

S 27 KA 1551/98

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Frankfurt (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

27

1. Instanz

SG Frankfurt (HES)

Aktenzeichen

S 27 KA 1551/98

Datum

10.02.1999

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 7 KA 555/99

Datum

01.12.1999

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

1. Unter Aufhebung des Widerspruchsbescheids vom 31.03.1998 wird der Beklagte verurteilt, den Widerspruch des Klägers unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

2. Der Beklagte hat dem Kläger die notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine Honorarkürzung wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise im Bereich der Besuche und Wegegebühren sowie der Leistungen nach Nr. 5 EBM in den Quartalen I und II/96 in Höhe von insgesamt 4.536,96 DM vor Quotierung.

Der Kläger ist als Facharzt für innere Krankheiten zur vertragsärztlichen Behandlung seit 1987 in A-Stadt zugelassen. Die Vergütungsentwicklung des Klägers stellt sich in den streitbefangenen Quartalen im Vergleich mit den Internisten mit hausärztlicher Tätigkeit wie folgt dar:

1/96 II/96

Fallzahl KI 347 326

VG 971 917

Rentneranteil KI 32 35

VG 35 38

Fallkosten in DM KI 201,67 204,31

VG 158,12 155,06

Mehrkosten in DM 43,55 49,25

in% 28 32

Besuche (LG 2) KI 35,37 33,89

VG 10,95 9,75

Mehrkosten in DM 24,42 24,14

in% 223 248

Wegegebühren (LG 13) KI 5,33 5,34

VG 1,96 1,77

Mehrkosten in DM 3,37 3,57

in% 172 202

Nr. 5 EBM Abrechnung auf 100 KI 17 26

Behandlungsfälle VG 5 11

pro Fall inDM KI VG 5,01 1,37 7,73 3,37

Mehrkosten in DM in% 3,64 266 4,36 129

KI-Kläger; VG=Vergleichsgruppe, LG=Leistungsgruppe

Die Beigeladenen beantragten die Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung. Der Kläger trug hierzu vor, hinsichtlich der Besuchsleistungen und der Leistungen nach Nr. 5 EBM gehe es um Rentner in hohem Alter, die nicht in der Lage seien, alleine in die Sprechstunde zu kommen. Es handele sich ferner um dringende Hausbesuche bei akut Erkrankten. Er wies ferner auf einzelne Behandlungsfälle hin.

Für das Quartal 1/96 setzte der Prüfungsausschuß der Ärzte und Krankenkassen in Gießen eine Honorarkürzung in Höhe von insgesamt 2.294,37 DM fest. Im Bereich der Besuchsleistungen nahm er eine Kürzung von 1.767,90 DM (Kürzung um 15 %; 5,10 DM pro Behandlungsfall), im Bereich der Wegegebühren von 265,47 DM (0,77 DM pro Fall) und im Bereich der Leistungsnummer 5 EBM in Höhe von 261,00 DM (0,75 DM pro Fall) vor.

Für das Quartal 11/96 setzte der Prüfungsausschuß mit weiterem Bescheid vom 16.12.1996 eine Honorarkürzung in Höhe von insgesamt 2.242,59 DM fest. Im Bereich der Besuchsleistungen nahm er eine Kürzung in Höhe von 1.612,80 DM (Kürzung um 15 %; 4,95 DM pro Fall), im Bereich der Wegegebühren von 251,79 DM (0,77 DM pro Fall) und im Bereich der Leistungsnummer 5 EBM in Höhe von 378,00 DM (1,16 DM pro Fall) vor.

Hiergegen legte der Kläger jeweils Widerspruch ein. Der Beklagte verband beide Verfahren und führte am 19.11.1997 eine Prüfsitzung durch, zu der der Kläger geladen worden war, an der der Kläger jedoch nicht teilnahm.

Mit Widerspruchsbescheid vom 31.03.1998, dem Kläger am 01.04. zugestellt, wies der Beklagte die Widersprüche zurück. Zur Begründung führte er aus, er habe einen statistischen Kostenvergleich durchgeführt. Dabei gehe er davon aus, daß die Überschreitungswerte des Klägers im Bereich des offensichtlichen Mißverhältnisses lägen. Ein solches sei bei Überschreitungen um 50 % innerhalb einer Sparte und bei einer einzelnen Leistungsziffer um 100 % anzunehmen. Es handele sich um das übliche, von hausärztlichen Internisten zu betreuende Patientengut ohne einen überproportionalen Anteil schwerer Fälle. Kausale Ersparnisse seien nicht ersichtlich. Die allgemeine Durchsicht der Abrechnungsunterlagen zeige, daß der Kläger beispielsweise auch Besuche bei Patienten durchführe, die durchaus gefähig und damit in der Lage seien, die Praxis aufzusuchen. Auch die häufige Abrechnung der Nachbesuche sowie Besuche aus der Sprechstunde heraus erschiene auffällig, wobei auch hier die medizinische Notwendigkeit aufgrund der Diagnosen häufig nicht nachvollziehbar sei. Auch die dem Kläger belassenen Restwerte mit 176 % (Besuchsleistungen), 133 % (Wegegebühren) und 211 % (Nr. 5 EBM) bzw., im Quartal II/96, von 197 %, 158 % bzw. 95 % lägen noch im Bereich des offensichtlichen Mißverhältnisses.

Hiergegen hat der Kläger am 29.04.1998 die Klage erhoben. Er trägt im wesentlichen ergänzend zu seinem bisherigen Vorbringen vor, sein Honorar sei nach fragwürdigen Durchschnittswerten der Fachgruppe pauschal gekürzt worden. Er habe kompetent und verantwortungsvoll kassenärztliche Leistungen erbracht. Seine Praxis liege im ländlichen Gebiet. Die Leistungen seien notwendig gewesen. Die gesuchten Patienten hätten die Praxis nicht aufsuchen können. Er habe Ersparnisse bei Arzneikosten und den physikalisch-therapeutischen Maßnahmen. Seine Scheinzahl sei auch sehr niedrig.

Der Kläger beantragt,
unter Aufhebung des Bescheids vom 31.03.1998 den Beklagten zu verurteilen, seinen Widerspruch unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Der Beklagte und die Beigeladenen beantragen übereinstimmend,
die Klage abzuweisen.

Der Beklagte verweist auf die Begründung des Widerspruchsbescheids und trägt ergänzend vor, es seien keine Gegebenheiten ersichtlich gewesen, die geeignet erschienen, eine andere Vergleichsgrundlage zu begründen. Eine große Streuung in der Fachgruppe der Internisten sei nicht mehr gegeben, da zahlreiche Untergliederungen der Fachgruppe der Internisten mit den verschiedenen Teilgebietsbezeichnungen bestünden. In die hier gewählte Vergleichsgruppe flössen keine Internisten mit fachärztlicher Tätigkeit ein. Die namentliche Benennung einzelner Fälle sei nicht notwendig. Die Beigeladene zu 1) hat sich den Ausführungen des Beklagten angeschlossen. Die Kammer hat mit Beschluss vom 04.05.1998 die Beiladung ausgesprochen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit je einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Krankenkassen und der Kassenärzte verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit des Kassenarztrechts handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz SGG -).

Die zulässige Klage ist im Ergebnis auch begründet. Der angefochtene Widerspruchsbescheid vom 31.03.1998 ist rechtswidrig und war daher aufzuheben. Der Kläger hat einen Anspruch auf Neubescheidung seiner Widersprüche unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts.

Im System der gesetzlichen Krankenversicherung nimmt der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt - Vertragsarzt - die Stellung eines Leistungserbringers ein. Er versorgt die Mitglieder der Krankenkassen mit ärztlichen Behandlungsleistungen, unterfällt damit auch und gerade dem Gebot, sämtliche Leistungen im Rahmen des Wirtschaftlichen zu erbringen. Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, darf er nach dem hier anzuwendenden Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, gesetzliche Krankenversicherung, in der hier maßgebenden Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992- BGBl. I, S. 2266 - ([§ 12 Abs. 1 SGB V](#)) nicht erbringen.

Nach [§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) wird die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistung nach Durchschnittswerten geprüft. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (BSG), von der abzuweichen die Kammer keine Veranlassung sieht, beruht die Prüfung nach Durchschnittswerten auf einer Gegenüberstellung der durchschnittlichen Fallkosten des geprüften Arztes einerseits und der Gruppe vergleichbarer Ärzte andererseits. Eine Unwirtschaftlichkeit ist dann anzunehmen, wenn der Fallwert (Gesamtfallwert, Sparten- oder Einzelleistungswert) des geprüften Arztes so erheblich über dem Vergleichsgruppendurchschnitt liegt, daß sich die Mehrkosten nicht mehr durch die Unterschiede in der Praxisstruktur und den Behandlungsnotwendigkeiten erklären lassen und deshalb zuverlässig auf eine unwirtschaftliche Behandlungsweise als Ursache der erhöhten Aufwendungen 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. Die zur Festlegung des offensichtlichen Mißverhältnisses 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. Im Hinblick darauf, daß die Festlegung des Grenzwertes von der Beurteilung zahlreicher mehr oder weniger unbestimmter und in ihren wechselseitigen Auswirkungen nicht exakt quantifizierbarer Einzelfaktoren abhängt und auch bei Berücksichtigung aller relevanten Umstände letztlich eine wertende Entscheidung erfordert, verbleibt den Prüfungsgremien insoweit ein Beurteilungsspielraum. Die Kontrolle beschränkt sich hierbei auf die Prüfung, ob das Verwaltungsverfahren ordnungsgemäß durchgeführt worden ist, ob der Verwaltungsentscheidung ein richtig und vollständig ermittelter Sachverhalt zugrunde liegt, ob die Verwaltung die durch die Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs ermittelten Grenzen eingehalten und ob sie ihre Subsumtionserwägungen so verdeutlicht und begründet hat, daß im Rahmen des Möglichen die zutreffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist (so BSG, Urteil vom 28.01.1998 - [B 6 KA 69/96](#) und vom 30.11.1994 - [6 RKA 16/93](#) SozR 2500 § 106 Nr. 25, jeweils m.w.N.).

Unter Beachtung dieser Grundsätze ist der angefochtene Widerspruchsbescheid rechtswidrig. Der Beklagte hat nicht hinreichend und nachvollziehbar begründet, weshalb er die Grenze des offensichtlichen Mißverhältnisses im vorliegenden Fall für eine Sparte bei 50 % und für die Einzelleistung bei 100 % festlegt.

Im Bereich der Leistungsnummer 5 hat der Beklagte die Grenze zum Bereich des offensichtlichen Mißverhältnisses auf 100 % festgelegt. Dies ist für die Kammer bereits insofern nicht nachvollziehbar, als die Abrechnungswerte der Vergleichsgruppe im Quartal I/96 mit 5 auf 100 Fällen bzw. 1,37 DM und im Quartal II/96 mit 11 Abrechnungen auf 100 Behandlungsfälle bzw. 3,37 DM pro Fall eine Streuung aufweisen, die die Grenze der 100 %, gemessen am Quartal I/96, bereits überschreiten. Mit diesem Umstand hat sich der Beklagte im angefochtenen Bescheid nicht auseinandergesetzt. Der Kammer ist insofern nicht nachvollziehbar, wieso im Quartal I/96 bei Fallkosten von 2,64 DM der Bereich des offensichtlichen Mißverhältnisses beginnt, im Quartal II/96 aber erst bei Fallkosten von 6,74 DM pro Fall im Bereich der Leistungsnummer 5 EBM. Hierzu hätte es weiterer Ausführungen bedurft, jedenfalls hätte die Beklagte darlegen müssen, inwieweit die Vergleichsgruppe homogen ist. Der allgemeine Hinweis auf die Spezifizierung der Vergleichsgruppe auf diejenigen Internisten, die hausärztlich tätig sind, reicht nach Auffassung der Kammer hierfür nicht aus, da auch innerhalb einer einzelnen Fachgruppe große Schwankungsbreiten vorherrschen können; sie gerade die genannten Abrechnungswerte zeigen, und das Abstellen auf absolute Überschreitungswerte, nicht auf Überschreitungswerte der mittleren Abweichung oder deren ergänzende Anführung, keinen Rückschluß auf die Homogenität der Fachgruppe zulassen. Dies gilt im übrigen auch für die übrigen beiden Leistungsbereiche. Im Hinblick auf eine Ermessensentscheidung der gesamten Honorarkürzung war bereits aus diesem Grund der angefochtene Widerspruchsbescheid aufzuheben.

Nach Auffassung der Kammer hat der Beklagte jedoch auch für die übrigen Honorarkürzungen ohne nachvollziehbare Begründung ausschließlich auf die Vergleichsgruppe der Internisten mit hausärztlicher Tätigkeit abgestellt. Zwar ist auch die Kammer der Auffassung, daß die Vergleichsgruppe grundsätzlich anhand der Fachgruppe, jedenfalls auch bei den Internisten, soweit auf die hausärztliche Tätigkeit abgestellt wird, gebildet werden kann. Soweit aber wie vorliegend spezifische allgemeinärztliche im Sinne der hausärztlichen Leistungen wie die Besuche, Wegegebühren und die Leistungen nach Nr. 5 EBM gekürzt werden, ist zu berücksichtigen, ob es sich bei der klägerischen Praxis um eine ausschließlich hausärztlich tätige Praxis ohne besonderes internistisches Spektrum handelt. Jedenfalls soweit einzelne Sparten oder einzelne Leistungsnummern gekürzt werden, die typischerweise die hausärztlichen Leistungen betreffen, ist für die Kammer die Bildung der Grenzwerte, die der Beklagte nach bisheriger Erfahrung der Kammer in allen übrigen Verfahren in gleicher Höhe bildet, nicht nachvollziehbar. Es kann letztlich dahingestellt bleiben, ob als Vergleichsgrundlage für diese typischen hausärztlichen Leistungen die Werte der Allgemeinärzte heranzuziehen sind, wenigstens als Vergleichsgrundlage zu berücksichtigen sind, oder ob eine eingehendere und nachvollziehbarere Begründung erfolgt, weshalb als weitgehend ausschließlich hausärztlich tätiger Praxis kein vermehrter Bedarf an diesen typisch hausärztlichen Leistungen wie den Besuchsleistungen und den Leistungen nach Nr. 5 anfallen. Jedenfalls wäre der Beklagte verpflichtet gewesen, die Homogenität der Vergleichsgruppe insoweit darzulegen. Die Homogenität der Vergleichsgruppe könnte z.B. durch Angabe der mittleren Abweichung dargelegt werden. Nach Auffassung der Kammer ist dies dem Beklagten durchaus zumutbar, da nach seiner Kenntnis in früheren Jahren auf der Grundlage der mittleren Abweichungen das Prüfverfahren durchgeführt worden ist. Dies war im vorliegenden Fall nach Auffassung der Kammer auch deshalb angezeigt, weil es sich bei der klägerischen Praxis nach der Anzahl- und Summenstatistik um eine fast ausschließlich hausärztlich tätige Praxis handelt. Entsprechend hat sich der Kläger auch in der mündlichen Verhandlung eingelassen. Die Kammer sieht einen weiteren Indikator dafür in dem geringen Überweisungsanteil der klägerischen Praxis. Legt man die der Kammer allgemein bekannten Vergleichswerte der Gruppe der Allgemeinärzte für die streitbefangenen Quartale zugrunde, so würden sich im Bereich der Besuchsleistungen nur Überschreitungswerte von 96 % (Vergleichsgruppe der Allgemeinärzte: 18,06 DM) im Quartal I/96 bzw. von 110% (16,14 DM) im Quartal II/96 ergeben. Bei den Wegegebühren würden die Überschreitungswerte lediglich 55 % (3,43 DM) bzw. 76 % (3,03 DM) betragen. Die Leistungen nach Nr. 5 erbringt die Vergleichsgruppe der Allgemeinärzte auf 100 Behandlungsfälle 15 (4,55 DM pro Fall) bzw. 13 mal (3,87 DM pro Behandlungsfall). Rein rechnerisch würde der Kläger hier Überschreitungswerte von lediglich 10 % bzw. 100 % erbringen. Die Kammer ist hierbei nicht der Auffassung, daß hausärztlich tätige Internisten in jedem Fall mit der Vergleichsgruppe der Allgemeinärzte verglichen werden müssen, dies würde jedenfalls nicht bei den Gesamtfallkosten gelten. Der Beklagte ist jedoch verpflichtet, sich mit den Besonderheiten typischer hausärztlicher Leistungen auseinanderzusetzen, wenn er solche spezifischen Leistungsgruppen oder gar spezifische Einzelleistungen einer Honorarkürzung unterwirft. Der Beklagte ist zu einer solchen Prüfung im einzelnen Fall verpflichtet, weil, wie die genannten Vergleichswerte zeigen, es ansonsten zu Zufälligkeiten hinsichtlich des Prüfungsverfahrens im Rahmen einer statistischen Vergleichsprüfung kommen kann. Auch aus diesen Gründen war der angefochtene Widerspruchsbescheid rechtswidrig und aufzuheben.

Entgegen der Auffassung des Klägers ist der Beklagte jedoch in nicht zu beanstandender Weise davon ausgegangen, daß kein überproportionaler Anteil besonders schwerer Fälle vorliegt. Soweit der Kläger insbesondere in der mündlichen Verhandlung vorgetragen hat, im Quartal I/96 entfielen 57 Hausbesuche auf zwei Patienten bei insgesamt 257 Hausbesuchen und im Quartal II/96 entfielen ebenfalls 57 Hausbesuche auf drei Patienten von insgesamt 231 Hausbesuchen, so war der Kammer insbesondere nicht nachvollziehbar, weshalb diese Hausbesuche notwendig gewesen sein sollten. Der mit dem Kläger im einzelnen erörterte Fall C. belegte für die Kammer die Unwirtschaftlichkeit der hohen Zahl der Hausbesuche. Der Patient C. wohnt in dem Haus, in der die klägerische Praxis liegt. Ausweislich des vom Kläger vorgelegten Entlassungsberichts der Dill-Kliniken vom 08.02.1996 war der Patient bereits bei der Entlassung am 26.01.1996 voll mobilisiert. Die Kammer hielt insoweit die Einlassung des Klägers, der Patient C. habe seine Praxis nicht aufsuchen können, für nicht glaubhaft.

Nach allem war der angefochtene Widerspruchsbescheid rechtswidrig und aufzuheben. Der Beklagte ist verpflichtet, die Widersprüche des Klägers unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2014-09-18