L 10 KA 44/02

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

10
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 2 (17) KA 341/01

Datum
24.04.2002
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 10 KA 44/02

Datum
26.02.2003
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
6 KA 58/03 B
Datum
05.11.2003

Kategorie
Urteil

Bemerkung
NZB zurückgewiesen

Die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 24.04.2002 wird zurückgewiesen. Die Kläger tragen die außergerichtlichen Kosten des Beklagten auch im zweiten Rechtszug. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Umstritten ist die Rechtmäßigkeit von Honorarkürzungen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung in den Quartalen II und III/2000.

Die in Gemeinschaftspraxis in C niedergelassenen Kläger sind zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen; der Kläger zu 1) ist fachärztlicher Internist, der Kläger zu 2) hausärztlicher Internist und die Klägerin zu 3) Ärztin für Allgemeinmedizin.

Auf Prüfanträge kürzte der Prüfungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen Köln (Prüfungsausschuss) mit Bescheiden vom 24.10.2000 (Quartal I/2000) und 29.01.2001 (Quartal III/2000) deren Honorarforderungen und zwar

für das Quartal II/2000 bei

Nr. 2 EBM um 5,09 % (17.615,2 Pkt.),

Nrn. 17 und 60 EBM um 16,66 % (72.910,8 Pkt.),

Nrn. 378, 384, 668, 686, 687 und 689 EBM um 32,92 % (326.382 Pkt.)

und für Quartal III/2000 bei

Nr. 2 EBM um 4,2 % (13.730,5 Pkt.),

Nrn. 17, 18 und 60 EBM um 16,3 % (73.770,5 Pkt.),

Nrn. 378, 384, 668, 686 und 689 EBM um 15,49 % (143.582,2 Pkt.).

Der Prüfungsausschuss ging dabei für das Quartal II/2000 von Überschreitungen

um 135 % (Nr. 2), 211 % (Nr. 17), 163 % (Nr. 60), 222 % (Nr. 378), 350 % (Nr. 384), 352 % (Nr. 668), 166 % (Nr. 686), 489 % (Nr. 687) sowie 405 % (Nr. 689) und für das Quartal III/2000 von Überschreitungen um 126 % (Nr. 2), 200 % (Nr. 17), 253 % (Nr. 18), 197 % (Nr. 60), 178 % (Nr. 378), 465 % (Nr. 384), 302 % (Nr. 668), 122 % (Nr. 686) sowie 258 % (Nr. 689) aus.

Mit ihren Widersprüchen rügten die Kläger u.a. eine fehlerhafte Anhörung; von den Prüfanträgen seien sie erst benachrichtigt worden, nachdem der Prüfungsausschuss entschieden hätte. Des Weiteren seien die Diabetes-Fällen nicht berücksichtigt; dies führe zu einer statistisch höheren Frequenz und stelle eine Benachteiligung gegenüber den nicht an der Strukturversorgung teilnehmenden Ärzten dar.

Ebenfalls sei der eigene niedrigere Anteil von Sekundärscheinen nicht berücksichtigt worden; damit bleibe unbeachtet, dass überwiesene Patienten (zu unterschiedlichen Anteilen) von zwei verschiedenen Praxen versorgt würden und auf fachärztlich-internistischer, die Über-/Zuweisung entgegennehmender Seite regelmäßig ein geringerer Versorgungsaufwand entstehe als bei der Betreuung eines eigenen, nur durch den Facharzt versorgten Patienten. Die ermittelten Durchschnittswerte hätten auch keine statistische Aussagekraft. Die Vergleichsgruppe 19 Untergruppe B sei ausschließlich nach Negativkriterien gebildet und weise keine Homogenität der in ihr zusammengefassten Internisten auf; dies gelte insbesondere hinsichtlich der Größe der Vergleichsgruppe, der Anzahl der Leistungserbringer und der Häufigkeit der Leistungen. Schließlich sei die qualifiziert eingesetzte sonographische Diagnostik als Praxisbesonderheit anzuerkennen; sie ermögliche insbesondere den Verzicht auf teure, aufwendige und teils nur stationär durchzuführende Diagnostik wie Computer- bzw. Kernspintomographie oder Angiographie. Exemplarisch werde zum Beleg von kompensatorischen Einsparungen auf fünf Fälle verwiesen, bei denen durch den Einsatz von Sonographie weitergehende Untersuchungen erspart worden seien.

Der Beklagte wies die Widersprüche mit Bescheid vom 17.09.2001 zurück. Zur Begründung gab er u.a. an: Die im Rahmen des statistischen, modifizierten Kostenvergleichs festgestellten Überschreitungen der einzelnen Gebührennummern lägen jeweils im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses; dieses werde bei Überschreitungswerten um über 100 % angenommen. Frühere statistische Verwerfungen bestünden nun nicht mehr, da ab dem Quartal II/2000 eine adäquate Vergleichsgruppe gebildet worden sei. Die Gemeinschaftspraxis sei danach dem fachärztlichen internistischen Bereich, Untergruppe B, mit 85 bzw. 67 in Nordrhein fachärztlich tätigen Internisten zuzuordnen. Bei dem praktizierten Anwendervergleich würden die Ärzte bezogen auf jede einzelne Leistung mit der Fachgruppe verglichen, die das gleiche Leistungsspektrum aufweise, d.h. die Ärzte würden bei jeder Leistung nur mit der Fachgruppe der Leistungserbringer verglichen. Die Größe der Vergleichsgruppe mit 20 bis 30 Ärzten sei statistisch ausreichend. Die mit der Kennnummer 3498 erfassten Diabetesfälle würden bezogen auf das Quartal II/2000 bei den Klägern eine Häufigkeit von 5,97 % gegenüber dem Fachgruppenwert von 5,83 % und bezogen

auf das Quartal III/2000 eine Häufigkeit von 6,44 % gegenüber dem Vergleichsgruppenwert von 5,43 % aufweisen. Die betreuten Diabetiker lägen somit im Durchschnitt der fachärztlichen Vergleichsgruppe. Im Hinblick auf das vorliegende Patientengut könne die deutlich überdurchschnittliche Abrechnung sonographischer Leistungen im Rahmen einer wirtschaftlichen Diagnostik nicht nachvollzogen werden. Alle zum Vergleich herangezogenen internistischen Fachärzte führten die entsprechende Diagnostik bei ähnlichen Fragestellungen durch. Ihr Hinweis auf den niedrigen Anteil an Sekundärscheinen und Zuweisungen spreche eher gegen die Kläger. Zuweisungen und Sekundärscheine seien typisch für fachärztlich-internistische Praxisstrukturen. So fielen besonders im Rahmen des Konsils und der Zuweisung in der Regel umfangreiche internistisch-diagnostische Fragestellungen an. Wenn in der vorliegenden Gemeinschaftspraxis dieser Anteil an Zuweisungen und Sekundärscheinen fehle, spreche dies in erster Linie für den hausärztlichen Charakter der Praxis. Bei einem deutlichen Überwiegen der hausärztlichen Fälle müsse zudem davon ausgegangen werden, dass die ausschließlich von dem fachärztlichen Internisten erbrachten Leistungen durch die Vielzahl der hausärztlichen Fälle statistisch deutlich verdünnt würden. Somit verschiebe sich die bestehende statistische Vergleichsbetrachtung noch deutlicher zuungunsten der Gemeinschaftspraxis. Nach Abzug der Kürzungsmaßnahmen verbleibe bei den beanstandeten Einzelleistungen jeweils eine Überschreitung von 100 %, die weiterhin im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses liege. Zur Gesamtwirtschaftlichkeit der Praxis sei anzumerken, dass die Gesamthonorarforderungen den jeweiligen Durchschnittswert der Vergleichsgruppe im Quartal II/2000 um 58% und im Quartal III/2000 um 46% überschreiten.

Mit ihrer Klage vom 22.10.2001 haben die Kläger ergänzend vorgetragen, in frühere Quartale betreffenden Klageverfahren habe das Sozialgericht (SG) Düsseldorf die Auffassung vertreten, die von dem Beklagten seinerzeit aus insgesamt 19 Ärzten gebildete Vergleichsgruppe sei als Grundlage für einen statistischen Kostenvergleich weder ausreichend groß noch ausreichend homogen. In der daraufhin eingeleiteten beschränkten Einzelfallprüfung seien bis einschließlich zum Quartal I/2000 keine Unwirtschaftlichkeiten festgestellt und ergangene Kürzungsbescheide aufgehoben worden. Auch die von dem Beklagten ab dem Quartal II/2000 zugrunde gelegte Vergleichsgruppe sei nach wie vor wegen ihres geringen Umfangs und der beträchtlichen

Inhomogenität der Arbeitsweise der in ihr zusammengefassten Internisten unzulässig. Der durchgeführte Anwendervergleich vermeide zwar Verzerrungen, die z.B. durch unterschiedliche Geräteausstattungen der Praxen entstünden; die unterschiedliche Gewichtung der Leistungen im diagnostischen Spektrum eines Arztes bliebe aber weiter unberücksichtigt. Nicht berücksichtigt seien die kompensatorischen Einsparungen aufgrund der sonographischen Untersuchungen.

Die Kläger haben beantragt,

der Beklagte wird unter Aufhebung seines Bescheides vom 17. September 2001 (Beschluss vom 12. Juli 2001) verurteilt, über die Widersprüche der Kläger gegen die Bescheide des Prüfungsausschusses vom 24. Oktober 2000 sowie vom 29. Januar 2001 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Der Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beigeladene zu 1) hat schriftsätzlich ebenfalls beantragt,

die Klage abzuweisen.

Das SG Düsseldorf hat die Klage mit Urteil vom 24.04.2002 abgewiesen und ausgeführt: 1999 seien im 6. Nachtrag zur Prüfvereinbarung die Prüfuntergruppen neu gefasst worden. Mit der darin vorgenommenen Differenzierung seien sachgerecht Vergleichsgruppen für Internisten geschaffen worden, die ein hinreichendes Maß an Homogenität aufwiesen. Insbesondere seien die früher darin bestehenden Defizite beseitigt worden, dass keine Unterteilung der vertragsärztlichen Versorgung in einen haus- und einen fachärztlichen Bereich mit der Folge vorgenommen worden sei, dass statistische Verwerfungen aufgrund Notfalleistungen der hausärztlich tätigen Internisten aufgetreten seien. Die Kläger seien zutreffend der für fachärztlich tätige Internisten geschaffenen Untergruppe B zugeordnet worden; rechtsfehlerfrei habe der Beklagte auch die statistische Vergleichsprüfung auf einzelne Leistungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) - bei denen es sich um für fachärztlich tätige Internisten typische Leistungen handele - beschränkt, dies sei in § 10 Abs. 2c der Prüfvereinbarung

ausdrücklich vorgesehen. Die Voraussetzungen für eine Einzelleistungskürzung seien erfüllt, zumal ein anwenderbezogener Vergleich durchgeführt worden sei, also in der Vergleichsgruppe nur solche Ärzte enthalten seien, die diese Leistungen auch tatsächlich erbracht hätten. Mögliche Verfälschungen der Statistik durch "Null-Abrechner" schieden damit aus. Die Vergleichsgruppe mit mindestens 23 Leistungserbringern sei für einen statistischen Vergleich nach Durchschnittswerten auch hinreichend groß. Soweit Patienten, die aufgrund des Diabetes-Strukturvertrages behandelt worden seien, nicht eingeflossen sein sollten, gelte dies in gleicher Weise auch für die übrigen Mitglieder der Vergleichsgruppe. Zu Recht sei der Beklagte davon ausgegangen, dass bei einer im Vergleich zum Fachgruppendurchschnitt mehr als doppelt so hohen Abrechnungshäufigkeit die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis überschritten sei. Den damit geführten Nachweis der Unwirtschaftlichkeit hätten die Kläger nicht widerlegt; es seien weder relevante Praxisbesonderheiten noch kompensatorische Einsparungen festzustellen. Soweit die Kläger zu den von ihnen überdurchschnittlich abgerechneten Sonographie-Leistungen darauf verwiesen, sie hätten dadurch andere Leistungen eingespart, begehrten sie im Grundsatz einen Verzicht auf den Nachweis eines kausalen Zusammenhangs bzw. eine Einschränkung der Anforderungen an den Nachweis.

Gegen das am 05.06.2002 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung der Kläger vom 05.07.2002, mit der sie ihr bisheriges Vorbringen vertiefen: Bei den von der Untergruppe B der Fachgruppe 19 erfassten Ärzten seien keine gemeinsamen Tätigkeitsmerkmale erkennbar, die einen vergleichbaren Bedarf gerade bei den gekürzten Gebührensätzen erwarten ließen. Es handle sich um eine ausschließlich nach Negativkriterien gefasste Gruppe von Ärzten, die sich keiner Untergruppe zuordnen ließen. Die Gruppe sei als Vergleichsgruppe nicht ausreichend groß und nicht ausreichend homogen. Es werde nicht einmal die Zahl von 23 Leistungserbringern bei allen gekürzten Gebührensätzen erreicht; die GO-Nr. 398 werde z.B. nur von vier Ärzten erbracht. Im Übrigen seien die Leistungen nicht fachgruppenüblich, da diese nicht von mindestens der Hälfte der Mitglieder der Fachgruppe abgerechnet würden. Der von dem Beklagte durchgeführte Anwendervergleich, bei dem bezogen auf jede Leistung nur die Ärzte miteinander verglichen würden, die die Leistung auch erbringen, sei sachfremd und stehe nicht im Einklang mit den Grundsätzen der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG). Auskunft über die Typizität einer bestimmten Leistung könne nur das Verhältnis der Leistungserbringer zur Gesamtzahl der Vergleichsgruppe geben. Einen gedanklichen Fehler enthielten die Ausführungen des SG zu den Diabetespatienten; deren Herausnahme führe zu einer statistisch höheren Frequenz, die in der Vergleichsgruppe zur Reduktion des durchschnittlichen Fallwertes führen könne. Ferner sei anhand mehrerer Beispiele substantiiert dargelegt, dass der gerügte diagnostische Mehraufwand bei den sonographischen Leistungen einen Minderaufwand insbesondere bei den veranlassten Leistungen nach sich ziehe. Die Darlegungslast werde überzogen, wenn bei mehr als 1.000 Leistungen pro Quartal in jedem einzelnen Fall der Nachweis kompensatorischer Einsparungen gefordert würde. Der Überschreitung des statischen Durchschnittswert komme vorliegend nicht die Bedeutung eines Anscheinsbeweises zu; denn der Beklagte habe ihre Behandlungsweise in den Vorquartalen einer repräsentativen Einzelfallprüfung unterzogen und sei zu dem Ergebnis gelangt, dass Anhaltspunkte für eine Unwirtschaftlichkeit in keinem der geprüften Fälle zu erkennen war.

Die Kläger beantragen,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 24.04.2002 abzuändern und den Beklagten unter Aufhebung des Bescheides vom 17.09.2001 (Beschluss vom 12.07.2001) zu verurteilen, über die Widersprüche gegen die Bescheide des Prüfungsausschusses vom 24.10.2000 sowie vom 29.01.2001 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichtes neu zu entscheiden.

Der Beklagte und die Beigeladene zu 3) beantragen,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte trägt u.a. vor, mit dem ab Quartal III/1993 eingeführten Anwendervergleich werde der einzelne Arzt bezüglich jeder Leistung mit einer rechnerisch ermittelten Fachgruppe verglichen, die ebenso arbeite wie er. Wenn zusätzlich zu diesem bereits verfeinerten Vergleich die Gruppe der Internisten noch in 12 weitere Untergruppen eingeteilt werde, so sei ein hohes Maß an Homogenität bei den einzelnen Vergleichsgruppen erreicht. Wenn sich jeder Arzt auf seine individuelle Arbeitsweise beziehe, wäre praktisch in keiner Gruppe ein Vergleich möglich. Individuellen Arbeitsweisen werde dadurch Rechnung getragen, dass Vergleichsbetrachtungen erst ab bestimmten Überschreitungsgrößen angestellt würden. Der Hinweis der Kläger auf die Überschreitungsgrößen angestellt würden. Der Hinweis der Kläger auf die Leistung nach Nummer 398 sei nicht nachzuvollziehen, da diese Leistung in keine Kürzung einbezogen worden sei. Gleiches gelte hinsichtlich der Diabetesfälle; denn entsprechende Laborleistungen seien von keiner Kürzungsmaßnahme betroffen. Schließlich könnten sich die Kläger nicht auf die durchgeführten Einzelfallprüfungen berufen; durch diese könne die Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise nicht nachgewiesen werden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakten, die Verwaltungsvorgänge des Beklagten und die Akten des SG Düsseldorf S 33 KA 149/99, S 33 KA 252/99 sowie S 17(25) KA 281/00 ER Bezug genommen. Diese sind Gegenstand mündlicher Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist nicht begründet.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die Kläger sind durch die angefochtene Entscheidung des Beklagten nicht beschwert, da diese rechtmäßig ist.

Zur Begründung verweist der Senat auf die zutreffenden Gründe des angefochtenen Urteils ([§ 153 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG)) und führt ergänzend aus:

Zutreffend haben die Kläger bereits im Widerspruchsverfahren darauf hingewiesen, ihnen sei vor den Entscheidungen des Prüfungsausschusses keine Gelegenheit zur Stellungnahme zu den Prüfungsanträgen gewährt worden (§ 19 Abs. 2 Satz 1 der Vereinbarung zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung in Nordrhein gemäß [§ 106](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) - Prüfvereinbarung). Die Bescheide des Prüfungsausschusses vom 24.10.2000 bzw. 29.01.2001 beruhen auf am 28.08.2000 bzw. 30.11.2000 gefassten Beschlüssen; die Prüfanträge wurde den Kläger jedoch erst später, nämlich am 29.08.2000 bzw. 01.12.2000 zur Kenntnis

gebracht. Allerdings werden dadurch die Beschlüsse des Prüfungsausschusses nicht nichtig. Denn es liegt kein besonders schwerwiegender Fehler im Sinne von [§ 40 Abs. 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) vor, da den Klägern durch das Vorgehen des Prüfungsausschusses nicht die Möglichkeit genommen wurde, ihre Argumente dem Prüfungsausschuss vorzutragen (s. dazu auch Beschluss des LSG NRW vom 22.05.2001 - L [11 B 8/01](#) KA -). Dementsprechend regelt [§ 19 Abs. 2 Satz 2](#) Prüfvereinbarung, dass der betroffene Vertragsarzt seinen Anspruch auf rechtliches Gehör auch durch Widerspruch gegen den Prüfbescheid im Abhilfeverfahren geltend machen kann (s. dazu auch [§ 41 SGB X](#)).

Rechtsgrundlage für Honorarkürzungen wegen unwirtschaftlicher Behandlungs- oder Ordnungsweise ist [§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#). Danach wird die Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten beurteilt. Nach den hierzu von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen ist die statistische Vergleichsprüfung die Regelprüfmethode (st. Rspr., vgl. z.B. [BSGE 84, 85, 86 = SozR 3-2500 § 106 Nr. 47](#); BSG SozR a.a.O. Nr. 55). Die Abrechnungswerte des Arztes werden mit denjenigen der Fachgruppe oder einer nach verfeinerten Kriterien gebildeten engeren Vergleichsgruppe im selben Quartal verglichen. Ergibt die Prüfung, dass der Behandlungsaufwand des Arztes je Fall bei dem Gesamtfallwert, bei Sparten- oder Einzelleistungswerten (BSG SozR a.a.O. Nr. 15) in offensichtlichem Missverhältnis zum durchschnittlichen Aufwand der Vergleichsgruppe steht, ihn nämlich in einem Ausmaß überschreitet, das sich im Regelfall nicht mehr durch Unterschiede in der Praxisstruktur oder in den Behandlungsnotwendigkeiten erklären lässt, hat dies die Wirkung eines Anscheinsbeweises der Unwirtschaftlichkeit (st. Rspr. vgl. z.B. BSG SozR a.a.O. Nr. 50; SozR a.a.O. Nr. 51; SozR a.a.O. Nr. 55).

Der Beklagte hat vorliegend das Behandlungs- und Abrechnungsverhalten der Kläger nach der Methode des statistischen Vergleichs geprüft und die fachärztlichen Internisten (Vergleichsgruppe 19 Untergruppe B) im Bezirk der Beigeladenen zu 8. als Vergleichsgruppe herangezogen. Auf dieser Grundlage hat er ermittelt, dass in den Quartalen II und III/2000 bei den Grundleistungen (Nrn. 2, 17, 18 und 60), den Sonderleistungen (Nrn. 378 und 384) sowie den Leistungen "Innere Medizin" (Nrn. 668, 686, 687 und 689) Überschreitungen gegenüber dem Durchschnitt der Vergleichsgruppe um 122 bis 489 % bestehen. Im Rahmen des ihm zukommenden Beurteilungsspielraums hat der Beklagte im Einklang mit der Rechtsprechung derartige Überschreitungen dem Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses zugeordnet (z.B. BSG a.a.O. Nr. 15).

Die hiergegen gerichteten Angriffe der Kläger gehen fehl.

Zutreffend hat der Beklagte die Vergleichsgruppe 19 Untergruppe B der Prüfvereinbarung herangezogen. Der Prüfung nach Durchschnittswerten liegt die Annahme zugrunde, dass die Vergleichsgruppe im Durchschnitt insgesamt wirtschaftlich handelt ([BSGE 84, 85, 86 = SozR a.a.O. Nr. 47](#); SozR a.a.O. Nr. 49; BSG, Urteil vom 27.06.2001 - [B 6 KA 43/00 R](#) -). Ausgehend von einem bestimmten, empirisch ermittelten Behandlungs- und Abrechnungsverhalten einer Gruppe von Ärzten wird untersucht, wie sich das Leistungsverhalten des betroffenen Arztes zu diesem verhält. Dieser Prüfung ist die Grundlage nur dann entzogen, wenn der Vergleich mit den durchschnittlichen Abrechnungswerten der Vergleichsgruppe zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit ungeeignet ist. Deshalb muss die jeweilige Vergleichsgruppe aus Ärzten bestehen, die ein annähernd gleichartiges Patientengut versorgen und im Wesentlichen dieselben Erkrankungen behandeln, weil nur unter dieser Voraussetzung der durchschnittliche Behandlungsaufwand der Arztgruppe geeigneter Maßstab für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungstätigkeit eines Angehörigen dieser Arztgruppe ist. Beschränkt sich die Prüfung auf einzelne Leistungspositionen, muss die Vergleichsgruppe so gewählt werden, dass aufgrund gemeinsamer Tätigkeitsmerkmale der ihr angehörenden Ärzte ein vergleichbarer Bedarf gerade bei den in Rede stehenden Leistungen zu erwarten ist. Das bedeutet jedoch nicht, dass jede abweichende Behandlungsausrichtung oder sonstige individuelle Besonderheit einer Arztgruppe stets zur Bildung einer engeren Vergleichsgruppe nötig ist. Auf die Bildung einer besonderen, engeren Vergleichsgruppe kann dann nicht verzichtet werden, wenn die jeweils maßgebenden Leistungsbedingungen so verschieden sind, dass von einem statistischen Vergleich von vornherein keine verwertbaren Aussagen über die Wirtschaftlichkeit oder Unwirtschaftlichkeit einer Leistung oder eines Leistungskomplexes zu erwarten sind (BSG SozR a.a.O. Nr. 36; BSG, Urteil vom 10.5.2000 - [B 6 KA 25/99 R](#) -). Davon wird u.a. auszugehen sein, wenn die Praxisausrichtung des betroffenen Arztes mit derjenigen der Vergleichsgruppe so wenig vereinbar ist, dass ein rein statistischer Vergleich keine zutreffenden Hinweise auf die Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise des betroffenen Arztes geben kann, oder wenn sich die Vermutung einer wirtschaftlichen Behandlungstätigkeit der Arztgruppe im Einzelfall als unzutreffend erweist ([BSGE 84, 85, 86, 87 = SozR a.a.O. Nr. 47](#)).

Die Ausrichtung der klägerischen Praxis entspricht der Vergleichsgruppe.

Mit Wirkung zum 01.10.1999 haben die Beigeladenen zu 1) bis 8) im 6. Nachtrag zur Prüfvereinbarung vom 26.10.1993 die Prüfuntergruppen neu gefasst (Rhein. Ärzteblatt 12/99, 61, 64). Dabei haben sie die Fachgruppe 19 (Internisten) in fünf Untergruppen (UG) für Vertragsärzte, die spezielle internistische Leistungen erbringen (UG 2 bis 6), vier weitere Untergruppen für Internisten mit Schwerpunktbezeichnungen (UG 6 bis 8, C) und eine Untergruppe für onkologisch verantwortliche Ärzte (UG A) sowie zwei Untergruppen, nämlich für fachärztlich tätige Vertragsärzte, sofern diese nicht den UG 6, 7, 8, A oder C angehören (UG B) und für internistische Vertragsärzte, die keiner anderen Gruppe zuzuordnen sind, (UG 1), unterteilt.

Dass die Kläger danach der Untergruppe B, also den fachärztlich tätigen Internisten, die keinen Schwerpunkt Kardiologie, Gastroenterologie, Rheumatologie und Nephrologie aufweisen bzw. nicht onkologisch tätig sind, zugehören, steht außer Zweifel und wird von ihnen auch nicht in Abrede gestellt. Soweit sie einwenden, bei der Untergruppe B handele es sich um eine ausschließlich nach Negativkriterien gebildete Gruppe von Ärzten, die sich keiner anderen Untergruppe zuordnen lassen, ergibt sich daraus gerade nicht die behauptete Inhomogenität. Es entspricht der gängigen Deduktionsmethodik, Sondertatbestände zu erfassen und sodann für den verbleibenden Rest einen Auffangtatbestand zu bilden, nämlich hier für fachärztlich tätige Internisten, die keinen Tätigkeitsschwerpunkt haben bzw. keine Tätigkeitsbesonderheiten aufweisen und die damit insoweit miteinander vergleichbar sind.

Bereits die Unterteilung in 12 Untergruppen lässt den Schluss auf eine hinreichend zuverlässige Vergleichsprüfung zu. Zusätzlich hat der Beklagte noch eine weitere Verfeinerung des Vergleichsmaßstabes dadurch herbeigeführt, dass er auf der Grundlage des [§ 9 Abs. 3 Ziffer 3](#) Prüfvereinbarung einen modifizierten Vergleichsgruppendurchschnitt gebildet hat. Er hat die Abrechnungen der Kläger nicht mit den Werten aller Internisten der Untergruppe B verglichen, sondern einen anwenderbezogenen Vergleich durchgeführt. Hierbei fließen in die Vergleichsgruppenwerte zu jeder einzelnen abgerechneten Leistung des Arztes nur die Abrechnungshäufigkeiten mit den zugrunde liegenden Fallzahlen derjenigen Ärzte der Vergleichsgruppe ein, die die jeweilige Leistung ebenfalls abgerechnet haben. Der 11. Senat des

LSG NRW hat dazu bereits - unter Hinweis auf die Rechtsprechung (BSG vom 08.04.1992 - SozR a.a.O. Nr. 11 und 13) - ausgeführt, dass der anwenderbezogene Vergleich grundsätzlich eine taugliche Methode sei, um mittels eines verfeinerten Vergleichsmaßstabs systembedingte statistische Unschärfen (teilweise) aufzufangen. Denn unter der Voraussetzung, dass die neue, engere Vergleichsgruppe weiterhin eine für die statistische Vergleichsbetrachtung hinreichend große Zahl an Ärzten umfasse, könne mit Hilfe dieser Methode die Vergleichsbasis so weit verbessert werden, dass verlässliche Aussagen zur Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Tätigkeit möglich sind (Urteil vom 25.11.1997 - L 11 Ka 132/97 - und vom 03.12.1997 - L 11 KA 145/96 -). Dieser Rechtsprechung schließt sich der erkennende Senat - nach eigener Prüfung und Meinungsbildung - an.

Die im anwenderbezogenen Vergleich ermittelte Vergleichsgruppe ist mit 23 Anwendern (Nr. 384 im Quartal III/2000) bis hin zu 85 Anwendern (Nr. 2 im Quartal II/2000) zur Ermittlung des Durchschnittswerts ausreichend groß. Sinn und Zweck einer hinreichenden Vergleichsgruppengröße ist die Vermeidung zufälliger Ergebnisse. Diese Ziele werden mit der Gruppengröße von mindestens 23 Ärzten erreicht (s. dazu BSG SozR 5500 § 14 Nr. 2; SG Dortmund Urteil vom 22.05.1980 - S 22 Ka 11/78 -). Auch die Kläger haben keine gegenteiligen Umstände aufzuzeigen vermocht. Die von ihnen angeführte Nr. 398 ist ebenso wie die Abrechnung von Labor- bzw. sonstigen speziellen Leistungen für Diabetespatienten keiner Kürzung unterzogen, so dass sich Ausführungen zu der Frage erübrigen, ob vier Anwender noch eine hinreichend große Vergleichsgruppe darstellen.

Wenn die Kläger darüber hinaus beanstanden, das SG habe sich auf die Feststellung beschränkt, bei den gekürzten Leistungspositionen handele es sich um für fachärztlich tätiger Internisten typische Leistungen, dies hätte aber näher darlegt werden müssen, kann auch dem nicht gefolgt werden. Das SG ist zutreffend davon ausgegangen, dass es sich um typische Leistungen fachärztlich tätigen Internisten handelt. Mangels entgegenstehenden Vorbringens der Kläger, die dies übrigens auch im Berufungsverfahren nicht weiter substantiiert haben, konnte auf weitere Ausführungen dazu verzichtet werden. Bereits aus der Systematik des EBM (Kapitel F - Innere Medizin) ergibt sich für die Nrn. 668, 686, 687 und 689 zwangsläufig die "internistische" Typik. Die Leistungen aus dem Kapitel B. I sind Grundleistungen, die wie nahezu in jeder Fachgruppe auch bei Internisten - wie auch die Frequenztabelle belegt - anfallen. Gleiches gilt hinsichtlich der Sonderleistungen des Kapitels C.

Soweit der Beklagte - im Rahmen der sog. intellektuellen Prüfung - auch daraus, dass die Kläger den Gesamtfallwert der Vergleichsgruppe um 58% bzw. 46% überschreiten, auf eine unwirtschaftliche Behandlungsweise geschlossen hat, ist die Grenze des ihm zustehenden Beurteilungsspielraums nicht überschritten. Dieser Aspekt gibt nämlich relativ zuverlässige Hinweise, ob Abrechnungsauffälligkeiten lediglich Ausdruck einer bestimmten therapeutischen Konzeption des Arztes sind oder - zumindest auch - einen unwirtschaftlichen Aufwand belegen (BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr. 6](#); BSG SozR a.a.O. Nr. 15). Wenn nur eine untypische Behandlungsausrichtung vorliegt, müssten deutlichen Überschreitungen bei bestimmten Leistungen Minderaufwendungen bei anderen Leistungen, die für die Arztgruppe prägend sind, gegenüberstehen. Daraus könnte geschlossen werden, dass der betroffene Arzt mit einem vergleichbaren Aufwand wie die Ärzte seiner Fachgruppe nur unter Bevorzugung bestimmter, nicht allgemein üblicher Behandlungsweisen vorgeht. Deutliche Überschreitungen beim Gesamtfallwert weisen jedoch darauf hin, dass der betroffene Arzt die für sein Fachgebiet typischen Gesundheitsstörungen zwar möglicherweise mit etwas anderer Schwerpunktsetzung als der Durchschnitt der Vergleichsgruppe, vor allem aber kostenaufwendiger behandelt (BSG Urteil vom 11.12.2002 - [B 6 KA 1/02 R](#) -).

Entgegen der Auffassung der Kläger wird das durch die statistische Vergleichsprüfung gewonnene, mittels intellektueller Prüfung bestätigte Ergebnis der Unwirtschaftlichkeit nicht dadurch widerlegt, dass der Beklagte ihre Behandlungsweise in den Vorquartalen einer Einzelfallprüfung unterzogen und keinen Anlass zu Beanstandungen gefunden hat. Das Ergebnis einer Einzelfallprüfung ist seiner Aussagekraft nach begrenzt. Es wird nämlich nur die Schlüssigkeit der von dem Arzt durchgeführten Behandlungen auf Grund seiner Behandlungsangaben und -unterlagen geprüft; eine Vergleichsbetrachtung zur Behandlungsweise anderer Ärzte findet hingegen nicht statt. Aufgrund einer Einzelfallprüfung kann deshalb nur eine unwirtschaftliche Behandlung eines Arztes nachgewiesen werden; mit ihr kann jedoch - umgekehrt - nicht der Nachweis der Wirtschaftlichkeit geführt werden (s. Peikert in Schnapp/Wigge, Handbuch des Vertragsarztrechts, 1. Auflage, 2002, § 18 Rdn. 28).

Ebenfalls ist im Ergebnis die Beurteilung des Beklagten nicht zu beanstanden, dass bei den Klägern keine kompensierenden Minderaufwendungen vorliegen, die im Rahmen der gebotenen Gesamtbetrachtung ggf. "gegengerechnet" werden könnten. Der entsprechend den Regeln des Anscheinsbeweises erbrachte Nachweis der Unwirtschaftlichkeit (s.o.) ist nur zu widerlegen, wenn Besonderheiten der Praxis einen Mehraufwand rechtfertigen oder der Mehraufwand in den betroffenen Leistungsbereichen kausal einen Minderaufwand in anderen Bereichen bedingt (vgl. nur BSG SozR 2200 § 368 n RVO Nr. 43). Dass der Beklagte davon ausgehend zu Unrecht Praxisbesonderheiten bzw. kompensatorische Einsparungen nicht berücksichtigt hat, ist nicht zu erkennen.

Als Praxisbesonderheiten des geprüften Arztes kommen nur solche Umstände in Betracht, die sich auf das Behandlungs- oder Ordnungsverhalten des Arztes auswirken und in den Praxen der Vergleichsgruppe typischerweise nicht oder nicht in derselben Häufigkeit anzutreffen sind. Für die Anerkennung einer Praxisbesonderheit ist es deshalb nicht ausreichend, dass bestimmte Leistungen in der Praxis eines Arztes erbracht werden (BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr. 27](#)); Praxisbesonderheiten sind vielmehr nur solche Umstände, die aus der Patientenstruktur herrühren und nicht arztbezogen sind (LSG NRW Urteile vom 24.04.1996 - L 11 RKA 82/95 -, vom 12.06.1996 - L 11 Ka 42/95 -, vom 25.11.1998 - [L 11 KA 57/98](#) - und vom 14.04.1999 - L 11 KA 117/98 -). Es ist weder von den Klägern dargetan noch erkenntlich, inwiefern sich ihre Praxis gerade in Bezug auf die aufgezeigten Merkmale von den anderen Praxen der Vergleichsgruppe unterscheidet, d.h. inwiefern wegen einer von der Vergleichspraxis abweichenden Zusammensetzung des Patientengutes signifikant gehäuft die beanstandeten Leistungen angefallen sind.

Wenn die Kläger insbesondere zu den von ihnen überdurchschnittlich abgerechneten Sonographie-Leistungen darauf verweisen, sie hätten dadurch andere Leistungen eingespart, die andere Ärzte der Vergleichsgruppe bei vergleichbaren Erkrankungen erbracht hätten (CT, MRT, Angiographie, Röntgen o.a.), genügt dies ihrer Darlegungspflicht nicht. Da eine umfassende Wirtschaftlichkeit in jedem Teilbereich vorliegen muss, kann ein Mehraufwand in einem Bereich im Hinblick auf anderweitige Einsparungen nur dann hingenommen werden, wenn belegt bzw. nachgewiesen wird, dass gerade durch den Mehraufwand die Einsparungen erzielt werden und dass diese Behandlungsart medizinisch gleichwertig sowie auch insgesamt kostensparend und damit wirtschaftlich ist. Weiterhin muss aufgezeigt werden, aufgrund welchen methodischen Zusammenhanges durch welche vermehrten Leistungen der Arzt in welcher Art von Behandlungsfällen aus welchem Grund welche Einsparungen erzielt hat. Ferner müssen die erbrachten Leistungen medizinisch gleichwertig sein und schließlich muss der

Kostenvergleich ergeben, dass der Mehraufwand insgesamt nicht höher ist als die anderweitig erzielten Einsparungen (BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr. 42](#) m.w.N.). Zwar ist der Beklagte verpflichtet, den Sachverhalt von Amts wegen aufzuklären ([§ 20 Abs. 1 SGB X](#), vgl. auch BSG vom 08.04.1992 - 6 RKA 27/90 - und vom 09.03.1994 - [6 RKA 18/92](#) -) und die bekannten bzw. unschwer erkennbaren tatsächlichen Umstände zu berücksichtigen. Diese Pflicht endet indessen, soweit es um Umstände geht, die nur mit hohem Aufwand zu ermitteln wären oder aber nur dem betreffenden Arzt bekannt sind. Insoweit obliegt ihm die Darlegungs- und Nachweislast. So liegt es hier. Nach Aktenlage sind keinerlei Umstände ersichtlich, die es rechtfertigen könnten, Überschreitungen eines Leistungsbereichs durch Unterschreitungen eines anderen Leistungsbereichs von Amts wegen zu kompensieren. Deswegen müssen die Kläger das Vorliegen der Einsparungen, den methodischen Zusammenhang mit dem Mehraufwand, die medizinische Gleichwertigkeit und die kostenmäßigen Einsparungen darlegen und ggf. nachweisen. Das bedeutet nicht, dass sie alle Einzelfälle anführen und medizinisch erläutern müssen; entscheidend ist vielmehr die strukturelle Darlegung der methodischen Zusammenhänge und der medizinischen

Gleichwertigkeit. Davon ausgehend ist das Vorbringen der Kläger nicht geeignet, kompensatorische Einsparungen aufzuzeigen. Der Beklagte hat nämlich zu Recht darauf hingewiesen, dass sich der Vortrag der Kläger lediglich darin erschöpft, dass nahezu für jede ärztliche Untersuchungsmethode eine andere, weitergehende und teurere Untersuchungsmethode existiert, die eingespart werden kann, wenn die einfachere und billigere Untersuchungsmethode angewandt wird.

Die Kostentenscheidung beruht auf [§§ 183, 193 SGG](#) in der Fassung bis zum 01.01.2002.

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

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2010-01-14