber dem Gruppendurchschnitt von 21,41 DM bei einer Fallzahl von 191 anerkannt worden ist.

Der Bescheid vom 16. Januar 1967 sprach für die Ersatzkassenabrechnung des 3. Quartals 1966 eine Honoraränderung von 460,– DM aus, da der Kläger mit dem von ihm angeforderten Fallwort von 31,97 DM erheblich den Gruppenfallwert von 22,27 DM überschritten habe. Bei einer Fallzahl von 160 sei ein Fallwert von 29,– DM anerkannt worden. Die Forderung für Sonderleistungen habe pro Patient 22,25 DM gegenüber dem Gruppendurchschnitt von 7,16 DM betragen.

Hinsichtlich der Ersatzkassenabrechnung für das 4. Quartal 1966 beschloß die Prüfungskommission mit Bescheid vom 19. April 1967 eine Honorarabänderung von 460,– DM, da die durchschnittliche Honorarforderung pro Patient 33,63 DM gegenüber einem Gruppendurchschnitt von 24,63 DM betragen habe. Die vom Kläger angeforderten Kosten für Sonderleistungen überstiegen den Durchschnittswert der Gruppe um rund 200 v.H. Damit sei ein Fallwert von 31,– DM noch anerkannt worden bei einer Fallzahl von 173 gegenüber dem Gruppendurchschnitt von 215. Für das 1. Quartal 1967 beschloß die Prüfungskommission bei der vom Kläger geltend gemachten Ersatzkassenabrechnung mit Bescheid vom 24. Juli 1967 eine Honorarabänderung von 530,47 DM. Hier hatte er für Sonderleistungen 23,02 DM gegenüber dem Fachgruppendurchschnitt von 7,85 DM geltend gemacht. Trotz der Anerkennung einer außerordentlichen Leistungsbreite habe wiederum eine gewisse Schematik bei den durchgeführten diagnostischen Maßnahmen nicht ausgeschlossen werden können. Der anerkannte Fallwert betrage 32,– DM bei einer Anforderung von 34,61 DM und einem Gruppendurchschnitt von 25,– DM. Die Fallzahl habe 211 gegenüber dem Gruppendurchschnitt von 220 ausgemacht.

Mit Beschluss vom 26. Juli 1968 wies die Beschwerdekommission bei der Beklagten die Widersprüche des Klägers betreffend das 2. Quartal 1965, 2. Quartal 1966, 3. Quartal 1966 und 1. Quartal 1967 als unbegründet zurück und setzte unter Abänderung des Bescheides vom 19. April 1967 für das 4. Quartal 1966 eine Honorarkürzung von insgesamt 267,– DM (1,50 DM pro Fall) fest. Zur Begründung führte der Beschluss aus, die Kürzungen seien wegen der überhöhten Sonderleistungen erfolgt. Die Abrechnungsunterlagen hätten dabei ergeben, daß der Kläger vorwiegend diagnostisch in einem Umfang tätig sei, der mit den Grundsätzen der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit in der Sozialpraxis nicht in Einklang gebracht werden könnte. Es sei allgemein aufgefallen, daß er sehr umfangreiche und aufwendige Laboruntersuchungen durchführe. Auf dem Sektor der Laborleistungen überschreite er den Falldurchschnitt seiner Fachkollegen um 575 v.H. und liege selbst über dem Durchschnittssatz der Internisten noch um rund 130 v.H. Das habe besonders die Vergleichsbetrachtung für das 1. Quartal 1967 aufgezeigt. Daß er seine Allgemeinpraxis internistisch ausgerichtet habe, werde als Praxisbesonderheit anerkannt. Auch könne der zum Vergleich herangezogene Sonderleistungsdurchschnitt der Fachgruppe der Internisten für den Kläger kein Richtpunkt sein, da die Praxis des Internisten durch einen hohen Prozentsatz von Überweisungsfällen und den mit diesem besonderen Krankengut zwangsläufig verbundenen hohen Aufwand belastet sei. Er habe bisher nicht dargetan, daß sein Patientenkreis sich im Durchschnitt aus besonders schwierigen Fällen zusammensetze. Soweit Besonderheiten der Praxisführung vorlägen, sei diesen in ausreichendem Maße

dadurch Rechnung getragen worden, daß dem Kläger auch nach Durchführung der Honorarkürzung auf dem Sektor der als unwirtschaftlich beanstandeten Sonderleistungen noch immer ein wesentlich höheres Honorar pro Behandlungsfall zugebilligt worden sei als dem Durchschnitt seiner Fachkollegen. Die Abrechnungsunterlagen aus dem 2. Quartal 1966 und 1. Quartal 1967 seien einer exakten Einzelfallprüfung unterzogen worden, die sich, auf jeweils 20 v.H. der Gesamtfälle erstreckt hätte.

Das Sozialgericht Frankfurt am Main hat nach Einholung des Gutachtens vom 28. Februar 1968 durch Dr. med. H. mit Urteil vom 29. April 1970 die Klage hinsichtlich der RVO-Honorarforderung abgewiesen. In den Entscheidungsgründen hat es ausgeführt, die durchgeführte pauschale Honorarkürzung sei aufgrund von Durchschnittswerten zulässig. Die Beklagte habe die Praxisführung des Klägers sachgerecht beurteilt und bei der Ausübung ihres Ermessens sachlich vertretbar gehandelt. Dabei habe sie den Rechtsgrundsatz der Wirtschaftlichkeit nicht verkannt. Die Höhe der Kürzung berücksichtige in ausreichendem Maße die bestehenden Praxisbesonderheiten, die in dem großen Labor und die damit verbundene Häufigkeit großer Sonderleistungen zu sehen und auch zum anderen in der eingeschränkten Überweisungstätigkeit zu erblicken seien. Die Kürzung habe dem Kläger noch eine Durchschnittsüberschreitung zwischen 40 v.H. und 50 v.H. zugebilligt. Damit seien seine Praxisbesonderheiten zutreffend gewürdigt. Auch das Gutachten des Sachverständigen Dr. H. könne zu keinem anderen Ergebnis führen, da dieser ebenfalls eine gewisse Unwirtschaftlichkeit in der Planungsweise bejaht habe. Es biete aber nur einen Anhaltspunkt für die Kürzung überhaupt, da der Sachverständige sein Gutachten ausschließlich auf die großen Sonderleistungen konzentriert habe.

Gegen das dem Kläger am 26. Mai 1970 zugestellte Urteil ist die Berufung am 24. Juni 1970 bei dem Hessischen Landessozialgericht eingegangen.

Mit Urteil vom 17. Oktober 1973 hat das Sozialgericht Frankfurt am Main betreffend die Ersatzkassen-Honorarkürzungen für das 2. Quartal 1965, 2. bis 4. Quartal 1966 und 1 Quartal 1967 ebenfalls die Klage abgewiesen und gemeint, das Honorar des Klägers sei zutreffend in der festgesetzten Höhe pauschal gekürzt worden, da er unwirtschaftlich behandelt habe. Die vergleichbare Arztgruppe sei für ihn die Gruppe der Allgemeinmediziner. Daß er seine Tätigkeit stark internistisch ausgerichtet habe, sei als Praxisbesonderheit anzuerkennen gewesen. Die überhöhten Anforderungen für Sonderleistungen, und zwar insbesondere für Laborleistungen entsprächen nicht dem vertraglichen Gebot der Wirtschaftlichkeit. Einzeln in Rechnung gestellte Sonderleistungen wären bei den Diagnosen nicht notwendig. Aufgrund der angegebenen Diagnosen seien die umfangreichen Laboruntersuchungen unwirtschaftlich. Seine unwirtschaftliche Behandlungsweise resultiere auch daraus, daß er in einem erheblichen Ausmaß Vorsorgeuntersuchungen betreibe. Der Kläger habe nicht den Nachweis erbracht, daß die niedrigeren Kosten für Arzneimittel, veranlaßte Nebenleistungen, Krankenhauseinweisungen und Überweisungen an Fachärzte ihre Ursache in seinen überhöhten Sonderleistungen gehabt hätten. Nur wenn diese Einsparungen auf anderen Teilbereichen durch überhöhte Honoraranforderungen verursacht worden seien, seien die kompensationsfähig. Die Einsparungen auf dem Arzneimittelsektor gingen gleichfalls nicht auf die umfassende Diagnostik zurück. Das gelte ebenso von den Krankenhauseinweisungen wie auch von den Überweisungen an Fachärzte. Die Kürzungen seien nicht ermessensfehlerhaft. Nach Abzug der Honorarkürzungen je Fall seien ihm zumindest noch 6,50 DM über dem Durchschnitt belassen worden. Den weiteren Praxisbesonderheiten sei damit voll Rechnung getragen worden.

Gegen das dem Kläger am 16. November 1973 zugestellte Urteil ist seine Berufung am 15. Dezember 1973 bei dem Hessischen Landessozialgericht eingegangen.

In dem Rechtsstreit betreffend die RVO-Honorarforderung des Klägers hat das Hessische Landessozialgericht mit Urteil vom 26. Februar 1973 auf die Berufung des Klägers das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 29. April 1970 und die Bescheide der Beklagten vom 10. Mai 1965, 14. November 1966, 2. August 1967, 13. Februar 1968 und 28. Oktober 1968 in der Gestalt ihrer Widerspruchsbescheide aufgehoben. Es hat dabei unter Zusammenrechnung von Gesamthonorarforderung, Honorarforderung für Sonderleistungen, Arzneikosten für Nichtrentner-Mitglieder und Arzneikosten für Rentner "Gesamtkosten für den Einzelfall errechnet und bei einem Vergleich dieser dergestalt ermittelten” Gesamtkosten mit denen der vergleichbaren Arztgruppe festgestellt, daß der Kläger mit diesen Werten nicht erheblich über dem Gruppendurchschnitt läge. Da die beteiligten Krankenkassen die Verordnungsblätter der maßgebenden Quartale vernichtet hatten, der Kläger aber anhand eines neueren Quartals, nämlich 2. Quartal 1971, nachgewiesen habe, daß er vorrangig der Behandlung dienende Arzneimittel und weniger schmerzlindernde und -dämpfende Mittel verordnet habe als andere Ärzte, sei zu seinen Gunsten davon auszugehen, daß die Arzneimittelersparnis auf die kostspieligere Diagnose zurückzuführen sei. Außerdem sei bei der internistisch ausgerichteten Praxis des Klägers nicht der Durchschnittssatz für praktische Ärzte zugrunde zu legen, sondern ein Ansatz zwischen dieser Arztgruppe und der Arztgruppe der Internisten. Da eine pauschale Honorarkürzung somit mangels offensichtlichen Mißverhältnisses zwischen den Honorarforderungen des Klägers und den durchschnittlichen Honorarforderungen seiner Arztgruppe nicht zulässig sei, seien die angefochtenen Bescheide aufzuheben. Es stehe im Ermessen der Beklagten, anhand einer Einzelfallprüfung unter Berücksichtigung kompensationsfähiger Ersparnisse in anderen Leistungssparten die Frage der Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit der Sonderleistungen zu klären und sodann Abstriche im einzelnen vorzunehmen und zu begründen.

Das Bundessozialgericht hat mit Urteil vom 3. Juli 1974 auf die von dem beigeladenen Landesverband der Ortskrankenkassen eingelegte Revision das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 28. Februar 1973 aufgehoben und den Rechtsstreit zu neuer Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen. In den Entscheidungsgründen hat es ausgeführt, der fehlerhafte Ansatz von statistischem Wert habe zu dem Ergebnis geführt, daß die Aufwendungen der Krankenkassen für Honorar und Arznei bei den Patienten des Klägers nur geringfügig über den entsprechenden durchschnittlichen Aufwendungen seiner Arztgruppe lägen. Dieses angewandte Verfahren zur Gewinnung eines für eine Vergleichsbetrachtung brauchbaren Durchschnittswertes sei vom Ansatz her ungeeignet, denn es habe zum Teil Leistungsansätze doppelt verwendet, zum Teil Einzelfall-Durchschnittswerte zum Ansatz gebracht, die zur Gewinnung eines aussagefähigen Gesamtkosten-Fallwertes erst unter Berücksichtigung der jeweiligen Mitgliederzahlen hatten umgerechnet werden müssen. Angesichts der Tatsache, daß der Kläger bei den in Frage stehenden Sonderleistungen die entsprechenden Durchschnittswerte der praktischen Ärzte W. um ein Vielfaches überschritten habe, sei das offensichtliche Mißverhältnis gegeben. Die bisherigen Ermittlungen ließen jedoch nicht den Schluß zu, daß die Minderaufwendungen in anderen Leistungsbereichen, insbesondere im Arzneimittelbereich auf die Mehrleistungen im Bereich der Sonderleistungen zurückzuführen seien. Ohne eine ausreichende Rechtsgrundlage sei dem Kläger hinsichtlich der Kausalität von Mehr- und Minderaufwendungen in den strittigen Quartalen keine Beweiserleichterung zuzubilligen. Er sei nicht infolge des Verhaltens der Gegenseite in eine Beweisnot gebracht worden, so daß es nicht möglich sei, einen Schluß von seiner Verordnungsweise in einer Zeit, als das Verfahren vor dem Landessozialgericht schon anhängig gewesen sei, auf die Verordnungsweise in

mehrere Jahre zurückliegenden Abrechnungsquartalen zu ziehen. Die eigenen Unterlagen des Klägers seien möglicherweise hinreichend sichere Beweismittel. Diese Beweismöglichkeiten hätten ausgeschöpft werden müssen. Wenn die statistischen Ergebnisse hinsichtlich eines größeren Bereiches kassenärztlicher Tätigkeiten zu der Erkenntnis führten, daß eine Überschreitung des Durchschnittssatzes um ein Vielfaches vorliege, seien an die Gründe, die gegen den sich zunächst aufdrängenden Anschein der Unwirtschaftlichkeit richteten, höhere Anforderungen zu stellen. Die Überschreitung um ein Vielfaches lasse vielmehr nur den Schluß auf die Tatsache zu, daß ein unwirtschaftliches Verhalten in einer Vielzahl von Einzelfällen vorliege. Dieser Schluß sei nicht schon dann ausgeschlossen, wenn lediglich Zweifel daran begründet seien, ob im Einzelfall die typischen Verhältnisse vorlägen, die Grundlage dieser Schlußfolgerung seien. Der "Anscheinsbeweis” müsse vielmehr widerlegt werden. Hinsichtlich der Einwendungen, die sich gegen die Anwendbarkeit der statistischen Methoden auf den besonderen Fall richteten, ließen sich hinreichend sichere Feststellungen dann treffen, wenn der betreffende Arzt aktiv am Beweisverfahren mitwirke und im einzelnen darlege, daß Besonderheiten der Praxis vorlägen, die vor allen in einem besonderen Patientenkreis zu suchen seien, der typischerweise höhere Kosten verursache. Ungeklärt geblieben sei, ob die relativ eingeschränkte Verwendung von Arzneimitteln tatsächlich wirtschaftlicher sei. Die Minderkosten in diesem Bereich seien nicht ohne weiteres ein Indiz für die Wirtschaftlichkeit. Ob die Minderkosten im Arzneimittelbereich mit Mehraufwendungen im Diagnosebereich in innerem Zusammenhang stünden, sei angesichts der Behauptung noch aufklärungsbedürftig, daß wirksame Diagnosemaßnahmen zwar eine gezielte, aber doch eine umfangreiche, auch medikamentöse Behandlung regelmäßig zur Folge haben müßten. Diesem Gegeneinwand komme besonders deshalb beachtliches Gewicht zu, weil die Arzneimittelersparnis möglicherweise im Widerspruch zu der Behauptung des Klägers stünde, daß er nicht nur eine internistisch ausgerichtete Diagnostik, sondern auch eine solche Therapeutik betreibe. Es sei damit nicht hinreichend wahrscheinlich, daß in der streitigen Zeit gerade die auffallenden Mehrleistungen zu Einsparungen geführt hätten. Der Anschein unwirtschaftlichen Verhaltens sei damit nicht widerlegt. Um dem Kläger Gelegenheit zu geben, etwaige Beweismöglichkeiten in dieser Richtung zu nutzen, vor allem aber auch die Besonderheiten seiner Praxis, besonderer Patientenkreis, weniger Facharztüberweisungen, darzutun, sei die Zurückverweisung zur erneuten Verhandlung und Entscheidung geboten.

Der Kläger trägt vor, es sei ihm nicht möglich, für die umstrittenen Abrechnungszeiträume 1964 bis 1968 seine Medikamentenversorgung offenzulegen. Die dafür benötigten Abrechnungsunterlagen seien in grober Pflichtverletzung von der Beklagten vernichtet worden. Es sei daher im Ergebnis davon auszugehen, daß seine Behauptungen hinsichtlich der Medikamentenversorgung als erwiesen anzusehen seien. Er gebe unterdurchschnittlich wenig Ärztemuster an seine Patienten aus, denn er sei ein Verfechter einer sachgerechten statistischen Erfassung der ärztlichen Leistungen. Die Ausgabe von Ärztemustern verfälsche zwangsläufig die Vergleichsweise. Es sei damit davon auszugehen, daß die Einsparungen auf dem Arzneimittelsektor nicht durch ausgegebene Ärztemuster, sondern durch seine wirtschaftliche Behandlungsweise erzielt worden seien. Als Besonderheit seiner Praxis sei der Umfang der Laborleistungen zu erwähnen. Er habe aufgrund eines ausgebauten Labors durchschnittlich das Dreifache der Laborleistungen erbracht. Eine weitere Besonderheit sei die stark internistisch ausgerichtete Praxis, die mit den neuesten medizinischen Geräten ausgestattet sei. Er übe eine überdurchschnittliche cardiologische Tätigkeit aus, die sich selbstverständlich auch in den Laborleistungen niederschlage. Eine weitere Besonderheit seien die gynäkologischen Untersuchungen. Ebenfalls löse seine überdurchschnittliche chirurgische Tätigkeit eine Reihe von Laborleistungen zur präoperativen Abklärung und postoperativen Behandlung aus. Gegenüber anderen praktischen Ärzten führe er internistische, gynäkologische und chirurgische Leistungen durch, die zwangsläufig von den anderen praktischen Ärzten an Fachärzte zur Durchführung abgegeben würden, da sie sie nur in sehr geringem Umfang selbst vornehmen könnten und wegen der Erhöhung der Durchschnittswerte nicht durchführen wollten. Die statistischen Unterlagen erfaßten nicht die Überweisungstätigkeit der praktischen Ärzte.

Der Kläger beantragt,
die Urteile des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 29. April 1970 und 17. Oktober 1973 und die Bescheide vom 10. Mai 1965, 14. November 1966, 2. August 1967, 13. Februar 1968 sowie 28. Oktober 1968 in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 11. Januar 1966, 4. September 1968 und 13. August 1969 sowie die Bescheide vom 11. Oktober 1965, 14. November 1966, 16. Januar, 19. April sowie 24. Juli 1967 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Juli 1968 aufzuheben und ihn von einer Honorarkürzung freizustellen.

Die Beklagte beantragt,
die Berufungen zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtenen Urteile für zutreffend und führt ergänzend aus, sie trage an der Beweisnot, in der sich der Kläger bezüglich der Besonderheiten seiner Praxis und des Spartenausgleichs angeblich befinde, kein Verschulden. Er sei vielmehr als Kassenarzt bei seiner Praxisführung zu einer doppelten Buchführung verpflichtet, um gegebenenfalls über seine Behandlungs- und Verordnungsweise Rechenschaft ablegen zu können. Das schrieben die einschlägigen Bestimmungen der Satzung vor. Im übrigen seien lediglich Rezepte vernichtet worden. Das geschehe spätestens ein Jahr nach Einreichung bei der Apotheke, wenn kein Prüfantrag bezüglich der Verordnungsweise des Kassenarztes gestellt werde. Das sei vorliegend der Fall, so daß sie routinemäßig vernichtet worden seien. Die Besonderheiten seiner Praxis seien ausreichend berücksichtigt worden. Es sei vielmehr Sache des Klägers, darüber hinaus weitere Besonderheiten zu erläutern und zu beweisen. Das Vorhandensein einer speziellen apparativen Ausstattung lasse nicht zwangsläufig auf entsprechende ärztliche Tätigkeit schließen. Daß er vielfach Patienten versorgt habe, die von anderen Ärzten üblicherweise an Fachärzte überwiesen worden seien, sei gleichfalls nicht nachgewiesen.

Die Beigeladenen zu 1), 3) und 4) beantragen,
die Berufung zurückzuweisen.

Der nicht erschienene Beigeladene zu 2) hat keinen Antrag gestellt.

Der Senat hat mit Beschluss vom 27. September 1971 den Landesverband der Ortskrankenkassen in Hessen, den Landesverband der Innungskrankenkassen für das Land Hessen und den Landesverband der Betriebskrankenkassen in Hessen beigeladen und hat mit weiterem Beschluss vom 7. Dezember 1977 die Rechtsstreitigkeiten L-7/Ka-864/74 und L-7/Ka-1179/73 zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden.

Da der Kläger in der mündlichen Verhandlung am 7. Dezember 1977 nicht erschienen und nicht vertreten war, hat der Senat auf Antrag der erschienenen Beteiligten beschlossen, nach Lage der Akten zu entscheiden.

Die Akten des Sozialgerichts Frankfurt am Main S-5/Ka-6/66 sowie S-5/Ka-57/68, die Verwaltungsakten der Beklagten betreffend die RVO- und Ersatzkassenhonorarkürzungen haben vorgelegen. Auf ihren Inhalt und den der Gerichtsakten beider Rechtszüge wird zur Ergänzung des Tatbestandes Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufungen in den gem. § 113 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbundenen Rechtsstreitigkeiten, über die der Senat gem. §§ 110, 126 SGG nach Lage der Akten entscheiden konnte, sind form- und fristgerecht eingelegt worden (§§ 143, 151 Abs. 1 SGG). Sie sind jedoch unbegründet.

Die angefochtenen Bescheide, mit denen die beklagte Kassenärztliche Vereinigung die Honorarforderungen des Klägers wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise in der RVO-Kassenarztpraxis und der Ersatzkassenarztpraxis gekürzt hat, sind rechtmäßig.

Die Prüfungsinstanzen der Beklagten, die gem. § 368 n Abs. 4 der Reichsversicherungsordnung (RVO) sowie nach §§ 14 ff Arzt/Ersatzkassenvertrag (EKV) berufen sind, die Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung zu überwachen und in diesem Rahmen auch berechtigt sind, bei unwirtschaftlicher Behandlungsweise eine Honorarabänderung vorzunehmen, waren vorliegend berechtigt, den Kläger zu einer Ersatzleistung wegen Verstoßes gegen das Gebot der wirtschaftlichen Behandlungsweise heranzuziehen. Die anläßlich der Überprüfung festgestellten Verstöße rechtfertigen den Schluß, daß er sich bei seiner Behandlungsweise in den zehn Quartalen beginnend ab 4. Quartal 1964 hinsichtlich der RVO-Honorarabrechnung und ab 2. Quartal 1965 bezüglich der Ersatzkassenhonorarabrechnung nicht nach dem Maßstab der Wirtschaftlichkeit, zu dessen Beachtung er nach § 368 e RVO, §§ 1 Abs. 5, 2 Abs. 2 EKV verpflichtet ist, gerichtet hat. Danach muß jeder Kassenarzt Art und Umfang der ärztlichen Verrichtungen auf das notwendige Maß beschränken und jede mit der Erreichung des angestrebten Heilerfolges zu vereinbarende Sparsamkeit beachten. Daraus folgt, daß die Behandlung, die zur Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder zweckmäßig ist, notwendigerweise unwirtschaftlich sein muß. Die Unwirtschaftlichkeit der Behandlungsweise ergibt sich daraus, daß Überflüssiges getan wird oder auch, daß Behandlungsmethoden durchgeführt werden, die aufwendiger als andere zum gleichen Erfolg führende sind. Der Senat geht ebenfalls in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG 19, 123 ff.) davon aus, daß der Begriff der Wirtschaftlichkeit ein unbestimmter Rechtsbegriff ist, der der vollen gerichtlichen Nachprüfung unterliegt. Das Sozialgericht hat zutreffend bei seiner Nachprüfung einen Verstoß gegen den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise in den Sonderleistungen insgesamt oder Gruppen von Sonderleistungen gesehen, bei denen der Kläger ein Vielfaches (das Drei- bis Zehnfache) des Durchschnittssatzes seiner Arztgruppe – prakt. Ärzte – verlangt hat. Auch hinsichtlich der Honorarforderungen pro Fall lag er um mindestens 36 v.H. bis 60 v.H. über dem Durchschnitt. Das beweist, daß er mit seiner Behandlungsweise in einem offensichtlichen Mißverhältnis zu den Durchschnittswerten der vergleichbaren Arztgruppe – praktische Ärzte in W. – steht, so daß die Voraussetzungen für die Festsetzung einer pauschalen Honorarkürzung gegeben sind. Davon geht auch das BSG aus, an dessen Rechtsauffassung der Senat gem. § 170 Abs. 5 SGG gebunden ist. Die Höhe der Überschreitung des Kostendurchschnitts und seine Fallzahl der zur Abrechnung gestellten Behandlungsfälle rechtfertigt gleichfalls das hier gewählte Prüfverfahren, denn eine Einzelfallprüfung würde zu unverhältnismäßigen Schwierigkeiten führen (BSG 19, 79 ff.).

Die Prüfungsinstanzen der Beklagten haben den vom Kläger geltend gemachten Praxisbesonderheiten, nämlich der stark internistisch ausgerichteten Praxis mit dem großen Umfang von Laborleistungen vollauf Rechnung getragen, was jedoch nicht dazu führen kann, den Kläger einem Internisten gleichzustellen. Das ist auch die Meinung des Bundessozialgerichts, das ausdrücklich in seinem zurückverweisenden Urteil vom 3. Juli 1974 davon spricht, daß ein Vergleich der klägerischen Praxis mit der der praktischen Ärzte Wiesbadens zu erfolgen habe. Denn die prakt. Ärzte unterscheiden sich selbst dann von den Internisten, wenn sie überwiegend ihre Praxis internistisch betreiben. Die Internisten werden nämlich zu einem nicht unerheblichen Teil auf Überweisung tätig, während die praktischen Ärzte lediglich Originalscheine abrechnen, worauf das Sozialgericht zutreffend hingewiesen hat. Die Überweisungsfälle sind es insbesondere, die den Kostendurchschnitt einer derartigen Praxis bestimmen, weil es sich bei ihnen häufig um schwierigere Fälle handelt. Derartige Überweisungsfälle hat der Kläger jedoch nicht, der sich im übrigen nicht nur auf dem internistischen Fachgebiet, sondern sich gleichfalls auf dem gynäkologischen, urologischen und auch dem der Chirurgie betätigt. Schon diese Vielfalt seiner medizinischen Sparten gestattet es nicht, ihn mit einem Internisten zu vergleichen. Nach dem Urteil des Bundessozialgerichts ist es auch nicht angängig, beim Vergleich mit der Gruppe der praktischen Ärzte ihm einen Zuschlag einzuräumen. Denn der Allgemeinmediziner, der vorwiegend internistisch tätig ist, weist strukturell zu große Unterschiede aus, die deshalb lediglich als Praxisbesonderheiten von dem Vertrags- oder Kassenarzt geltend gemacht werden können. Die Prüfungsinstanzen haben auch berücksichtigt, daß seine Praxis eine über den Durchschnitt der praktischen Ärzte hinausgehende Ausstattung hat, da sie mit einem EKG-Dreifachschreiber mit Herzschall, Infratonpulsschreibung zur Bestimmung herzdynamischer Meßwerte, Ergometer für Belastungsuntersuchungen, Blutdruckschreiber, Cardiognost zur Kreislaufbestimmung mit Farbverdünnungskurve, Perigraph zur fotoelektrischen Volumenpulsschreibung, mit einer Pulsurette zur oszillographischen Untersuchung, einem Spirometer für spiro-ergometrische Untersuchungen mit Bestimmung des Sauerstoffpulses und einen Röntgengerät zur Thoraxdurchleuchtung versehen ist. Diese apparative Ausstattung ermöglicht eine überdurchschnittliche cardiologische Tätigkeit, die der Kläger seinen Patienten hat angedeihen lassen. Die weiteren Praxisbesonderheiten, die er in den gynäkologischen Untersuchungen und in seiner überdurchschnittlichen chirurgischen Tätigkeit sieht, haben nach Ansicht des Senats gleichfalls ausreichende Berücksichtigung in den Honorarabänderungen erfahren, die zum Beispiel im 4. Quartal 1964 mit einer Kürzung um 25 v.H. bei den Honorarforderungen für große Sonderleistungen ausgesprochen worden ist. In z.T. noch geringerem Umfang (10 % bis 15 %) sind die Kürzungen für die weiteren im Streit stehenden Quartale vorgenommen worden. Damit ist allen eventuellen Besonderheiten und Einsparungen in der Gesamtpraxisführung ausreichend Rechnung getragen worden. Durch die zutreffend berücksichtigten Praxisbesonderheiten läßt sich jedoch der auffällige Mehraufwand an Sonderleistungen nicht erklären. Das haben die von den Prüfungsinstanzen in zahlreichen Fällen vorgenommenen Einzelprüfungen aufgezeigt. Ihre Prüfärzte konnten sich hierdurch ein sicheres Bild von der Unwirtschaftlichkeit der Behandlungsweise des Klägers machen, die nachgewiesen haben, daß er in einem erheblichen Ausmaß gegen das Gebot der Wirtschaftlichkeit, insbesondere bei den Sonderleistungen, verstoßen hat. Hier zeigt sich vor allem, daß in Rechnung gestellte Sonderleistungen bei den angegebenen Diagnosen vielfach nicht notwendig waren. Dabei durften die Prüfungsinstanzen nur von den in den Abrechnungsunterlagen angegebenen Krankheitsbezeichnungen ausgehen und sie bei der Überprüfung zugrunde legen, da es unzulässig ist, im Verlauf des Verfahrens anderweitige Diagnosen nachzuschieben (Hess. LSG, Urt. v. 30. Juni 1971, L-7/Ka-863/66, L-7/Ka-969/69, L-7/Ka-970/69, L-7/Ka-971/69). Der Senat, der mit zwei sachverständigen ehrenamtlichen Richtern besetzt ist, konnte bei Überprüfung der Abrechnungsunterlagen die von den Prüfungsausschüssen getroffenen Feststellungen gleichfalls bestätigen, besonders auch die gerügten schwer zu entziffernden Eintragungen auf den Krankenscheinen. Auffallend war der routinemäßig erscheinende Ansatz der GOÄ-Ziffern 25, 20, 790, 791, 885 und 716, wie das

zutreffend die Prüfungsinstanzen der Beklagten gerügt haben. Eine ähnliche Abrechnungsschablone, besonders auch hier der häufige Ansatz der Katheterisierung der weiblichen Harnblase – 586 E-Adgo –, zeigte sich gleichfalls bei der Ersatzkassenabrechnung. Hier sind es die Ziffern 19, 20, 23, 710, 711, 756, 772 und 787 E-Adgo, auf die die Höhe der Honorarforderungen für Sonderleistungen zurückzuführen ist. Weiterhin sind in einer Anzahl von Fällen entgegen der Bestimmung neben einer eingehenden, das gewöhnliche Maß übersteigenden Untersuchung nach Ziff. 25 GOÄ die Nummern 78 und 809 zum Ansatz gebracht worden. Ein Teil der überhöhten Honorarforderung ist durch Verwechselungen von Positionen der GOÄ und der E-Adgo und durch Nichtbeachtung der Bestimmungen des § 8 b E-Adgo zurückzuführen, wonach nämlich die Ziffer 586 E-Adgo nicht an demselben Tag neben der Ziffer 65 E-Adgo aufgeführt werden darf. Der Senat fand gleichfalls die von den Prüfungsinstanzen gerügte unpräzise Diagnosestellung des Klägers bestätigt, was in Anbetracht der umfangreichen diagnostischen Maßnahmen unverständlich ist. An Stelle substantiierter Diagnoseangaben hat er nur Symptome umschrieben, wie die Bezeichnung "Ödeme", "Leberschwellung", "Herzbeschwerden", "Husten", "Nierenleiden", "Hautjucken", "Hüftschmerzen", "Oberbauchbeschwerden", "Schmerzen im Unterleib" und ähnliches beweist. Um eine derartige Diagnose stellen zu können, bedarf es keiner umfassenden Labortätigkeit, die der Kläger zur Abrechnung gebracht hat. Wenn das Sozialgericht aufgrund der Abrechnungsunterlagen davon ausgegangen ist, daß sich unter den Patienten des Klägers nur einige mit schwerer Lebererkrankung befunden haben, die übrigen nur einen geringen oder noch nicht erfaßbaren Grad hatten, so ist dem zuzustimmen. Wäre nämlich die Behauptung des Klägers zutreffend, daß die von ihm behandelten Lebererkrankungen die von ihm aufgebrachte ärztliche Tätigkeit erforderlich gemacht hätten, dann wäre auch eine entsprechende Therapie durchzuführen gewesen, die jedoch in einem Hauptteil der Fälle unterblieben ist.

Dem Senat fiel gleichfalls bei Durchsicht der Abrechnungsunterlagen auf, daß der Kläger oft zu Behandlungsbeginn eine Serie von Laboruntersuchungen angesetzt hat, die routinemäßig ausgeführt worden sind. Wenn er sich darauf beruft, daß er diese Methode in solchen Fällen anwende, wenn ihm die Patienten unbekannt seien und er sich bemühe, in seine diagnostischen Maßnahmen System zu bringen, so rechtfertigt das nicht diese aufwendige Behandlungsweise. Es ist zu Recht sowohl vom Sozialgericht wie auch von den Prüfungseinrichtungen hervorgehoben worden, daß diese Arbeitsweise die Merkmale von Vorsorgeuntersuchungen trägt. Derartige prophylaktische Maßnahmen sind jedoch unwirtschaftlich, soweit sie nicht der Krebsfrüherkennung dienen oder bei Untersuchungen von Säuglingen vorgenommen werden. Es ist nicht Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen generell, die Lasten der Vorsorgeuntersuchungen zu tragen. Das verkennt der Kläger ebenso wie er auch Röntgenleistungen in Rechnung gestellt hat, die aber den Umfang seiner Zulassung hinausgehen. Diese von den Prüfungsinstanzen erhobenen zahlreichen Beanstandungen, die der Senat gleichfalls in der ausgesprochenen Form bestätigen mußte, haben seine unwirtschaftliche Behandlungsweise bestimmt, die im vorliegenden Falle das Ausmaß eines offensichtlichen Mißverhältnisses hat.

Wenn der Kläger demgegenüber darauf verweist, daß bei der Frage der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise eine einzelne Leistungsgruppe nicht für sich allein betrachtet werden dürfe, so trifft diese Auffassung insoweit zu, als die durch eine bestimmte Behandlungs- oder Untersuchungsmethode in anderen Behandlungsbereichen erzielten Ersparnisse bei der Gesamtabwägung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise des Kassenarztes mit in Rechnung zu stellen sind (BSG 17, 79 ff.). Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts setzt jedoch ein solcher Ausgleich des mit einer bestimmten Behandlungsweise verbundenen höheren Aufwandes durch einen Minderaufwand bei anderen Leistungen voraus, daß der Mehraufwand ursächlich für die Ersparnis auf der anderen Seite ist. Dabei genügt es nicht, den auffälligen Mehraufwand der Sonderleistungen schon damit zu rechtfertigen, daß auf die niedrigeren Durchschnittswerte bei anderen Leistungsgruppen und Fremdleistungen verwiesen wird, wenn nicht der ursächliche Zusammenhang zwischen Mehr- und Minderleistungen dargetan ist. Dieser Kausalzusammenhang bedarf besonders dann eines Nachweises, wenn – wie im vorliegenden Falle – die statistischen Ergebnisse hinsichtlich eines größeren Bereiches kassenärztlicher Tätigkeiten zu der Erkenntnis führen, daß eine Überschreitung des Durchschnittssatzes um ein Vielfaches vorliegt. Dann sind an die Gründe, die gegen den sich zunächst aufdrängenden Anschein der Unwirtschaftlichkeit sich richten, höhere Anforderungen zu stellen (BSG, Urt. v. 3. Juli 1974, Az.: 6 RKa 29/73). Etwaige Unsicherheiten der statistischen Methode – aussagekräftiger als der arithmetische Durchschnitt wäre möglicherweise ein anderer Mittelwert – fallen bei einer derartigen Überschreitung nicht ins Gewicht. Die Überschreitung um ein Vielfaches läßt nach Ansicht des Bundessozialgerichts vielmehr nur den Schluß auf die Tatsache zu, daß unwirtschaftliches Verhalten in einer Vielzahl von Einzelfällen vorliegt. Dieser Schluß ist nicht schon dann ausgeschlossen, wenn lediglich Zweifel daran begründet sind, ob im Einzelfall die typischen Verhältnisse vorliegen, die Grundlage dieser Schlußfolgerung sind. Der Anscheinsbeweis im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung muß vielmehr widerlegt werden (BSG 17, 79, 87). Es besteht auch keine Vermutung, daß ein solcher ursächlicher Zusammenhang besteht, was zur Folge hätte, daß die Prüfungsinstanzen durch Gegenbeweise diese Vermutungen ausräumen müßten. Dem Kläger kommt hinsichtlich der Kausalität von Mehr und Minderaufwendungen in den strittigen Quartalen keine Beweiserleichterung zustatten. Das gilt auch nicht für die entlastenden Umstände, die er bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit seiner Behandlungsweise berücksichtigt wissen will, nämlich den Minderaufwand bei bestimmten Leistungsgruppen sowie die dadurch erzielten Ersparnisse. Daß auch beim Kläger nicht jeder Minderaufwand in bestimmten Teilbereichen eine kompensationsfähige Ersparnis darstellt, wird zum Beispiel daran deutlich, daß er äußerst wenig Hausbesuche durchführte, was sicher nicht ohne weiteres als wirtschaftliches Verhalten gekennzeichnet werden kann. Es ist vielmehr seine Sache, substantiiert darzulegen, in welchen Bereichen er kompensationsfähige Ersparnisse erzielt hat, und zwar in einem Ausmaß, daß ein Ausgleich zwischen Mehr- und Minderaufwand hergestellt ist. Denn nur wenn die Einsparungen in anderen Teilbereichen durch überhöhte Honorarforderungen verursacht worden sind, sind sie kompensationsfähig.

Dieser dem Kläger auferlegten Mitwirkungspflicht, nämlich darzutun, daß angesichts des offenbaren Mißverhältnisses die von ihm durchgeführten Sonderleistungen zum Durchschnitt der Allgemeinmediziner in W. notwendig waren oder daß der Mehraufwand bei dieser Leistungsgruppe durch einen hiermit in Zusammenhang stehenden Minderaufwand bei anderen Leistungen wieder ausgeglichen ist, ist er nicht nachgekommen. Das gilt sowohl bezüglich der Kosten im Arzneimittelbereich in den hier im Streit stehenden Quartalen ab 1964 wie auch hinsichtlich seines besonderen Patientenkreises, von dem er behauptet hat, er habe vielfach Patienten versorgt, die von anderen praktischen Ärzten an Fachärzte überwiesen worden wären. Besonders ist nach wie vor ungeklärt geblieben, ob die Minderkosten im Arzneimittelbereich mit Mehraufwendungen im Diagnosebereich im inneren Zusammenhang stehen. Dem Senat war wegen fehlender Mitwirkung des Klägers zur Aufklärung dieses Sachverhaltes jeglicher Ansatzpunkt genommen, Ermittlungen durchzuführen. Denn die ihm gemachten Auflagen hat der Kläger nicht erfüllt, sondern nur darauf verwiesen, es sei ihm unzumutbar, den Auflagen nachzukommen, da ihm die Möglichkeit genommen worden sei, auf die zum Verfahren gehörenden Abrechnungsunterlagen zurückzugreifen. Diese seien in grober Pflichtverletzung von der Beklagten vernichtet worden. Insoweit übersieht er, daß die Abrechnungsunterlagen, die zur Grundlage der streitigen Honorarabänderungen gemacht worden sind, sich bei den Verwaltungs- und Prüfakten befinden und somit nach wie vor zugänglich sind. Vernichtet sind lediglich die Rezepte, die durch die Patienten oder ihn selbst bei der Apotheke abgegeben worden sind. Es

ist Verwaltungsübung, daß in den Fällen, in denen kein Prüfantrag bezüglich der Verordnungsweise des Kassenarztes gestellt wird, die Rezepte spätestens ein Jahr nach Einreichung bei der Apotheke vernichtet werden. Im vorliegenden Falle hat es sich, da ein Prüfantrag hinsichtlich der Verordnungsweise des Klägers nicht vorlag, um eine routinemäßige Vernichtung der Rezepte gehandelt. Zu Recht weist die Beklagte auf ihre Satzung hin, die in § 5 Abs. 4 b bestimmt, daß der Kassenarzt neben den bei der Beklagten einzureichenden Abrechnungsunterlagen Aufzeichnungen zu führen hat, die ihm jederzeit gestatten, über Art und Umfang seiner ärztlichen Leistungen sowie über die Notwendigkeit seiner Behandlungs- und Verordnungsweise Auskünfte zu erteilen. Diese Verpflichtung ist darüber hinaus in § 5 des Bundesmantelvertrages sowie § 7 der Berufsordnung für Ärzte in Hessen niedergelegt. Der Kläger kann sich aufgrund der Unterlassung seiner kassenärztlichen Pflichten nicht auf eine Beweisnot berufen, die ihn von der zu seinen Lasten gehenden Nichterweislichkeit möglicherweise befreien würde. Daß es sich dabei um eine Sollbestimmung handelt und die Aufbewahrungsfrist auf fünf Jahre begrenzt ist, ist nicht entscheidungserheblich, denn der Kläger hätte aufgrund des vorliegenden Sachverhalts wissen müssen, daß ihn eine Darlegungspflicht hinsichtlich der kompensationsfähigen Ersparnisse trifft, und zwar in einem Ausmaß, daß ein Ausgleich zwischen Mehr- und Minderaufwand hergestellt ist. Dazu hätte es eines konkreten Nachweises bedurft, der nicht durch summarische Behauptungen erbracht werden kann. Die von den Prüfungsinstanzen und von dem Sozialgericht getroffene Feststellung, der sich der Senat in vollem Umfang anschließt, hat nämlich ergeben, daß die Minderkosten in Arzneimittelbereich nicht im inneren Zusammenhang mit dem Mehraufwand im Diagnosebereich stehen. Daß er weniger Arzneimittelkosten als die praktischen Ärzte W. mit seiner Behandlungsweise verursacht hat, erklärt sich einmal dadurch, daß er nach umfangreichen Untersuchungen keine Therapie durchgeführt hat. Seine Untersuchungen hatten vielmehr Vorsorgecharakter. Es ist auch nicht einzusehen, wie bei den allgemein gehaltenen Diagnosen Medikamente hätten sinnvoll eingesetzt werden können. Zusammenfassend ist zu sagen, daß der geringe Arzneikostendurchschnitt zum wesentlichen durch das Patientengut des Klägers, nämlich häufig leichte Erkrankungen, durch seine Art der Diagnostik, ungenaue Diagnosen, sowie durch die Vielzahl der Vorsorgeuntersuchungen bedingt ist. Denn gerade eine wirksame Diagnosemaßnahme macht eine gezielte und damit eine umfangreiche medikamentöse Behandlung erforderlich. Auch die zurückhaltende Verordnung von schmerzstillenden und -dämpfenden Mitteln, die zwar auf Wirtschaftlichkeit hindeutet, läßt sich gleichfalls nicht auf seine umfassende Diagnostik zurückführen. Sie erklärt sich vielmehr aus der Tatsache, daß der Kläger im Gegensatz zu seinen Fachkollegen kaum Hausbesuche abstattet, was sicher nicht ohne weiteres als wirtschaftliches Verhalten gekennzeichnet werden kann. Durch die Behandlung der Patienten in der Praxis läßt sich eine Verordnung von Medikamenten jedoch gezielter durchführen, weil es am Krankenbett schwerer ist, eine sichere Diagnose zu stellen. Diese Ärzte sind daher gezwungen, im Einzelfall Tranquilizer, Schmerz- und Schlafmittel zu verschreiben, um so den Patienten eine Linderung zu verschaffen.

Die weitere Behauptung des Klägers, er habe vielfach Patienten versorgt, die von anderen Ärzten üblicherweise an Fachärzte überwiesen worden seien und daß sein Patientengut besonders viele schwere Fälle umfasse, ist gleichfalls nicht belegt. Auch insoweit hat er sich lediglich auf allgemeine Ausführungen beschränkt und gemeint, der Nachweis könne "prima facie” durch den Beweis des ersten Anscheins aufgrund der Besonderheiten seiner Praxis als gegeben angenommen werden. Dem ist jedoch nicht so. Nach wie vor muß deshalb davon ausgegangen werden, daß seine Patienten durchschnittlich denselben Aufwand an ärztlicher Betreuung verlangen wie in einer normalen Praxis. Insoweit geht die Nichterweislichkeit nach dem Grundsatz der objektiven Beweislast gleichfalls zu Lasten des Klägers. Ihm obliegt es danach, den Umfang seiner Überweisungstätigkeit und seinen besonderen Patientenkreis nachzuweisen, um darzulegen, daß die Sonderleistungen in den beanstandeten Fällen notwendig waren oder daß der Mehraufwand bei dieser Leistungsgruppe durch einen hiermit im Zusammenhang stehenden Minderaufwand bei anderen Leistungen wieder ausgeglichen ist. Kompensationsfähige Einsparungen hat er insoweit ebenfalls nicht nachgewiesen, wobei zu berücksichtigen ist, daß er Einsparungen durch geringere Überweisungen an Fachärzte auch kaum erzielt haben kann, da sein Sonderleistungsdurchschnitt z.B. bei der Honorarkürzung in den Ersatzkassensachen im 1. Quartal 1967 mit 23,02 DM deutlich über dem der Internisten in W. lag, die in diesem Quartal 16,44 DM benötigten. Auch bei den Laborleistungen übertraf er die Internisten mit 13,71 DM gegenüber 5,91 DM je Fall. Zutreffend hat das Sozialgericht darauf hingewiesen, daß niedrigere Krankenhauseinweisungen im Ersatzkassenbereich – bei den RVO-Honorarfällen lag er erheblich über dem Durchschnitt – nicht als kompensationsfähige Einsparungen anzusehen sind. Denn Krankenhauseinweisungen hängen von vielen Faktoren ab, die der einzelne Arzt nicht beeinflussen kann. Es wird dann zu gehäuften Einweisungen kommen, wenn ein Arzt viele bettlägerige und schwerkranke Patienten mit Besuchen betreut. Da der Kläger aufgrund seines Patientengutes das nicht getan hat, ergibt sich schon zwangsläufig daraus, daß er weniger Krankenhauseinweisungen als seine Fachkollegen in W. hat. Damit wird seine Behauptung widerlegt, daß seine diagnostischen Maßnahmen die Ursache für die geringen Krankenhauseinweisungen gewesen seien. Das Gegenteil beweisen die RVO-Abrechnungen, wo in einer erheblichen Anzahl Krankenhauseinweisungen von dem Kläger vorgenommen worden sind, obwohl er gleichfalls in einer nicht vertretbaren Weise diagnostisch tätig geworden ist.

Der Senat verkennt nicht, daß es für den Kläger nicht einfach ist, der Darlegungspflicht zu genügen. So wie er es jedoch getan hat, ist er dieser Verpflichtung in keiner vertretbaren Weise nachgekommen. Außer der Wiederholung von Behauptungen hat er sich darauf berufen, er befinde sich in Beweisnot. Soweit das der Fall ist, geht das nicht zu Lasten der Beklagten. Das hat er vielmehr selbst zu vertreten, da für ihn die Verpflichtung besteht, Aufzeichnungen zu führen, die ihm jederzeit gestatten, über Art und Umfang seiner ärztlichen Leistungen sowie über die Notwendigkeit seiner Behandlungs- und Verordnungsweise Auskünfte zu erteilen. Für die Mitglieder der Prüfungseinrichtungen ist ohne eine Mitwirkung des Klägers die Aufhellung der schwer zu beurteilenden Zusammenhänge zwischen Mehr- und Minderaufwand schlechterdings unmöglich. Da er es unterlassen hat, konkrete Zusammenhänge in dem erforderlichen Umfang aufzuzeichnen, muß er es auch hinnehmen, daß die Prüfungsausschüsse nach ärztlichem Erfahrungswissen schätzen, welchen Einfluß die vom Kassenarzt bevorzugte – gegenüber dem Durchschnitt aufwendigere – Behandlungsweise auf den Minderaufwand in anderen Leistungsbereichen gehabt hat. Das haben die Prüfungsinstanzen im vorliegenden Falle mit dem Ergebnis getan, daß die verfügte Kürzung der Honorarforderung die auf die Vielzahl der Sonderleistungen zurückzuführende Unwirtschaftlichkeit nicht in vollem Umfang durch kompensationsfähige Ersparnisse in anderen Leistungsbereichen wettgemacht wird. Dabei sind Praxisbesonderheiten in einem ausreichenden Maße berücksichtigt worden, wobei dem Kläger nach Abzug der Honorarkürzungen je Fall noch ein erheblicher Betrag über dem Durchschnitt belassen worden ist. Der Senat konnte bei der dem Ermessensbereich der Beklagten obliegenden Entscheidung nicht feststellen, daß bei der getroffenen Feststellung der Unwirtschaftlichkeit in rechtlicher oder tatsächlicher Hinsicht Fehler vorliegen, die die Höhe der Honorarkürzungen hätten beeinflussen können. Der Senat ist mit dem Sozialgericht der Ansicht, daß angesichts der Vielzahl der überprüften Einzelfälle der geringe Kürzungsbetrag, auf den sich die Beklagte beschränkt hat, durch die erfolgte Schätzung gerechtfertigt ist und sie sich damit nach pflichtgemäßem Ermessen mit der Festsetzung der geringfügigen Kürzung der Honorarforderung begnügt hat, die sich jedenfalls noch im Rahmen des auf die Unwirtschaftlichkeit entfallenden Mehraufwandes unter Berücksichtigung der Praxisbesonderheiten des Klägers hält. Weitere noch nicht berücksichtigte Praxisbesonderheiten sind dadurch ebenfalls voll ausgeglichen, da dem Kläger gegenüber den anderen praktischen Ärzten des Bezirks W. ein beachtlicher Mehrbetrag an Honorar zugestanden worden ist,

wobei der Sonderleistungsdurchschnitt der Internisten noch erheblich unter dem dem Kläger zuerkannten Sonderleistungshonorar liegt.

Somit waren die unbegründeten Berufungen, wie geschehen, zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Die Zulassung der Revision gem. § 160 Abs. 2 SGG kam nach Lage des Falles nicht in Betracht.
Rechtskraft
Aus
Login
HES
Saved
2007-10-02