

L 11 Ka 145/96

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

11
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 25 Ka 119/95
Datum
28.08.1996
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 Ka 145/96

Datum
03.12.1997
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung des Beklagten wird das Urteil des Sozialgericht Düsseldorf vom 28.08.1996 abgeändert. Die Klage wird abgewiesen. Die Berufung der Klägerin wird zurückgewiesen. Die Klägerin hat die außergerichtlichen Kosten des Beklagten für beide Rechtszüge zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Rechtmäßigkeit von Honorarkürzungen wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise in den Quartalen III/1993 und I-III/1994.

Die Klägerin ist als Dermatologin in B zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Sie rechnete zwischen 1936 bis 2084 Behandlungsfälle ab und überschritt damit die durchschnittlichen Fallzahlen der Fachgruppe um 28 % bis 36 %. Der Rentneranteil unterschritt um jeweils ca. 50 %. Ihre Honorarforderungen lagen um 24 % bis 30 % über dem durchschnittlichen Fallwert der Fachgruppe. Die Sonderleistungen überschritten um 65 % bis 77 %. Die Verordnung von Arzneimitteln und Anforderung von Sprechstundenbedarf unterschritt deutlich. Der Prüfungsausschuß der Ärzte und Krankenkassen B kürzte die Honorarforderung der Klägerin mit Bescheiden vom 20.1.1994, 13.7.1994, 11.10.1994 und 16.1.1995 um 17,5 % (III/1993), 15 % (II/1994) und 12,5 % (I/1994) und erteilte für I/1994 einen Hinweis auf die Sonderleistungen bzw. die Leistung nach Ziffer 911 EBM. Hiergegen legten die Klägerin (Quartale III/1993 und II,III/1994), der Beigeladene zu 6 (Quartal I/1994) und die Beigeladene zu 8 (III/1993) Widerspruch ein. Die Klägerin wies daraufhin, daß der überdurchschnittliche Anteil proktologischer Behandlungsfälle als Praxisbesonderheit gewürdigt werden müsse. Der Prüfungsausschuß half den Widersprüchen der Klägerin und der Beigeladenen zu 8) für das Quartal III/1993 mit Bescheid vom 4.7.1994 ab und wandelte die Kürzung der Sonderleistungen in einen Hinweis um. Hiergegen erhob der Beigeladene zu 6) Widerspruch. Der Beklagte half den Widersprüchen des Beigeladenen zu 6) für die Quartale III/1993 und I/1994 ab (Bescheid vom 27.12.1994) und setzte Kürzungen der Sonderleistungen um 17,5 % sowie 15 % fest. Im übrigen wies er die Widersprüche der Klägerin zurück (Bescheid vom 24.5.1995).

Mit ihrer hiergegen gerichteten Klage hat die Klägerin vorgetragen: Die Bescheide seien unzureichend begründet. Prüfmethode und Bezugswerte der Vergleichsgruppe seien nicht erkennbar. Die Ergebnisse seien nicht nachvollziehbar. Mit der proktologischen Behandlungstätigkeit als Praxisbesonderheit habe der Beklagte sich nicht hinreichend auseinandergesetzt. Die Gruppe der Dermatologen sei nicht homogen; es hätte nach Untergruppen differenziert werden müssen. Der Mehraufwand werde durch einen Minderaufwand insbesondere bei den Arzneiverordnungen kompensiert. Die Überschreitung lägen in einem gleichbleibenden Rahmen. Das zeige, daß es sich nicht um Mutwilligkeiten handle, sondern um objektive vorhandene Besonderheiten.

Die Klägerin hat beantragt,

die Bescheide des Beklagten vom 27.12.1994 und 24.5.1995 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, über die Widersprüche gegen die Bescheide des Prüfungsausschusses vom 21.1.1994, abgeändert mit Bescheid vom 4.7.1994, 13.7.1994, 11.10.1994 und 16.1.1995 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

Der Beklagte und die Beigeladenen zu 3), 6) und 7) haben beantragt,

die Klage abzuweisen.

Der Beklagte hat sich auf den Inhalt des angefochtenen Bescheides bezogen.

Mit Urteil vom 28.8.1996 hat das Sozialgericht die Bescheide des Beklagten vom 27.12.1994 und 24.5.1995 aufgehoben, soweit Kürzungen bei den Sonderleistungen von mehr als 15 %, 11%, 13,8 % und 9% festgesetzt worden sind. Es hat den Beklagten verurteilt, insoweit unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut über die Widersprüche gegen die Bescheide des Prüfungsausschusses zu entscheiden. Im übrigen hat es die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, zutreffend habe der Beklagte eine statistische Vergleichsprüfung durchgeführt. Die Vergleichsgruppe sei hinreichend homogen, weil ab dem Quartal III/1993 nur ein anwenderbezogener Vergleichswert gebildet werde. Die Bildung einer engeren Vergleichsgruppe sei nicht geboten, zumal der Beklagte den Fallwert der Klägerin noch um die Leistungen bereinigt habe, die von der Vergleichsgruppe nur in geringer Zahl erbracht werden. Den unterdurchschnittlichen Rentneranteil habe der Beklagte zu Recht nicht gewürdigt. Es sei weder geltend gemacht noch ersichtlich, daß der Mehraufwand bei den Sonderleistungen in einem Zusammenhang mit dem unterdurchschnittlichen Rentneranteil stehen könne. Nicht zu beanstanden sei, daß der Beklagte den behaupteten proktologischen Praxisschwerpunkt nicht als Besonderheit gewürdigt habe, denn das Vorbringen der Klägerin reiche hierfür nicht aus. Soweit nach Kürzungen Restüberschreitungen von jeweils 50 % verbleiben würde, sei dies bedenkenfrei. Soweit die Kürzungen jedoch darüber hinausgehen würden, seien die Bescheide nicht hinreichend begründet.

Hiergegen richten sich die Berufungen der Klägerin und des Beklagten.

Die Klägerin macht unter Wiederholung und Vertiefung ihres erstinstanzlichen Vorbringens geltend: Der angefochtene Bescheid sei nicht hinreichend begründet. Er erfülle nicht die Anforderungen des [§ 35 Abs. 1 SGB X](#), denn es seien weder die Prüfmethode noch die Bezugswerte erkennbar. Der Vergleichsgruppendurchschnitt sei nicht ersichtlich. Auf ihr Vorbringen, daß eine Praxisbesonderheit in der Proktologie liege, sei der Beklagte nahezu überhaupt nicht eingegangen. Im Gegensatz zu anderen dermatologischen Praxen erbringe sie angesichts ihres Patientengutes proktologische Leistungen schwerpunktmäßig. Wenn der Beklagte für das Quartal I/1994 nahezu dieselben Ergebnisse ermittelt habe wie in III/1993, spreche dies dafür, daß sie nicht nach Gutdünken und unwirtschaftlich vorgehe, vielmehr die erbrachten Leistungen notwendig gewesen seien. Weil der Prüfungsausschuß festgestellt habe, daß "bezüglich der Proktologie unverkennbar ein Schwerpunkt vorliege", hätte der Beklagte erörtern müssen, warum und wie er auch hinsichtlich der Vergleichsgruppen zu einem anderen Ergebnis gekommen sei. Im übrigen sei die Gruppe der Dermatologen nicht homogen, so daß nach Untergruppen hätte differenziert werden müssen. Schließlich habe der Beklagte unberücksichtigt gelassen, daß der Mehraufwand mit einem Minderaufwand namentlich bei den Arzneien in Verbindung stehe.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 28.8.1996 abzuändern, nach dem Klageantrag zu erkennen und die Berufung des Beklagten zurückzuweisen.

Der Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 28.8.1996 abzuändern, die Klage der Klägerin abzuweisen und die Berufung zurückzuweisen.

Er trägt vor, die von der Fachgruppentypik abweichende Zusammensetzung des Patientenlientels sei berücksichtigt worden. Dem werde nämlich dadurch Rechnung getragen, daß ab III/1993 gewogene Falldurchschnitte als Vergleichsmaßstab herangezogen würden. Sofern die Klägerin meine, Besonderheiten ihrer Klientel werde hierdurch nicht hinreichend Rechnung getragen, hätte sie darlegen müssen, welche Honorarmehrforderungen bei den Sonderleistungen auf ihr vergleichsweise jüngerer Klientel zurückzuführen sei. Üblicherweise würden sich durch ein jüngerer Klientel gerade keine Honorarmehrforderungen rechtfertigen. Im übrigen belege die Frequenztafel, daß sich in ihrer Praxis keinesweges ein proktologischer Schwerpunkt finde.

Seine Berufung begründet der Beklagte damit, daß das Sozialgericht die Grenzen des Beurteilungsspielraums verkenne, wenn es belassenene Restüberschreitungen von 41 % bis 42 % bei den gekürzten Sonderleistungen beanstande. Diese Grenzziehung sei rechtmäßig, weil ein verfeinerter Kostenvergleich durchgeführt und bestimmte Abrechnungsziffern herausgenommen werden seien. In die Abrechnungswerte der geprüften Ärzte würden nur noch die Leistungsziffern einfließen, die der betreffende Arzt in Übereinstimmung mit der Fachgruppe erbringe. Der so ermittelte individuelle Fachgruppenvergleichswert sei schon vom Ansatz her aussagekräftiger als der bisherige Vergleichswert, in den sämtliche Abrechnungsziffern pro Leistungssparte der Fachgruppe eingeflossen seien, und zwar unabhängig davon, ob der geprüfte Arzt die fragliche Leistungsziffer selbst überhaupt erbringe. Ferner sei für III/1993 die klägerische Abrechnung um die Ziffern 2170, 2171 und 2173, für I/1994 um die Ziffern 2171 und 2173 sowie für II und III/1994 um die Ziffern 775, 2171, 2173 und teilweise 911 EBM u.a. mit dem Hinweis darauf bereinigt worden, daß die Grenze zum offensichtlichen Mißverhältnis bei knapp über 40 % festgelegt werde. Dies sei auch deswegen gerechtfertigt, weil die Gruppe der Hautärzte homogen sei. Angesichts dieser Umstände, Fallzahlen um 30 % über dem Vergleichswert und einem erheblich unterschreitenden Rentneranteil sei die Grenzziehung zum offensichtlichen Mißverhältnis bei knapp über 40 % zulässig.

Hinsichtlich des Sach- und Streitstandes im übrigen nimmt der Senat Bezug auf die Gerichtsakte, den beigezogenen Verwaltungsvorgang des Beklagten sowie die Akte S 25 Ka 67/90 (SG Düsseldorf). Diese waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

1. Die zulässige Berufung der Klägerin ist unbegründet. Insoweit zu Recht hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen, denn die angefochtenen Bescheide des Beklagten vom 27.12.1994 und 24.5.1995 sind rechtmäßig und beschweren die Klägerin nicht ([§ 54 Abs. 2 SGG](#)).

a) Das Sozialgericht hat die gesetzlichen Grundlagen der Wirtschaftlichkeitsprüfung mit den durch die Rechtsprechung erfolgten Präzisierungen ausführlich dargestellt. Der Senat nimmt hierauf gem. [§ 153 Abs. 2 SGG](#) Bezug. In Anwendung der vom Sozialgericht aufgezeigten Grundsätze sind die Entscheidungen des Beklagten nicht zu beanstanden. Er hat in den Bescheiden vom 27.12.1994 und 24.5.1995 ausdrücklich die Prüfmethode, nämlich die statistische Vergleichsprüfung genannt und zutreffend die Vergleichsgruppe der Hautärzte (Untergruppe 3) herangezogen. Da der Beklagte einen anwenderbezogenen Vergleich durchgeführt und die Abrechnungswerte der Klägerin um weitere Leistungsziffern (u.a. 2171, 2173) bereinigt hat, ist der Grenzwert zum offensichtlichen Mißverhältnis vertretbar bei

Überschreitungen von mehr als 40 % festgelegt worden ist. Zutreffend hat der Beklagte hieraus auf die Darlegungs- und Beweislast der Klägerin geschlossen. Auch soweit der Beklagte kompensatorische Einsparungen bei den Arzneikosten bzw. im außergebührenmäßigen Bereich infolge eines Mehraufwandes bei den Sonderleistungen nicht festzustellen vermochte, begegnet dies keinen Bedenken. Die Ausübung des Kürzungsermessens ist ebenfalls nicht zu beanstanden. Begründungsmängel sind nicht ersichtlich.

b) Die hiergegen gerichteten Angriffe der Klägerin gehen fehl.

aa) Zutreffend hat der Beklagte die Klägerin der Vergleichsgruppe der Fachärzte für Dermatologie zugeordnet. Maßgeblich hierfür ist grundsätzlich, für welches Fachgebiet der Vertragsarzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, sofern die Vergleichsgruppe hinreichend groß und in sich homogen ist (ständige Rechtsprechung des Senats, zuletzt Senatsurteile vom 24.4.1996 - [L 11 Ka 82/95](#) - und vom 26.6.1996 - [L 11 Ka 57/96](#) -; BSG vom 15.11.1995 - [6 RKa 58/94](#) -). Die Frequenztabelle belegen, daß einzelne Leistungen im Kollektiv der Hautärzte (Untergruppe 3) von bis zu über 150 Ärzten abgerechnet werden. Daß eine statistische Vergleichsprüfung bei einer solchen Vergleichsgruppe zuverlässig durchgeführt werden kann, unterliegt keinem Zweifel. Der Senat entnimmt den vorliegenden Frequenztabelle ferner, daß die Vergleichsgruppe der Hautärzte (Untergruppe 3) eher homogen ist. Soweit die Klägerin eine gegenteilige Auffassung vertritt und meint, wegen Inhomogenität hätten Untergruppen gebildet werden müssen, folgt der Senat dem aus mehreren Gründen nicht. Die Fachgruppe der Dermatologen ist bereits in vier Untergruppen unterteilt. Die Klägerin ist der Untergruppe 3 zugeordnet worden, weil sie keine ambulanten Operationen mit den Zuschlagsziffern 81 ff abgerechnet hat (Untergruppe 1), nicht überwiegend allergologisch tätig ist (Untergruppe 2) und nicht als ermächtigte Krankenhausärztin an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt (Untergruppe 4). Eine weitere Verfeinerung des Vergleichsmaßstabes folgt daraus, daß der Beklagte auf der Grundlage von § 9 Abs. 3 Ziffer 3 der am 1.7.1993 in Kraft getretenen Prüfvereinbarung einen modifizierten Vergleichsgruppendurchschnitt gebildet hat. Er hat die Abrechnung der Klägerin nicht mit den Werten aller Hautärzte verglichen, sondern einen anwenderbezogenen Vergleich durchgeführt. Hierbei fließen in die Vergleichsgruppenwerte zu jeder einzelnen abgerechneten Leistung des Arztes nur die Abrechnungshäufigkeiten mit den zugrundeliegenden Fallzahlen derjenigen Ärzte der Vergleichsgruppe ein, die die jeweilige Leistung ebenfalls abgerechnet haben. Der Senat sieht dies grundsätzlich als taugliche Methode an, um mittels eines verfeinerten Vergleichsmaßstabes systembedingte statistische Unschärfen (teilweise) aufzufangen. Denn unter der Voraussetzung, daß die neue, engere Vergleichsgruppe weiterhin - wie hier - eine für die statistische Vergleichsbetrachtung hinreichend große Zahl an Ärzten umfaßt, kann mit Hilfe dieser Methode die Vergleichsbasis so weit verbessert werden, daß verlässliche Aussagen zur Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Tätigkeit möglich sind (zur Verfeinerung des Vergleichsmaßstabes vgl. auch BSG vom 8.4.1992 - [SozR 3-2500 § 106 Nr. 11](#) und vom 5.8.1992 - [14a/6 RKa 4/90](#) - [SozR 3-2500 § 106 Nr. 13](#); Senatsurteil vom 25.11.1997 - [L 11 Ka 132/97](#) -). Schließlich hat der Beklagte auf der 1. Stufe des Prüfvorganges, also noch vor der Festlegung der Grenze zum offensichtlichen Mißverhältnis, die Abrechnungswerte der Klägerin um die Leistungen nach den Ziffern 2171 und 2173 in I/1994, um die Leistungen nach den Ziffern 775, 2171 und 2173 sowie teilweise Ziffer 991 in II und III/1994 bereinigt. Angesichts dieser mehrfachen Modifizierungen hat der Senat keinerlei Zweifel, daß das so gebildete Vergleichskollektiv hinreichend homogen ist.

Auch Begründungsmängel liegen entgegen der Auffassung der Klägerin insoweit nicht vor. Ihre Ansicht, es sei nicht aufgeschlüsselt, "inwiefern und was mit 26 % gesamt überschreitet" und "was mit Sonderleistungen um 77 % überschreitet" bzw. was als Vergleichsgruppendurchschnitt herangezogen worden ist, ist nicht nachvollziehbar. Die entsprechenden Bezugspunkte sind den angefochtenen Bescheiden (z.B. S. 4 des Bescheides vom 27.12.1994 - III/1993) und den auch der Klägerin bekanntgegebenen Prüfanträgen (z.B. Antrag vom 21.12.1993) unschwer zu entnehmen. Die Vergleichsgruppe ist in den Bescheiden ausdrücklich benannt (z.B. S. 4 aaO). Nach welchen Kriterien der Vergleichsgruppendurchschnitt gebildet worden ist, folgt aus der Zuordnung zum Vergleichskollektiv einerseits und der Prüfvereinbarung andererseits. Dies mußte der Klägerin als Vertragsärztin bekannt sein und bedurfte keiner gesonderten Begründung ([§ 35 Abs. 2 Ziffer 2 SGB X](#)).

bb) Ergibt sich bei einer Sparten- bzw. Einzelleistungsprüfung (zur Zulässigkeit vgl. nur BSG vom 9.3.1994 - [6 RKa 18/92](#) - und vom 10.05.1995 - [6 RKa 2/94](#) - sowie BSG [SozR 2200 368n RVO Nr. 48](#)), daß die Abrechnungswerte des Arztes in einem offensichtlichen Mißverhältnis zu den Durchschnittswerten der Fachgruppe stehen, diese also in einem Ausmaß überschreiten, bei dem sich der Mehraufwand regelmäßig nicht mehr durch Unterschiede in der Praxisstruktur und den Behandlungsnotwendigkeiten erklären läßt, ist der Beweis der Unwirtschaftlichkeit erbracht (BSG [SozR 2200 § 368n RVO Nr. 33](#); Senatsbeschluß vom 28.06.1996 - [L 11 Ka 168/94](#) -, Senatsurteil vom 29.1.1997 - [L 11 Ka 52/96](#) -). Grundsätzlich ist es dann Sache des geprüften Arztes, den durch die Feststellung eines offensichtlichen Mißverhältnisses erbrachten Beweis des ersten Anschein für die Unwirtschaftlichkeit seines Verhaltens durch die Geltendmachung von

(1) Praxisbesonderheiten

und/oder

(2) kausal-kompensatorischen Minderaufwendungen in anderen Leistungsbereichen zu widerlegen.

Zu (1)

Praxisbesonderheiten sind nach der ständigen Rechtsprechung des Senats nur solche Umstände, die aus der Patientenstruktur herrühren und nicht arztbezogen sind. Umstände, die sich ausschließlich auf den Arzt, seine Ausbildung oder sein Praxisausstattung beziehen, sind dem grundsätzlich nicht zuzuordnen (vgl. Senatsurteile vom 30.08.1995 - [L 11 Ka 58/94](#) -, vom 24.04.1996 - [L 11 Ka 82/95](#) und vom 12.06.1996 - [L 11 Ka 42/95](#) -). Die Behauptung, besser, gründlicher oder sorgfältiger als Fachkollegen ausgebildet zu sein, stellt keine rechtserhebliche Praxisbesonderheit dar. Entscheidend für deren Vorliegen ist vielmehr, welche Leistungen die zu behandelnden Krankheiten erforderlich machen; maßgeblich ist damit im Ergebnis die Morbiditätsstruktur der Patienten des geprüften Arztes (Senatsurteil vom 24.4.1996 - [L 11 Ka 82/95](#) -; BSG vom 21.06.1995 - [6 RKa 35/94](#) - und vom 15.11.1995 - [6 RKa 58/94](#) -).

Ausgehend hiervon hat der Beklagte das von der Klägerin als Besonderheit reklamierte proktologische Patientengut zu Recht nicht als rechtlich erhebliche Praxisbesonderheit berücksichtigt. Die durchgängig deutlich erhöhte Abrechnungsfrequenz der Ziffer 371 EBM (Hämorrhoidenverödung) beweist keine Atypik des Patientengutes. Die Klägerin hat nicht dargelegt, daß die hierdurch verursachten Kosten nach Grund und Höhe durch die Erkrankungen ihrer Patienten notwendig waren. Allein aus der überdurchschnittlichen Abrechnungsfrequenz

einzelner Ziffern kann weder auf ein spezifisches Qualitätsmerkmal einer Praxis noch auf eine Praxisbesonderheit geschlossen werden. Zwar mag es im Einzelfall nicht ausgeschlossen sein, daß allein das Abrechnungsverhalten eine Praxisbesonderheit indiziert (vgl. BSG SozR 2200 § 368n RVO Nr. 19; BSG vom 19.11.1985 - [6 RKa 13/84](#) -; Senatsurteile vom 24.4.1996 - [L 11 Ka 82/95](#) - und vom 12.6.1996 - [L 11 Ka 42/95](#) -). Grundsätzlich ist die Aussagekraft der überdurchschnittlichen Abrechnung einzelner Leistungspositionen aber schon deswegen eingeschränkt, weil die eigenen Angaben des Arztes die unwirtschaftliche Behandlungsweise verdecken können, mithin nicht die Vermutung der Unwirtschaftlichkeit zu entkräften vermögen (BSG SozR 2200 § 368n RVO Nr. 31; BSG vom 15.11.1995 - [6 RKa 43/95](#) -: subjektive Bekundungen; Senatsurteil vom 24.4.1996 - [L 11 Ka 2/95](#) - und vom 17.7.1996 - [L 11 Ka 32/96](#) -); dies gilt umsomehr, als auch eine zu großzügige Indikationsstellung der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegt. Ausgehend hiervon ist es im Rahmen der Pflicht zur Aufklärung des Sachverhaltes ([§ 20 SGB X](#)) geboten (hierzu BSG vom 15.11.1995 - [6 RKa 43/94](#) - und vom 8.4.1992 - [6 RKa 27/90](#) -), daß der Beklagte den Ursachen für die in der Abrechnungsfrequenz auffälligen Gebührenziffern nachgeht. Das ist geschehen. Die Prüfungsgremien haben das Abrechnungsverhalten der Klägerin durch einen Prüfreferenten untersuchen lassen (Quartal III/1994). Der Beklagte hat darauf hingewiesen, daß die Klägerin keine Leistungen nach Ziffer 361 EBM (Proktoskopie) abgerechnet hat. Wenngleich die Ziffer 371 EBM auch eine Proktoskopie enthalte, sei es nicht plausibel, daß jedesmal auch verordnet werde. Diese Wertung ist nicht zu beanstanden. Die von der Klägerin insoweit aufgeworfene Frage danach, ob denn angenommen werde, sie würde die Ziffer 371 EBM völlig ohne tatsächlichen Hintergrund abrechnen, führt nicht weiter. Daß diese rhetorische Fragestellung nicht geeignet ist, eine wirtschaftliche Behandlungsweise zu beweisen, bedarf keiner weiteren Erörterung. Ihre Behauptung, lediglich vergessen zu haben, die Ziffer 361 EBM abzurechnen, stützt ihr Vorbringen gleichermaßen nicht. Jeder Vertragsarzt ist zu einer peinlich genauen Abrechnung verpflichtet (vgl. statt aller: Senatsurteile vom 22.02.1989 - [L 11 Ka 93/88](#) - und vom 14.05.1997 - [L 11 Ka 9/97](#) -). Gegen diesen für das Vertragsarztrecht elementaren Grundsatz wird sowohl dann verstoßen, wenn nicht erbrachte Leistungen abgerechnet werden, als auch dann, wenn für erbrachte Leistungen kein Honorar angefordert wird (hierzu auch Senatsurteil vom 16.07.1997 - [L 11 Ka 6/97](#) -). Demgemäß verlangt § 4 Abs. 10 des HVM der KV Nordrhein von jedem Vertragsarzt bei der vierteljährlichen Abrechnung die Erklärung, daß die Abrechnung vollständig ist. Daß die Prüfungsgremien bei dieser Sachlage nicht verpflichtet waren, dem Vorbringen, den Ansatz der Ziffer 361 EBM schlicht vergessen zu haben, auch nur ansatzweise nachzugehen, versteht sich von selbst. Erst recht wird der angefochtene Bescheid hierdurch nicht fehlerhaft, wenn die Klägerin diesen Gesichtspunkt, wie die dem Senat vorliegenden Unterlagen andeuten, erstmals im Gerichtsverfahren und damit verspätet vorgetragen hat. Im übrigen spricht gegen die von der Klägerin behauptete Praxisbesonderheit eines atypisch proktologischen Patientengutes auch der unterdurchschnittliche Anteil an Über- und Zuweisungen, worauf der Beklagte zu Recht hinweist. Auf den unterdurchschnittlichen Rentneranteil brauchte der Beklagte aus den vom Sozialgericht genannten Gründen, denen sich der Senat gem. [§ 153 Abs. 2 SGG](#) anschließt, nicht weiter eingehen. Das Vorbringen der Klägerin im Berufungsverfahren führt zu keiner anderen Beurteilung. Daß es ärztliche Fachgruppen geben soll, die naturgemäß weniger Rentner betreuen, mag zwar sein, trägt die Berufung indes nicht. Denn hiermit wird keine Abweichung von der Vergleichsgruppe dargetan. Zwar behauptet die Klägerin, infolge eines deutlich jüngeren Patientenkontingents einen Mehraufwand bei den Allergietestungen zu haben. Dies trifft indessen nicht zu. Die Frequenztabelle für III/1993 belegt allein für die Ziffer 345 EBM (Epikutan-Test) eine deutliche Überschreitung von 45,65 %. Hieraus kann indes nichts hergeleitet werden, denn alle anderen Ziffern der 340 ff werden entweder nicht oder unterdurchschnittlich angesetzt. Noch deutlicher wird dies im Quartal III/1994. Es überschreitet allein die Ziffer 345 um 1,85 %. Alle anderen allergologischen Leistungen liegen wesentlich unter dem Vergleichswert. Bei dieser Sachlage ist das Vorbringen der Klägerin, das erhebliche jüngere Patientenkontingent führe zu einem Mehraufwand bei Allergietestungen (Ziffern 340 ff EBM) widerlegt. Der Beklagte brauchte hierauf nicht näher eingehen, zumal nach Aktenlage nicht ersichtlich ist, daß die Klägerin dies im Verwaltungsverfahren vorgetragen hätte.

Auch insoweit sind die von der Klägerin gerügten Begründungsmängel nicht ersichtlich. Es trifft nicht zu, daß der Beklagte sich mit dem Einwand, die Praxisbesonderheit liege in der Proktologie, nahezu nicht auseinandergesetzt habe. In den angefochtenen Bescheiden hat er die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe, die ihn zu seiner Entscheidung bewogen haben ([§ 35 Abs. 1 SGB X](#)), mitgeteilt. Auf Seite 5 des Bescheides vom 24.5.1995 ist beispielhaft zu verweisen.

Der Einwand der Klägerin, ihre Abrechnung in den streitbefangenen Quartalen sei im wesentlichen konstant, führt nicht weiter. Divergiert die Abrechnungshäufigkeit der Leistungsziffern, die eine Praxisbesonderheit belegen sollen, in den einzelnen Quartalen deutlich oder korreliert ein Mehraufwand nicht mit einem Minderaufwand, so ist das Vorbringen des Arztes schon nicht plausibel (vgl. Senatsurteil vom 25.11.1997 - [L 11 Ka 132/97](#) -). Hieran scheitert die Klägerin nicht. Dennoch belegt die Abrechnungskonstanz nicht, daß sie wirtschaftlich behandelt. Diesem Umstand ist allenfalls eine für sie günstige indizielle Wirkung beizumessen, die allerdings schon dadurch hinfällig wird, daß dem eine Reihe von - oben genannten - Gesichtspunkten entgegenstehen. In der Folge deutet die Abrechnungskonstanz daher eher darauf hin, daß die Klägerin ihre Patienten zwar in vergleichbarer Weise, allerdings durchgehend unwirtschaftlich behandelt hat.

Zu (2) Auch mit dem von der Klägerin behaupteten kausal-kompensatorischen Zusammenhang zwischen einem Mehraufwand in der Sparte Sonderleistungen und Einsparungen auf dem Arzneisektor hat sich der Beklagte noch hinreichend auseinandergesetzt. Die Klägerin hat hierzu nicht genügend substantiiert vorgetragen. Ist nämlich durch Überschreitungen im Bereich des offensichtlichen Mißverhältnisses die Unwirtschaftlichkeit seiner Behandlungsweise erwiesen, obliegt es dem Arzt, entlastende Tatsachen (Einwendungen) substantiiert darzulegen. Aus diesen muß folgen, daß die Überschreitungen durch kompensatorische Einsparungen gerechtfertigt sind. Daran fehlt es. Die Klägerin hat sich hierzu lediglich auf pauschale Darlegungen beschränkt. Soweit sie namentlich auf kompensatorische Einsparungen bei den Arzneimittelkosten hinweist, berücksichtigt sie nicht, daß der Mehraufwand in einzelnen Sparten mit einem erheblichen Minderaufwand nur dann "verrechnet" werden kann, wenn die Kausalität nachgewiesen ist. Dies ist hier entgegen ihrer Auffassung nicht der Fall. Allein der Umstand, daß die Kläger weniger Arzneikosten als die Vergleichsgruppe verursacht, rechtfertigt nicht die Annahme eines kompensatorischen Zusammenhangs, denn der Arzt, der den Einwand einer kompensatorischen Einsparung erhebt, muß darlegen, bei welchen Leistungen bzw. Verordnungen ein Minderaufwand vorliegt, inwieweit zwischen den festgestellten Mehrkosten und den behaupteten Minderkosten ein ursächlicher Zusammenhang besteht und aufgrund welcher Erwägungen er davon ausgeht, daß bei Berücksichtigung der behaupteten Minderkosten sich eine wesentliche Verringerung der Kostendifferenz ergeben kann (so zutreffend Jörg, Das neue Kassenarztrecht, 1993, Rdn. 475 m.w.N.; allgemein zu den Darlegungsproblemen kompensatorischer Einsparungen: Clever in [MedR 1996, 44](#) und Clemens in Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 1 1994, § 35 Rdn. 107 ff.). Das BSG hat dies jüngst in der dem erkennenden Senat allerdings noch nicht vorliegenden Entscheidung vom 5.11.1997 - [6 RKa 1/97](#) - nochmals bestätigt und ausgeführt, daß für die Anerkennung kompensierender Einsparungen der kausale Zusammenhang zwischen dem beanstandeten Mehr- und dem Minderaufwand nachgewiesen sein muß (Presse-Mitteilung 82/97 vom 6.11.1997). Dies entspricht der ständigen Rechtsprechung des erkennenden Senats (hierzu eingehend Senatsurteil vom 29.1.1997 - [L 11 Ka 52/96](#) -). Sprechen somit die statistischen Daten z.B. der Verordnung von Arzneimitteln - wie hier - für den geprüften Arzt, brauchen die Prüfungsgremien dennoch nicht ohne weiteres untersuchen, ob

ein kausaler Zusammenhang besteht, wenn der Arzt substantiierte Darlegungen zu einzelnen Fällen nicht vorbringt (BSG SozR 2200 § 368n RVO Nr. 50). So liegt es hier. Die Klägerin hat sich lediglich in allgemeiner Form auf einen von ihr angenommenen Zusammenhang zwischen Einsparungen und Mehraufwendungen bezogen. Ihrem Vorbringen liegt im Ergebnis die Annahme zugrunde, daß allein die statistisch belegten Mehr- bzw. Minderaufwendungen es rechtfertigen, die notwendige Kausalität anzunehmen. Zwar mag es im Einzelfall vorkommen, daß für einen ursächlichen Zusammenhang eine beweisleichternde Vermutung spricht (BSG SozR 2200 § 368n RVO Nr. 50). Hierfür findet sich allerdings vorliegend keinerlei Anhalt. Im übrigen ist allein die Behauptung eines Arztes, die Leistungen seien erforderlich und zwischen Mehraufwand und Minderaufwand bestehe ein kausaler Zusammenhang, nicht geeignet, dies auch zu beweisen, denn ebenso wie im privaten Rechtsverkehr eine Rechnung ausreichend spezifiziert sein muß, ist auch der Vertragsarzt verpflichtet, seine Honorarforderung für die vertragsärztliche Tätigkeit, insbesondere einen außergewöhnlichen Mehraufwand zu begründen und zu belegen (so zutreffend BSG SozR 2200 § 368n RVO Nr. 57; Senatsbeschuß vom 28.06.1996 - L 11 Ka 168/94 -; Senatsurteil vom 17.7.1996 - L 11 Ka 32/96 -). Hierzu ist zu berücksichtigen, daß auch im privaten Rechtsverkehr derjenige, dessen Leistungserbringung nach Grund oder Höhe bestritten wird, in jedem Einzelfall beweisbelastet ist. Dabei wird der Vertragsarzt in Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren gegenüber dem privatärztlich tätigen Praxisinhaber, für den ebenfalls das Gebot der wirtschaftlichen Behandlungsweise gilt (vgl. OLG Köln vom 13.07.1995 - [5 U 94/93](#) - zur GOZ), insoweit noch begünstigt, als die Prüfungsgremien grundsätzlich verpflichtet sind, ihn von Amts wegen dabei zu unterstützen, die Berechtigung seiner Honorarforderung beweisen zu können. Deswegen sieht der Senat keinen Anlaß, von dem Grundsatz abzugehen, daß jeder, dessen Anspruch bestritten wird, die Beweislast dafür trägt, daß der Anspruch nach Grund und Höhe gegeben ist (vgl. auch Clever aaO).

cc) Im zweiten Schritt der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist der unwirtschaftliche Mehraufwand festzustellen und im Bescheid nachvollziehbar zu dokumentieren (BSG SozR 2200 § 368n RVO Nr. 36). Das ist geschehen, denn der Beklagte in seinen Bescheiden den unwirtschaftlichen Mehraufwand jeweils prozentual bestimmt.

dd) Im dritten Schritt ist schließlich der Kürzungsbetrag festzusetzen. Grundsätzlich muß der Adressat eines Kürzungsbescheides das Kürzungsvolumen erkennen oder zumindest in DM-Beträgen oder Punktzahlen abschätzen können. Diesen Anforderungen genügen die angefochtenen Bescheid nur eingeschränkt. Dennoch sind sie rechtmäßig. Die Prüfbescheide für die Quartale II/1994 und III/1994 weisen die Kürzungssumme jeweils prozentual und in Punkten aus. Der Beklagte hat die Maßnahmen des Prüfungsausschusses nicht abgeändert, so daß es auch für seine Entscheidung bei den in den Bescheiden des Prüfungsausschusses genannten Kürzungsvolumina verbleibt. Der Senat hält es insoweit für ausreichend, wenn das letztlich maßgebliche Kürzungsvolumen entweder im Bescheid des Prüfungsausschusses oder des Beklagten bestimmt wird. Die Forderung, im Bescheid des Beschwerdeausschusses müsse das Kürzungsvolumen nochmals auch dann exakt dargestellt werden, wenn der Bescheid des Prüfungsausschusses bestätigt wird, ist überzogen und reiner "Formalismus". Soweit der Beklagte die Entscheidungen des Prüfungsausschusses abgeändert hat (Quartale III/1993 und I/1994), kann zwar auf das in den Prüfbescheiden benannte Kürzungsvolumen nicht zurückgegriffen werden, gleichwohl macht dies die angefochtenen Bescheide des Beklagten nicht rechtswidrig, denn auch bei "prozentualer Kürzung" ist es der Klägerin möglich, das Kürzungsvolumen durch einfache Rechnung in Punkten zu bestimmen.

ee) Der Senat weist die Klägerin abschließend auf folgendes hin: Soweit sie sich - wie sie mehrfach angedeutet hat - durch die Kürzungsmaßnahmen des Beklagten in ihrer Therapiefreiheit beeinträchtigt fühlt, wird sie zweierlei beachten müssen. Zwar ist jeder Vertragsarzt grundsätzlich berechtigt, die ihm geeignet erscheinenden Untersuchungs- und Behandlungsmethoden anzuwenden. Mithin gilt insoweit auch in der vertragsärztlichen Versorgung der Grundsatz der Therapiefreiheit. Allerdings gilt dieser Grundsatz selbstverständlich nicht schrankenlos. Zum einen ist ihm das Selbstbestimmungsrecht des Patienten bei der Therapiewahl übergeordnet (vgl. BVerfG vom 5.3.1997 - [1 BvR 1068/96](#) - in [MedR 1997, 318](#)), zum anderen darf ein Arzt weder im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung noch als Privatbehandlung Überflüssiges veranlassen oder Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden durchführen, die aufwendiger sind als andere, jedoch denselben Zweck erfüllen (vgl. BSG SozR 2200 § 368n RVO Nr. 19, Nr. 31; Senatsurteil vom 21.09.1988 L 11 Ka 96/87 -; so auch OLG Köln vom 13.07.1995 - [5 U 94/93](#) - zur GOZ). Unbeschadet einer besonderen Praxiseinrichtung oder Ausbildung hat deswegen jeder Vertragsarzt das Maß des Notwendigen zu beachten und hierauf seine Behandlungs- und Verordnungsweise einzustellen (Senatsurteil vom 25.01.1989 - L 11 Ka 35/88 -). Eine medizinisch optimale Versorgung der Versicherten überschreitet ggf. den Bereich des Notwendigen und Zweckmäßigen, auf den nach dem Gesetz Versicherte Anspruch haben (Senatsurteil vom 21.09.1988 - L 11 Ka 96/87 -). Der Grundsatz der Therapiefreiheit wird insoweit auch durch den gleichrangigen Grundsatz der Wirtschaftlichkeit begrenzt (vgl. BVerfG aaO sowie std. Rspr. des Senats, statt aller: Beschluss vom 22.04.1996 - L 11 Ka 94/95 - und Urteil vom 24.04.1996 - L 11 Ka 82/85 -).

Die Berufung der Klägerin konnte nach alledem keinen Erfolg haben.

2. Die Berufung des Beklagten war demgegenüber erfolgreich. Der Rechtsauffassung des Sozialgerichts, daß die Kürzungen fehlerhaft sind, soweit sie über Restüberschreitungen von 50 % hinausgehen, tritt der Senat nicht bei. Der Beklagte hat die Grenze zum offensichtlichen Mißverhältnis ausdrücklich bei Restüberschreitungen von 41 % bzw. 42 % gezogen und dies damit begründet, daß zuvor für die Klägerin nachteilige Besonderheiten quantifiziert bzw. nachteilig auswirkende Fakten berücksichtigt worden sind. Hierdurch hat er deutlich gemacht, daß er die Grenze zum offensichtlichen Mißverhältnis bei Überschreitungen von 41 % bzw. 42 % deswegen festgelegt hat, weil der anwenderbezogene Vergleich tendenziell zu einem verfeinerten Vergleichsmaßstab führt, er die Abrechnung der Klägerin zudem um einige Leistungsziffern bereinigt hat und die Fachgruppe als homogen ansieht. Diese Erwägungen finden sich in den angefochtenen Bescheiden noch hinreichend deutlich wieder. Nicht notwendig ist, daß sie nochmals ausdrücklich bei der Grenzziehung zum offensichtlichen Mißverhältnis aufgeführt werden müssen, wenn auf sie - wie hier - Bezug genommen wird. Denn es reicht aus, wenn dem Betroffenen die Gründe der Entscheidung in solcher Weise und in solchem Umfang bekanntgegeben werden, daß er sein Rechte sachgemäß verteidigen kann; die Verwaltung darf sich deshalb - wie hier - auf die Angabe der maßgebend tragenden Erwägungen beschränken und braucht Gesichtspunkte und Umstände, die auf der Hand liegen oder dem Betroffenen bekannt sind, nicht nochmals ausführlich darzulegen (BSG vom 9.3.1994 - [6 RKa 18/92](#) -). Im übrigen ist auf die Entscheidung des BSG vom 18.6.1997 - [6 RKa 52/96](#) - (auszugsweise in NZS 1997, Heft 8, S. VII) zu verweisen. Danach hat es das BSG als zulässig angesehen, eine belassene Überschreitung von 42,8 % der Verordnungskosten als dem Bereich des offensichtlichen Mißverhältnisses zuzordnen, wenn vor Durchführung des statistischen Vergleichs Besonderheiten der zu prüfenden Praxis bereits quantifiziert und die darauf entfallenden Anteile an den Honorar- oder Verordnungskosten dieser Praxis abgezogen worden sind. Das ist hier geschehen, denn der Beklagte hat die Überschreitungen in der Sparte Sonderleistungen um diverse Leistungsziffern bereinigt und ist zum Ergebnis gelangt, daß die Grenze zum offensichtlichen Mißverhältnis gleichwohl überschritten ist.

Die Kostenentscheidung folgt aus den [§§ 183](#) und [193 SGG](#).

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2018-07-24