L 12 KA 113/99

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 42 KA 61/97
Datum
23.06.1998
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 12 KA 113/99
Datum
06.12.2000
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 23. Juni 1998, das 4. Quartal 1995 betreffend, wird zurückgewiesen.
II. Der Kläger hat dem Beklagten die Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit der im Quartal 4/95 GKV verfügten Kürzung des angeforderten Honorars des Klägers in der Leistungsgruppe 03 (Eingehende Untersuchungen) um 15,0 % und in der Leistungsgruppe 08 (Sonderleistungen) um 40,0 % (Kürzungsbetrag insgesamt: 17.635,22 DM).

Der Kläger war im streitigen Quartal als Internist in B ... niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er behandelte im Quartal 4/95 311 Patienten der gesetzlichen Krankenkassen, womit er die Durchschnittsfallzahl der Arztgruppe von 869 Patienten um - 64,2 % unterschritt. Sein Rentneranteil lag mit 56,9 % (177 Patienten) um 33,8 % über dem Rentneranteil der Arztgruppe in Höhe von 42,5 % (370 Patienten). In der Leistungsgruppe 03 (Eingehende Untersuchungen) lag der Kläger mit einem Fallwert von 300,8 Punkten um + 81,4 % über dem gewichteten Fallwert der Vergleichsgruppe in Höhe von 165,8 Punkten. In der Leistungsgruppe 08 (Sonderleistungen) überschritt der Kläger mit einem Fallwert von 1.602,2 Punkten den gewichteten Fallwert der Vergleichsgruppe in Höhe von 621 Punkten um + 158,0 %.

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

- Leistungsgruppe 01 (Beratungen/Visiten): + 39,9 %
- Leistungsgruppe 02 (Besuche): - 13,7 %
- Leistungsgruppe 04 (Allg. Leistungen): - 4,0 %
- Leistungsgruppe 10 (Basis/Allg. Laboruntersuchungen): + 16,5 %
- Leistungsgruppe 12 (Radiologische Leistungen u.ä.): - 48,2 %. In den Leistungsgruppen 09 (Physikalisch-medizinische Leistungen) und 11 (spez. Laboruntersuchungen) rechnete der Kläger keine Leistungen ab.

Für sämtliche kurative Leistungen forderte der Kläger 810.110,0 Punkte an. Mit einem Fallwert in Höhe von 2.604,9 Punkten überschritt er den gewichteten Fallwert der Arztgruppe in Höhe von 1.427,2 Punkten um + 82,5 %.

Die Verordnungstätigkeit des Klägers führte im Quartal 4/95 zu Arzneikosten ohne Sprechstundenbedarf in Höhe von 32.595,89 DM, mit seinem Fallwert von 141,11 DM überschritt er den Fallwert der Vergleichsgruppe von 130,18 DM um 8,4 %. Beim Sprechstundenbedarf unterschritt der Kläger mit einem Fallwert von 3,85 DM den Durchschnittswert der Vergleichsgruppe in Höhe von 4,42 DM um - 12,9 %. Bei den Krankenhauseinweisungen lag er mit einer Häufigkeit von 3,5 auf 100 Fälle über der Vergleichsgruppe mit einer Häufigkeit von 2,4 auf 100 Fälle. Bei den abgeschlossenen AU-Fällen lag der Kläger mit einer Häufigkeit von 23,5 auf 100 Behandlungsfälle ebenfalls über dem Wert der Vergleichsgruppe mit 18,4 auf 100 Behandlungsfälle.

Die Beigeladenen zu 1) bis 5) haben mit Schreiben vom 21. Februar 1996 den Antrag gestellt, die Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise des Klägers in den Leistungsgruppen 03 und 08 zu überprüfen.

Der Prüfungsausschuss Ärzte Oberfranken hat mit Prüfbescheid vom 17. April 1996 die Leistungsanforderung des Klägers in der Leistungsgruppe 03 (Eingehende Untersuchungen) um 15 % und in der Leistungsgruppe 08 (Sonderleistungen) um 40 % gekürzt. Der Kläger

sei mit der Arztgruppe der Internisten der Untergruppe 19/2 in Oberfranken verglichen worden. Diese Vergleichsgruppe umfasse nur Internisten, die wie er im zu prüfenden Quartal einen Überweisungsanteil von 10,01 % bis 40,0 % zu verzeichnen gehabt hätten. Es werde berücksichtigt, dass als Besonderheiten die relativ niedrige Fallzahl (verminderte Kostenstreuung), die Proktologie und die Sonographie anzusehen seien. Einsparungen lägen beim Sprechstundenbedarf, bei den veranlassten physikalisch-medizinischen Leistungen und bei den AU-Fällen vor.

Hiergegen richtet sich der Widerspruch des Klägers vom 25. April 1996, der nicht näher begründet wurde.

Mit einem Schreiben vom 7. August 1996 lud der Beklagte den Kläger zu der für den 25. September 1996 vorgesehenen Sitzung. Dem Vertagungsantrag des Klägers vom 21. August 1996 entsprach der Beklagte nicht. Der Kläger wurde am 27. August 1996 erneut zur Sitzung am 25. September 1996 geladen und mit Schreiben vom 18. September 1996 wurde ihm die Ablehnung des Vertagungsantrages mitgeteilt.

Der Beklagte hat mit Widerspruchsbescheid vom 26. November 1996 (beschlossen in der Sitzung am 25. September 1996) den Widerspruch abgewiesen. Die Überschreitung in den Leistungsgruppen 03 und 08 stelle ein offensichtliches Missverhältnis dar, das die Vermutung der Unwirtschaftlichkeit begründe. Aus den vorliegenden statistischen Prüfungsunterlagen seien keine Mehrkosten verursachenden Praxisbesonderheiten offenkundig. Dem gegenüber der Arztgruppe erhöhten Rentneranteil (+ 33,8 %) sei durch die Gewichtung der Vergleichswerte in den einzelnen Leistungsgruppen bereits Rechnung getragen. Bei Durchsicht der Behandlungsunterlagen sei kein für eine internistische Praxis außergewöhnliches Patientengut bzw. eine besondere Häufung sog. "schwerer Fälle" oder ein spezielles kardiologisches Patientengut erkennbar. Die erbrachten Leistungen seien oftmals durch die auf den Behandlungsunterlagen eingetragenen Diagnosen nicht begründet. Schwere Fälle seinen keine Praxisbesonderheit. Eine unterdurchschnittliche Fallzahl sei ebenfalls keine Mehrkosten verursachende Praxisbesonderheit, da bei einer niedrigeren Fallzahl der Aufwand pro Patient medizinisch nicht notwendigerweise höher sei als bei einer hohen Fallzahl. Kompensationsfähige Einsparungen seien ebenfalls nicht erkennbar. Nicht jeder Minderaufwand sei auf den beanstandeten Mehraufwand zurückzuführen. Es müsse zwischen dem Mehraufwand in einem Bereich und dem Minderaufwand (Einsparungen) in anderen Bereichen ein Kausalzusammenhang bestehen, für den der Arzt die volle Darlegungs- und Beweislast habe. Hier hätte der Arzt substantiiert im Einzelfall darlegen müssen, bei welchen Patienten er welche Einsparungen erzielt habe und welcher Mehraufwand dadurch in den jeweiligen Einzelfällen in der eigenen Praxis erforderlich gewesen sei. Hierzu sei nichts vorgetragen. Der Beklagte ge- währte dem Kläger zusätzlich zum gewichteten Arztgruppendurchschnitt in der Leistungsgruppe 03 (165,8 Punkte) bzw. in der Leistungsgruppe 08 (621 Punkte) einen 20 %-igen Zuschlag wegen der allgemeinen Streubreite und gelangte damit zu einem anzuerkennenden Fallwert in der Leistungsgruppe 03 von 199,0 Punkten und in der Leistungsgruppe 08 in Höhe von 745,2 Punkten. Daraus errechne sich für den Beklagten ein unwirtschaftlicher Mehraufwand in der Leistungsgruppe 03 in Höhe von 101,8 Punkten bzw. in der Leistungsgruppe 08 in Höhe von 857,0 Punkten. Dies entspreche einer möglichen Kürzung von 338,0 % in der Leistungsgruppe 03 und 53,5 % in der Leistungsgruppe 08, so dass die verfügten Kürzungen in Höhe von 15,0 % bzw. 40,0 % zu bestätigen seien. Die Restüberschreitung in der Leistungsgruppe 03 wurde mit 54,20 %, die in der Leistungsgruppe 08 mit 54,80 % angegeben.

Ein Schreiben des Klägers vom 5. Dezember 1996 mit dem er die Rücknahme des Widerspruchsbescheides beim Beklagten anforderte, weil die Sitzung am 25. September 1996 ohne Beachtung seines Vertagungsantrages durchgeführt worden sei, betrachtete der Beklagte als Klage und leitete es am 12. Dezember 1996 an das Sozialgericht München weiter, wo es am 13. Dezember 1996 einging. Eine weitere schriftliche Begründung der Klage erfolgte nicht. Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 23. Juni 1998 hat das Sozialgericht die sieben anhängigen Streitsachen (u.a. das hier streitige Verfahren mit dem Az.: S 42 KA 61/97) zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden.

Das Sozialgericht hat mit Urteil vom 23. Juni 1998 u.a. die Klage mit dem Az.: S 42 Ka 61/97 abgewiesen. Der Kläger sei zu Recht mit der maßgeblichen Vergleichsgruppe 19/2 (Internisten mit einem Überweisungsanteil der abgerechneten ambulanten kurativen Fälle von 10,01 % bis 40,0 %) verglichen worden. Die Beurteilung, den Kläger nicht mit einer wie auch immer gebildeten speziellen Vergleichsgruppe zu vergleichen, erweise sich keineswegs als beurteilungsfehlerhaft. Auch die Feststellung, dass beim Kläger keine Praxisbesonderheit im Sinne eines Mehrkosten verursachenden abweichenden Patientengutes vorliege, sei nicht zu beanstanden. Der Kläger habe sich darauf beschränkt, das Vorliegen eines besonderen Patientenklientels mit entsprechenden abweichenden Diagnose- bzw. Krankheitsbildern oder einer Symptomschilderung zu behaupten, ohne diese Behauptungen durch eine entsprechende Stichprobe einer repräsentativen Anzahl von Fällen zu substantiieren. Die Auffassung des Beklagten, dass in der Praxis des Klägers keine abweichende Diagnoseschichtung festzustellen sei, könne die Kammer bestätigen. Ein nicht unerheblicher Anteil von Patienten werde jedes Quartal mit bestimmten apparativen diagnostischen Leistungen versorgt, ohne dass der medizinisch weiterführende Nutzen einer Wiederholung deutlich werde. Das Vorhandensein eines großen Leistungsspektrums und einer hohen apparativen Ausstattung könne durchaus durch eine Praxisbesonderheit unterlegt sein. Für sich betrachtet könne sie nur eine umfassende Erbringung von Leistungen darlegen und nicht das Vorhandensein eines dazu passenden Patientenstammes, zumal bei vielen herausragenden Leistungspositionen eine hohe Erbringerfrequenz bestehe. Auch ein überdurchschnittlich hoher Anteil von neuen Patienten sei weder nachgewiesen noch ergebe sich hierfür ein Anhaltspunkt aus den Unterlagen. Auch das Bestehen von kausalen Einsparungen sei nicht substantiiert dargelegt worden. Solche seien auch aus den Abrechnungsunterlagen nicht erkennbar. Angesichts der belassenen Restüberschreitungen in Höhe von durchweg 40,0 % und höher habe der Beklagte den etwas überdurchschnittlichen Streuungen in der gewählten Vergleichsgruppe ausreichend Rechnung getragen. Es bestehe bei dem hier vorliegenden Sachverhalt darüber hinaus kein Grund, die Kürzungshöheentscheidung über die abgegebene Begründung hinaus zu rechtfertigen. Die vom Beklagten getroffene Entscheidung sei auch nicht deshalb aufzuheben, weil infolge der Ablehnung des Antrages auf Terminsverlegung der Anspruch auf rechtliches Gehör verletzte wäre. Solange dem Terminsverlegungsantrag nicht entsprochen worden sei, müsse der Kläger grundsätzlich davon ausgehen, dass die angesetzte Ausschusssitzung stattfinde. Des Weiteren sei auch nicht erkennbar, dass der Kläger einen Anspruch auf Verlegung gehabt habe.

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

Mit Beschluss vom 14. September 1999 trennte der Senat die vom Sozialgericht verbundenen Verfahren für das Berufungsverfahren wieder.

Den Verlegungsgesuchen des Klägers vom 16. November und 22. November 2000, die im Wesentlichen mit einer Terminskollision mit einer Sitzung des Zulassungsausschusses Ärzte - Oberbayern - am 6. Dezember 2000 um 10.10 Uhr begründet wurden, hat der Vorsitzende des

Senats vor allem deswegen nicht entsprochen, weil die Ladung des Senats dem Kläger bereits vor der Ladung des Zulassungsausschusses zugegangen ist.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 23. Juni 1998 bezüglich der Klage mit dem Aktenzeichen S 42 Ka 61/97 und den Widerspruchsbescheid des Beklagten vom 26. November 1996 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, über den Widerspruch des Klägers gegen den Bescheid des Prüfungsausschusses vom 17. April 1996 erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

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

die Berufung zurückzuweisen.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakte, die Klageakte mit dem Az.: S 42 Ka 61/97 und die Akte des Bayerischen Landessozialgerichts, Az.: L 12 KA 113/99, vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die nach § 143 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte sowie gemäß § 151 Abs.1 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist unbegründet.

Das Sozialgericht hat die Klage gegen den Bescheid des Beklagten vom 26. November 1996, betreffend die Behandlungsweise des Klägers im Quartal 4/95 GKV, mit Urteil vom 23. Juni 1998 zu Recht abgewiesen.

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

Der Bescheid des Beklagten vom 26. November 1996 genügt den Anforderungen, die das Bundessozialgericht in den o.g. Entscheidungen an die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise eines Arztes stellt. Die statistische Betrachtung muss danach bereits auf der ersten Prüfungsstufe durch eine intellektuelle Prüfung und Entscheidung ergänzt werden, bei der die für die Frage der Wirtschaftlichkeit relevanten medizinisch-ärztlichen Gesichtspunkte wie das Behandlungsverhalten und die unterschiedlichen Behandlungsweisen innerhalb der Arztgruppe und die bei dem geprüften Arzt vorhandenen Praxisbesonderheiten in Rechnung zu stellen sind.

Der Beklagte ist bei seiner Prüfung in der Leistungsgruppe 03 (Eingehende Untersuchungen) zu Recht davon ausgegangen, dass der Kläger sich mit einem gewichteten Überschreitungswert von + 81,4 % gegenüber der Vergleichsgruppe im sog. offensichtlichen Missverhältnis befindet. Er hat sich aber nicht mit dieser statistischen Feststellung begnügt, sondern im Sinne einer intellektuellen Prüfung untersucht, ob Praxisbesonderheiten bzw. kausale Einsparungen für diese Überschreitung verantwortlich sind. Dies hat der Beklagte zu Recht verneint. Zum einen ist anhand der Statistik festzustellen, dass der Kläger in der Leistungsgruppe 03 nur drei von insgesamt vier Leistungen dieser Leistungsgruppe abrechnet und die abgerechneten Nrn.60, 61 und 62 EBM ausgesprochen fachgruppentypische Leistungen sind, die von 100 % bzw. 96,77 % der Vergleichsgruppe ebenfalls abgerechnet werden. Zum anderen hat der Beklagte nach Durchsicht der Behandlungsscheine für das Quartal 4/95 festgestellt, dass kein für eine internistische Praxis außergewöhnliches Patientengut bzw. eine besondere Häufung sog. "schwerer Fälle" beim Kläger vorliegt. Für das Vorliegen von Praxisbesonderheiten ergeben sich weder aus den statistischen Unterlagen hinreichende Anhaltspunkte noch hat der Kläger hierzu substantiiert vorgetragen.

Dem um 33,8 % erhöhten Rentneranteil ist bereits durch die Gewichtung der Vergleichswerte hinreichend Rechnung getragen. Einen über den durch die Gewichtung bereits berücksichtigten Mehraufwand hinausgehenden Mehraufwand durch die Behandlung von mehr Rentnern hat der Kläger weder behauptet noch dargelegt.

Auch eine niedrige Fallzahl begründet für sich alleine noch keine Praxisbesonderheit. Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. BSG SozR 3-2500 § 106 Nr.45 S.244 ff.) rechtfertigt die Tatsache einer niedrigen Fallzahl grundsätzlich noch keine Leistungsausweitung, weil bei kleinen Praxen die Relation von behandlungsintensiven und weniger aufwendigen Behandlungsfällen nicht notwendig anders sein muss als bei großen Praxen. Das Vorliegen einer besonderen Häufung sog. "schwerer Fälle", die den Fallwert des Klägers überproportional in die Höhe treiben könnten, hat der Beklagte in nicht zu beanstandender Weise gerade -wie schon ausgeführt- verneint. Die Fallzahl des Klägers liegt mit 35,7 % (311: 869) jedenfalls deutlich über der von der höchstrichterlichen Rechtsprechung (BSG, a.a.O., S.244/245) geforderten Mindestquote von 20,0 % der Durchschnittsfallzahl der Vergleichsgruppe.

Es ist schließlich auch aus den statistischen Unterlagen nicht erkennbar und vom Kläger auch nicht substantiiert dargelegt, dass die erhöhte Abrechnung der eingehenden Untersuchungen gemäß den Nrn.60 und 61 EBM in irgendeinem Zusammenhang mit den günstigen Werten beim Sprechstundenbedarf steht. Auch die Höhe der Kürzung in der Leistungsgruppe 03 mit 15,0 % erfolgte durch den Beklagten im angegriffenen Bescheid vom 26. November 1996 ermessens- und begründungsfehlerfrei. Der Beklagte hat dem Kläger eine Restüberschreitung von + 54,2 % gegenüber der Vergleichsgruppe belassen, die noch im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses liegt. Der Beklagte musste deshalb die Höhe der Kürzung nicht besonders begründen (BSG SozR 3-2500 § 106 Nr.36 S.207).

Auch in der Leistungsgruppe 08 (Sonderleistungen) hat der Beklagte zunächst zu Recht darauf hingewiesen, dass der Kläger sich hier mit einem gewichteten Überschreitungswert von + 158,0 %im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses befindet. Der Beklagte hat auch hier über die rein statistische Betrachtung hinaus eine intellektuelle Überprüfung vorgenommen. Er hat sich auch diesbezüglich die Behandlungsausweise im Wege einer Stichprobe näher angesehen. Dabei hat der Beklagte auch hier in nicht zu beanstandender Weise festgestellt, dass kein für eine internistische Praxis außergewöhnliches Patientengut bzw. eine besondere Häufung sog. "schwerer Fälle" oder ein spezielles kardiologisches Patientengut erkennbar sei.

Auch wegen eines besonders großen Leistungsspektrums und einer umfangreichen apparativen Ausstattung hat der Beklagte ebenfalls zu Recht keinen berechtigten Mehraufwand zugestanden. Es ist zunächst davon auszugehen, dass die Vergleichsgruppe der Internisten mit einem Überweisungsanteil von über 10,0 % bis unter 40,0 % ebenso wie der Kläger ein breites Leistungsspektrum aufweist. Ein breites Leistungsspektrum als solches ist deshalb bei dieser Arztgruppe keine Besonderheit. Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung sind Praxisbesonderheiten solche Umstände, die sich auf das Behandlungs- und Verordnungsverhalten des Arztes auswirken und in der Praxis der Vergleichsgruppe typischerweise nicht oder nicht in derselben Häufigkeit anzutreffen sind (vgl. BSG SozR 3-2500 § 106 Nr.27 S.153). Eine Praxisbesonderheit kann deshalb allenfalls die schwerpunktmäßige Praxisausrichtung auf ein spezielles Leistungsspektrum, das sich in einem besonderen Patientengut niederschlägt, sein (vgl. Urteil des Senats vom 19. Juli 2000, Az.: L 12 KA 12/99). Hierfür ergeben sich jedoch aus den statistischen Unterlagen keine hinreichenden Anhaltspunkte. Aus der Häufigkeitsstatistik ergibt sich zwar, dass von den in der Leistungsgruppe 08 insgesamt angeforderten 498.290,0 Punkten fast ein Viertel (113.400,0 Punkte) auf die Nr.617 EBM (eindimensionale doppler-echokardiographische Untersuchung) entfällt, die nur von 16,13 % in der Vergleichsgruppe abgerechnet wird. Auch die Nrn.686 EBM (sonographische Untersuchung der extrakraniellen und/oder intrakraniellen Hirngefäße mittels Duplex-Verfahren) mit 45.600,0 Punkten und die Nr.687 EBM (sonographische Untersuchung der Arterien und/oder Venen des Körperstamms und/oder der Extremitäten mittels Duplex-Verfahren) mit 18.450,0 Punkten werden nur von jeweils 22,58 % in der Vergleichsgruppe abgerechnet. Damit beruht die Leistungsanforderung des Klägers in der Leistungsgruppe 08 zu einem erheblichen Teil zwar auf der Abrechnung von nicht fachgruppentypischen Leistungen, wobei für diese zusätzlich teilweise auch noch eine besondere Genehmigung erforderlich ist. Andererseits beruht die Überschreitung in der Leistungsgruppe 08 aber auch auf ganz fachgruppentypischen Leistungen (Nr.380 EBM mit 47.520,0 Punkten und einer Abrechnungshäufigkeit in der Vergleichsgruppe in Höhe von 100,0 % und Leistungsziffer Nr.603 EBM mit 44.750,0 Punkten und einer Abrechnungshäufigkeit von 100,0 %). Insgesamt ist dem Hinweis des Sozialgerichts zuzustimmen, dass ein typisches Merkmal der Internistenuntergruppe 19/2 gerade darin besteht, dass verschiedene internistische Schwerpunkte in einer Gruppe zusammengefasst sind und die im Wesentlichen einem internistischen Schwerpunkt zuzurechnenden Leistungen naturgemäß nur von einem Teil der weitergebildeten Internisten erbracht werden. Dieser Umstand rechtfertigt aber für sich allein gesehen nicht die Anerkennung einer Praxisbesonderheit. Die gegenüber der Vergleichsgruppe deutlich erhöhte Ansatzhäufigkeit einzelner Leistungsnummern (Nr.617 EBM: + 398,34 %; Nr.686 EBM: + 442,64 %; Nr.687 EBM: + 149,06 %) kann deshalb entweder Ausdruck eines zu häufigen und damit unwirtschaftlichen Ansatzes der Leistungen oder Ausdruck einer speziellen Praxisausrichtung, die sich in einem besonderen Patientengut niederschlägt, sein. Dass diese Überschreitungen auf ein spezielles Patientengut in Verbindung mit einer speziellen Praxisausrichtung zurückzuführen sind, hat der Kläger aber gerade im Rahmen des Verwaltungsverfahrens nicht hinreichend substantiiert, so dass der Beklagte auch nicht gemäß § 20 Abs.1 SGB X gehalten und in der Lage war, einem solchen Einwand im Rahmen einer weitergehenden intellektuellen Prüfung (Durchsicht der Behandlungsscheine in den Fällen, in denen die genannten Leistungsnummern abgerechnet wurden) nachzugehen. Soweit der Beklagte die Behandlungsscheine durchgesehen hat, hat er jedenfalls kein für eine internistische Praxis außergewöhnliches Patientengut erkennen können.

Auch das Vorliegen kompensierender Einsparungen hat der Kläger im Rahmen des Verwaltungsverfahrens nicht substantiiert dargelegt. Zu den unterdurchschnittlichen Werten beim Sprechstundenbedarf (- 12,9 %) und bei den verordneten physikalisch-medizinischen Leistungen (- 91,6 %) hat sich der Kläger nicht geäußert. Er hat insbesondere den Nachweis versäumt, dass es gerade durch den Mehraufwand bei den Sonderleistungen zu den Einsparungen gekommen ist. Dazu wäre zumindest die strukturelle Darlegung der methodischen Zusammenhänge und der medizinischen Gleichwertigkeit erforderlich gewesen (vgl. BSG SozR 3-2500 § 106 Nr.42, S.233 f). Auch die Festsetzung der Höhe der Kürzung mit 40,0 % ist nicht zu beanstanden. Insbesondere wurde dem Kläger auch hier nach Kürzung noch ein Überschreitungswert belassen, der sich weiterhin im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses bewegt (+ 54,8 %). Begnügen sich die Prüfgremien mit einer Kürzung, die sich noch im Bereich des offensichtlichen Missverhältnis bewegt, so braucht die Höhe der Kürzung aber nicht besonders begründet zu werden (vgl. BSG SozR 3-2500 § 106 Nr.36 S.207).

Die Entscheidung des Beklagten ist schließlich auch nicht deswegen zu beanstanden, weil der Prüfungsausschuss noch davon gesprochen hatte, dass er die relativ niedrige Fallzahl (verminderte Kostenstreuung), die Proktologie und die Sonographie berücksichtige, während der Beklagte keine Praxisbesonderheiten bzw. Einsparungen anerkannt hat. Es ist schon fraglich, ob mit der Formulierung "berücksichtigen" die Anerkennung von Praxisbesonderheiten gemeint ist. Abgesehen davon bezieht sich das Verbot der reformatio in peius bei Honorarkürzungsmaßnahmen wegen Unwirtschaftlichkeit nur auf den (Gesamt-)Kürzungsbetrag (vgl. BSGE 53, 244 ff, 246), nicht auf einzelne Begründungselemente. Deshalb kann offenbleiben, ob der Prüfungsausschuss überhaupt Praxisbesonderheiten im engeren Sinne anerkannt hat.

Der Vorsitzende des Senats war schließlich nicht verpflichtet, den Verhandlungstermin vom 6. Dezember 2000 zu verlegen (§ 202 SGG i.V.m. § 227 Abs.1 S.1 ZPO). Der Kläger hat in seinem Schreiben vom 16. November und 22. November 2000 keinen "erheblichen Grund" für eine Verlegung i.S.v. § 202 SGG i.V.m. § 227 Abs.1 Satz 1 ZPO vorgetragen. Hinsichtlich der Terminskollision mit der Sitzung des Zulassungsausschusses für Ärzte -Oberbayern- ist darauf hinzuweisen, dass die Ladung durch den Senat erheblich früher erfolgte und daher als vorrangig anzusehen ist.

Aus diesen Gründen ist die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 23. Juni 1998, das 4. Quartal 1995 betreffend, zurückzuweisen.

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

Gründe, die Revision gemäß § 160 Abs.2 Nrn.1 und 2 SGG zuzulassen, liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2003-09-25