

L 11 Ka 82/95

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

11
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 2 Ka 108/94
Datum
26.04.1995
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 Ka 82/95
Datum
24.04.1996
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum
-
Kategorie
Urteil

-

Datum

-

Auf die Berufung des Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 26.04.1995 abgeändert. Die Klage wird abgewiesen. Die Kläger tragen die außergerichtlichen Kosten des Beklagten für beide Rechtszüge. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um Honorarkürzungen für die Quartale IV/90, I/91 und IV/91.

Der als Arzt für Allgemeinmedizin in E seit dem 01.10.1990 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Kläger zu 1) führt ab dem 01.04.1991 eine Gemeinschaftspraxis mit der Klägerin zu 2), die als praktische Ärztin zugelassen ist.

Der Kläger zu 1) behandelte im Quartal IV/90 177 Primärkassenversicherte gegenüber 844 im Schnitt der Vergleichsgruppe. Der Anteil an Familienfällen überschritt um 10 %, der Rentneranteil lag um 15 % unter dem Vergleichswert. Gemessen an der Vergütungsgruppe 80 (Untergruppe 6) überschritten die Gesamtleistungen um 83 % und die Sonderleistungen um 253 %. Mit Bescheid vom 06.05.1991 kürzte der Prüfungsausschuß die Sonderleistungen um 20 %. Den hiergegen gerichteten Widerspruch begründete der Kläger zu 1) damit, daß er Facharzt für Anästhesiologie sei, eine vorwiegend auf die Behandlung chronisch Schmerzkranker subspezialisierte Allgemeinpraxis führe und die fachanästhesiologische Versorgung chirurgischer Praxen vornehme. Daher müsse er mit Praxen der gleichen Fachspezialität und Praxisbesonderheit verglichen werden. Im Quartal I/91 behandelte der Kläger zu 1) 293 Primärkassenversicherte zu 826 im Schnitt. Die Familienfälle überschritten um 8 %, der Rentneranteil lag um 12 % unter dem Durchschnitt. Die Gesamtleistungen überschritten um 74 % und die Sonderleistungen um 266 %. Der Prüfungsausschuß kürzte mit Bescheid vom 26.07.1991 die Sonderleistungen um 20 %. Im Quartal IV/91 behandelten die Kläger 503 Primärkassenversicherte zu 861 in der Vergleichsgruppe. Der Anteil an Familienfällen lag um 7 % über dem Schnitt. Der Rentneranteil entsprach dem des Quartals I/91. Die Gesamtleistungen lagen um 56 % und die Sonderleistungen um 239 % über dem Vergleichswert. Der Prüfungsausschuß kürzte mit Bescheid vom 30.04.1992 die Sonderleistungen um 20 %. Gegen den Bescheid vom 26.07.1991 legte der Kläger zu 1) und gegen den Bescheid vom 30.04.1992 auch die Klägerin zu 2) Widerspruch ein, weil die fachanästhesiologischen und schmerztherapeutischen Tätigkeiten nicht hinreichend berücksichtigt worden seien. Mit Bescheid vom 16.11.1992 beschloß der Prüfungsausschuß, die Leistungen nach den Gebührennummern 425, 430, 431, 440, 445, 455, 461, 470, 471, 480, 481, 485, 486, 487, 488, 490 und 495 sowie 1/3 der Infusionen nach den Gebührenordnungsnummern 271 und 272 als Praxisbesonderheit zu werten. Es verbleibe eine Restüberschreitung von 60 %, die im Bereich des offensichtlichen Mißverhältnisses liege. Für eine weitergehende Abhilfe sah der Prüfungsausschuß keine Möglichkeiten. Der Beklagte holte einen Prüfbericht des praktischen Arztes Dr. F ein und wies die Widersprüche der Kläger mit Bescheiden vom 24.05.1994 zurück. Er berücksichtigte als objektive Praxisbesonderheiten lediglich den abweichenden Anteil an Rentnerfällen, an Überweisungsfällen sowie in den Quartalen IV/90 und I/91 die Notdienst- und Vertretungsfälle. Ein überdurchschnittliches Leistungsspektrum stelle keine die Mehrkosten rechtfertigende Praxisbesonderheit dar, denn entscheidend sei, welche Krankheitsbilder zu behandeln gewesen seien. Insoweit habe nur ein fachgruppentypisches Morbiditätsspektrum ohne erkennbare Häufung schwerer Fälle festgestellt werden können. Unter Berücksichtigung der kurzen Niederlassungszeit und der unterdurchschnittlichen Fallzahlen sowie der Praxisbesonderheiten sei die Grenze zum offensichtlichen Mißverhältnis in den Quartalen IV/90 und I/91 auf +80 % und im Quartal IV/91 auf +60 % festzusetzen.

Mit ihrer Klage haben die Kläger die fehlende Sachkunde der Mitglieder des Beklagten sowie die kurze Gesamtverhandlungsdauer der Sitzung des Beklagten gerügt. Die Vergleichsgruppe sei falsch gewählt worden. Es müßten nicht nur Ausbildung und Fachkenntnisse, sondern auch die durch die Ausbildung in Verbindung mit Sachmitteln ermöglichten und tatsächlich durchgeführten besonderen Leistungen berücksichtigt werden. Die geringen Fallzahlen, das inhomogene Krankengut sowie der Umstand der Praxisneugründung seien nicht hinreichend beachtet worden.

Das Sozialgericht Düsseldorf hat den Beklagten durch Urteil vom 26.04.1995 unter Aufhebung der Bescheide vom 24.05.1994 verpflichtet, über die Widersprüche der Kläger gegen die Bescheide des Prüfungsausschusses vom 06.05.1991, 26.07.1991 und 30.04.1992 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden. Fehlerhaft sei es, daß der Beklagte weitere Praxisbesonderheiten unberücksichtigt gelassen habe. Die Häufigkeit der klägerischen Sonderleistungen liege deutlich über dem Durchschnitt. Diese Leistungen hätte der Beklagte nach Quantifizierung herausrechnen müssen. Es habe hinreichend Veranlassung für den Beklagten bestanden, anhand der Frequenztabelle zu prüfen, welche der in Betracht kommenden Gebührenordnungspositionen angesichts ihrer Häufigkeit so wesentlich über dem durchschnittlichen Anteil in der Vergleichsgruppe liegen würden, daß allein dies ein spezifisches Qualitätsmerkmal der klägerischen Arztpraxis darstelle.

Der Beklagte macht mit seiner Berufung geltend, es sei nicht seine Aufgabe, spezifische Qualitätsmerkmale einer geprüften Praxis festzustellen, sondern Praxisbesonderheiten im Sinn der Rechtsprechung nachzugehen. Der Hinweis auf die vermeintliche Aussagekraft der Frequenztabelle sei nicht nachvollziehbar, denn nach der Rechtsprechung des Landessozialgerichts würden Frequenztabelle allenfalls etwas zur Arbeitsweise des Arztes und seinem Abrechnungsverhalten, nicht hingegen über Praxisbesonderheiten aussagen. Hinter der Häufigkeit der abgerechneten Ziffern könne sich gerade eine Unwirtschaftlichkeit verbergen. Die Überprüfung der Leistungsblätter durch den Referenten habe ergeben, daß ein fachgruppentypisches Morbiditätsspektrum ohne erkennbare Häufung schwere Fälle vorliege. Das Überschreiten bestimmter Gebührenordnungsziffern in besonderem Maße belege allenfalls etwas über die von den Klägern bevorzugte Therapiemethode. Im Rahmen der Therapiefreiheit stehe ihnen dies zwar zu, indessen dürfe die Behandlung dadurch nicht teurer werden als bei der Vergleichsgruppe, da davon auszugehen sei, daß diese die Patienten gleichfalls ausreichend betreue. Die Überschreitung der schmerztherapeutischen Gebührenordnungsziffern sei bei dieser Sachlage nur gerechtfertigt, wenn dadurch andere Leistungen eingespart oder aber die Kläger nachweisen würden, daß sie schmerztherapeutische Leistungen selbst erbringen, hingegen in der Vergleichsgruppe üblicherweise an andere Ärzte überwiesen werde. Hierzu sei allerdings bislang nichts vorgetragen worden. Im übrigen obliege es den Klägern, nicht nur Praxisbesonderheiten zu behaupten, sondern durch einen entsprechenden Sachvortrag so zu verdeutlichen, daß dies nachvollziehbar werde.

Der Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 26.04.1995 abzuändern und die Klage abzuweisen.

Die Kläger beantragen,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie sind der Auffassung, spezielle Schmerztherapien seien eine Praxisbesonderheit. Die Schmerzforschung habe ergeben, daß die vertragsärztliche Versorgung chronisch Schmerzkranker in der Bundesrepublik Deutschland nicht ausreiche. Sie werde vom Durchschnitt der praktischen Ärzte nur unzureichend wahrgenommen, deswegen sei jeder Vergleich mit dieser Fachgruppe absurd. Bei qualifizierten Schmerztherapeuten müsse es insbesondere bei den Sonderleistungen zu Abweichungen von der Fachgruppe der praktischen Ärzte kommen. Soweit es die operativen Anästhesien und Schmerztherapien angehe, komme nur ein Vergleich mit der Fachgruppe der Anästhesisten in Betracht.

Hinsichtlich des Sach- und Streitstandes im übrigen nimmt der Senat Bezug auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsvorgänge des Beklagten. Diese waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung des Beklagten ist begründet.

Das Sozialgericht hat zu Unrecht den Bescheid vom 24.05.1994 aufgehoben und den Beklagten zur Neubescheidung verpflichtet. Der Bescheid ist nach den vom Sozialgericht dargelegten Grundsätzen über die gerichtliche Überprüfbarkeit von Entscheidungen der Wirtschaftlichkeitsprüfungsgremien entgegen der Auffassung des Sozialgerichts nicht zu beanstanden.

Auf die Ausführungen des Sozialgerichts zu den rechtlichen Grundsätzen des Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahrens nimmt der Senat gem. [§ 153 Abs. 2 SGG](#) Bezug. Ergänzend weist der Senat die Kläger darauf hin, daß der Vertragsarzt grundsätzlich berechtigt ist, die ihm geeignet erscheinenden Untersuchungs- und Behandlungsmethoden anzuwenden und damit auch in der vertragsärztlichen Versorgung der Grundsatz der Therapiefreiheit gilt; indessen darf der Arzt nicht zu Lasten der Krankenkasse Überflüssiges veranlassen oder Untersuchungs- oder Behandlungsmaßnahmen durchführen, die aufwendiger sind als andere, die denselben Zweck erfüllen (BSG SozR 2200 § 368n RVO Nr. 19, Nr. 31; vgl. Senatsurteil vom 21.09.1988 - L 11 Ka 96/87 -). Unbeschadet einer besonderen Praxiseinrichtung hat jeder Vertragsarzt das Maß des Notwendigen einzuhalten, das Gebot der Wirtschaftlichkeit zu beachten und hierauf seine Behandlungs- und Verordnungsweise einzustellen (Senatsurteil vom 25.01.1989 - L 11 Ka 35/88 -). Der Grundsatz der Therapiefreiheit wird insoweit durch den gleichrangigen Grundsatz der Wirtschaftlichkeit begrenzt (Beschluss des Senats vom 22.04.1996 - L 11 Ka 94/95 -).

Den Ausführungen des Sozialgerichts zur Bildung der Vergleichsgruppe tritt der Senat bei. Daß der Kläger zu 1) auch die Fachgebietsbezeichnung "Arzt für Anästhesiologie" führt, zwingt den Beklagten nicht, ihn einer besonderen Vergleichsgruppe zuzuordnen, denn maßgeblich ist grundsätzlich allein, für welches Fachgebiet der Vertragsarzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist. Die Vergleichsgruppe muß allerdings hinreichend groß und in sich homogen sein. Insoweit müssen die wesentlichen Leistungsbedingungen des geprüften Arztes mit denen der verglichenen Ärzte übereinstimmen (BSG SozR 2200 § 368n RVO Nr. 45). Der Beklagte hat dem insoweit Rechnung getragen, als er die Kläger der Vergleichsgruppe 80/Untergruppe 6 der Allgemeinärzte zugeordnet hat. Allein der Hinweis darauf, daß die Ziffern 410 ff BMÄ nur von wenigen Ärzten der Vergleichsgruppe abgerechnet werden, belegt keine Inhomogenität (BSG vom 15.11.1995 - [6 RKA 58/94](#) -). Dennoch wäre es nicht von vornherein fehlerhaft, wenn der Beklagte die Kläger mit der Fachgruppe der Anästhesisten oder Schmerztherapeuten hinsichtlich der atypischen Leistungsziffern vergleichen würde, denn es besteht die Möglichkeit, für eine bestimmte Leistungssparte einen anderen Vergleichsmaßstab zu wählen (BSG SozR 2200 § 368n RVO Nr. 3a: Vergleich der Laborleistungen eines Allgemeinarztes mit der Fachgruppe der Internisten; vgl. auch BSG SozR 2200 § 368n RVO Nr. 31, S. 104). Rechtlich

ist der Beklagte hierzu indes nicht verpflichtet. Im Rahmen des dem Beklagten zuzubilligenden Beurteilungsspielraums ist der Vergleich der Kläger mit der Gruppe 80/Untergruppe 6 vertretbar und damit rechtmäßig. Auch die schmerztherapeutische Qualifikation des Klägers zu 1) verlangt nicht, ihn nur mit solchen allgemeinmedizinisch tätigen Ärzten zu vergleichen, die eine entsprechende Qualifikation aufweisen. Das Tätigkeitsfeld der praktischen Ärzte und der Ärzte für Allgemeinmedizin, für die keine Fachgebietsbeschränkungen gelten, stimmt wegen ihres umfassenden primärärztlichen Versorgungsauftrags weitgehend überein (BSG SozR 2200 § 368n RVO Nr. 48; BSG vom 15.11.1995 - [6 RKa 58/94](#) -). Die Notwendigkeit der Bildung engerer Vergleichsgruppen kann deshalb allenfalls dann begründet sein, wenn sich die Praxisstruktur einzelner allgemeinmedizinisch tätiger Ärzte sowohl hinsichtlich der Zusammensetzung des Patientenkontingents wie des ärztlichen Diagnose- und Behandlungsangebotes soweit von der Typik einer allgemeinärztlichen Praxis entfernt hat, daß der primärärztliche Versorgungsauftrag nicht mehr umfassend wahrgenommen werden kann (so zutreffend BSG vom 15.11.1995 - [6 RKa 58/94](#) -). Daran fehlt es. Der Beklagte hat nicht feststellen können, daß der Kläger zu 1) sich angesichts seiner spezifischen Qualifikation vergleichbar einem Arzt für Anästhesiologie auf die diesem vorbehaltenen ärztlichen Tätigkeiten spezialisiert und dann auch beschränkt hat. Er hat lediglich ermittelt, daß die Kläger bestimmte Gebührenordnungsziffern aus dem Bereich der Sonderleistungen, die indes auch von anderen Ärzten der Vergleichsgruppe erbracht werden, überdurchschnittlich häufig abrechnet. Da sich die behauptete schmerztherapeutische Ausrichtung der Behandlungsweise der Kläger unter Zugrundelegung der Feststellungen des Beklagten nicht in einer Beschränkung auf die Behandlung solcher Gesundheitsstörungen niedergeschlagen hat, die dieser Behandlung zugänglich sind, und sich auch auf die Zusammensetzung des Patientenkontingents nicht erkennbar ausgewirkt hat, besteht auch insoweit kein Anspruch der Kläger, nur mit Allgemeinmedizinern verglichen zu werden, deren Behandlungsweise ebenfalls "schmerztherapeutisch" geprägt ist (vgl. BSG vom 15.11.1995 - [6 RKa 58/94](#) - "neuraltherapeutische Behandlungsweise").

Nicht zu beanstanden ist ferner, daß das Sozialgericht und der Beklagte angesichts der Fallzahlen der Kläger von mindestens 177 einen statistischen Kostenvergleich für zulässig gehalten haben (hierzu auch Senatsurteil vom 21.12.1994 - L 11 Ka 165/93 -). Rechtmäßig ist auch, daß der Beklagte die Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise nicht anhand einzelner Behandlungsfälle geprüft, sondern einen statistischen Vergleich herangezogen (hierzu BSG SozR 2200 § 368n RVO Nr. 31; BSG SozR 2200 § 368n RVO Nr. 33; Senatsurteil vom 07.08.1991 - L 11 Ka 81/89 -; vgl. auch BSG vom 15.11.1995 - [6 RKa 43/94](#) - zum Vorrang der statistischen Vergleichsprüfung unter Geltung des § 368n Abs. 5 RVO) und die Grenze zum offensichtlichen Mißverhältnis bei Überschreitungen von mehr als +80 % (Quartale IV/90 und I/91) bzw. von mehr als +60 % (Quartal IV/91) angenommen hat. Der ständigen Rechtsprechung des erkennenden Senats und des Bundessozialgerichts entspricht es auch, daß bei Überschreitungen im Bereich des offensichtlichen Mißverhältnisses im Wege des Anscheinsbeweises der Nachweis der Unwirtschaftlichkeit erbracht ist und dieser nur widerlegt werden kann, wenn Praxisbesonderheiten den Mehraufwand rechtfertigen oder der Mehraufwand in den betroffenen Leistungssparten durch einen Minderaufwand in anderen Bereichen ausgeglichen wird (vgl. nur BSG SozR 2200 § 368n RVO Nr. 31, 38 und Senatsurteil vom 13.03.1991 - L 11 Ka 20/89 -). Dem entspricht es, wenn der Beklagte den abweichenden Anteil an Rentnerfällen und Notdienst-/Vertretungsfällen sowie Überweisungsfällen (teilweise) als Praxisbesonderheit berücksichtigt hat.

Unzutreffend ist es allerdings, wenn das Sozialgericht meint, der Beklagte hätte weitere Praxisbesonderheiten berücksichtigen müssen.

Die Annahme, daß allein aus der überdurchschnittlichen Abrechnungsfrequenz einzelner Ziffern auf ein spezifisches Qualitätsmerkmal der klägerischen Praxis geschlossen werden könne, trifft nicht zu. Es mag im Einzelfall zwar 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](#) -). Das scheidet vorliegend indes aus. Grundsätzlich ist die Aussagekraft der überdurchschnittlichen Abrechnung einzelner Gebührenpositionen beschränkt, denn die eigenen Angaben eines Arztes können die unwirtschaftliche Behandlungsweise verdecken und genügen daher allein nicht, um die Vermutung der Wirtschaftlichkeit zu entkräften (BSG SozR 2200 § 368n RVO Nr. 31; vgl. auch BSG vom 15.11.1995 - [6 RKa 43/95](#) -: subjektive Bekundungen). Demgemäß kann eine überdurchschnittliche Abrechnungsfrequenz bestimmter Leistungsziffern verschiedene Ursachen haben. Sie kann durch eine besondere Praxisausrichtung, beispielsweise durch eine spezielle apparative Ausstattung oder Therapierichtung, bestimmt werden; sie kann auch auf einer besonderen Patientenstruktur oder auf einem unwirtschaftlichen oder fehlerhaften Abrechnungsverhalten des Vertragsarztes beruhen. Zwar wird in der älteren Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht immer hinreichend danach differenziert, welche Umstände als rechtserhebliche Praxisbesonderheiten in Betracht kommen, wenn z.B. eine besondere Ausrichtung der Praxis, etwa durch Schwerpunkte der Behandlungstätigkeit bestimmten Teilgebieten bzw. Fachbereichen oder eine diagnostische Praxisausrichtung, als Praxisbesonderheit angesehen wird (BSG SozR 2200 § 368n RVO Nr. 27; besondere Laborausstattung; BSG SozR 2200 § 368n RVO Nr. 19; neue Behandlungsmethoden). Diesem Ansatz folgt der Senat mit der neueren Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nur eingeschränkt. Das durch Überschreitung der Grenze zum offensichtlichen Mißverhältnis im Wege des Anscheinsbeweises bewiesene unwirtschaftliche Verhalten des Arztes kann durch den Mehraufwand ganz oder teilweise rechtfertigende Praxisbesonderheiten oder dadurch widerlegt werden, daß der Mehraufwand für einen Minderaufwand in anderen Leistungsbereichen ursächlich ist. Schon denklogisch kann das solchermaßen bewiesene unwirtschaftliche Verhalten weder durch eine besondere Praxisausstattung, noch eine besondere Ausbildung, noch durch besondere Kenntnisse oder Fähigkeiten (hierzu BSG SozR 2200 § 368n RVO Nr. 27) widerlegt werden, zumal diese Umstände auch geeignet sein können, den Arzt zu einem unwirtschaftlichen Verhalten zu verleiten. Die mit hohem Investitionsaufwand angeschaffte apparative Ausstattung muß sich rentieren und kann dazu führen, daß nicht indizierte Leistungen erbracht werden (vgl. Stiller in GK-SGB V, 1992, § 87 Rdn. 10). Indes muß dies nicht so sein. Gleichermäßen möglich ist es, daß die genannten Qualitätsmerkmale allein in medizinisch indizierten Fällen eingesetzt werden. Infolgedessen sind die apparative Ausstattung, die besondere Ausbildung usw. für sich "neutral" und belegen hinsichtlich eines unwirtschaftlichen Verhaltens des Arztes allein absolut nichts. Es müssen andere Faktoren hinzukommen. Die besondere Praxisausrichtung mag dazu führen, daß sich im Laufe der Zeit ein atypisches Patientenkontingent einstellt. Ergibt sich hieraus ein besonderer Behandlungsbedarf, der von der Typik der Vergleichsgruppe abweicht, dann ist dies die Praxisbesonderheit (Morbiditätsstruktur der Patienten), die dem Grunde nach geeignet ist, einen erhöhten Behandlungsaufwand zu rechtfertigen. Dabei setzt allerdings eine (rechtserhebliche) Praxisbesonderheit voraus, daß sie selbst mit dem Gebot der wirtschaftlichen Behandlungsweise in Einklang steht (Senatsurteil vom 26.06.1991 - L 11 Ka 64/89 -). Demgemäß besteht der den Mehraufwand rechtfertigende Grund weder in der Praxisausstattung oder der Ausbildung des Arztes, sondern darin, daß die erbrachten Leistungen zur Diagnostik und Therapie notwendig waren (BSG SozR 2200 § 368n RVO Nr. 39; Nr. 49). Entscheidend ist mithin allein, welche Leistungen die zu behandelnden Krankheiten erforderlich machen (Senatsurteil vom 26.06.1991; vgl. auch BSG [SozR 2200 § 368n Nr. 50](#): ungewöhnliche Patientenzusammensetzung; BSG SozR 2200 § 368n RVO Nr. 39; Nr. 49; BSG MedR 1996, 138 f).

Ausgehend hiervon kann aus der überdurchschnittlichen Abrechnung der Ziffern 425 ff BMÄ zunächst nur geschlossen werden, daß die Kläger entweder eine besondere Praxisausstattung oder -ausrichtung haben. Ob der Beklagte infolge der hohen Abrechnungsfrequenz

rechtlich verpflichtet ist ([§ 20 SGB X](#)), den Sachverhalt weiter aufzuklären (verneinend BSG SozR 2200 § 368n RVO Nr. 43 für weniger Krankenhauseinweisungen und Arbeitsunfähigkeitsfälle), mag dahinstehen, denn faktisch ist er dem Vorbringen der Kläger im Rahmen der zur Verfügung stehenden Möglichkeiten nachgegangen, indem er wegen der atypischen Abrechnungsfrequenz durch einen ärztlichen Referenten anhand der Eintragungen auf den Leistungsblättern hat überprüfen lassen, ob ein besonderes Klientel vorliegt. Dies hat sich nicht erweisen lassen. Diese Feststellung erscheint auch nachvollziehbar, denn die Praxis ist am 01.10.1990 gegründet worden; in den Prüfquartalen IV/90, I/91 und IV/91 konnte kaum ein atypisches Patientengut vorhanden sein. Das Vorbringen der Kläger ist nicht geeignet, den Senat vom Gegenteil zu überzeugen. Zwar mag es prinzipiell möglich sein, daß sich das Patientenlientel einer neu gegründeten Praxis dann abweichend zusammensetzt, wenn der Vertragsarzt zuvor als Krankenhausarzt tätig war und er infolge seiner speziellen Ausbildung nunmehr von vornherein von einem atypischen Patientengut in Anspruch genommen wird. Hierfür gibt es indes keinen allgemeinen Erfahrungssatz, der Beweiserleichterungen rechtfertigen könnte. Insoweit verbleibt es bei dem Grundsatz, daß es Angelegenheit des Vertragsarztes ist, entscheidungserhebliche Umstände vorzutragen, die auf eine Abweichung von der Typik der Fachgruppe schließen lassen. Er ist nicht nur gem. [§ 21 Abs. 2 SGB X](#) allgemein gehalten, bei der Ermittlung des Sachverhalts mitzuwirken, insbesondere die ihm bekannten Tatsachen und Beweismittel anzugeben; im Rahmen der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen hat er eine besondere Mitwirkungspflicht aus der Sache selbst, wie sie immer dann besteht, wenn ein Arzt sich auf ihm günstige Tatsachen berufen will und diese Tatsachen allein ihm bekannt oder nur durch seine Mithilfe aufgeklärt werden können (BSG SozR 2200 § 368n RVO Nr. 31; BSG SozR 2200 § 368n RVO Nr. 40). Dieser Mitwirkungsobliegenheit, der der Vertragsarzt grundsätzlich im Verwaltungsverfahren zu genügen hat, sind die Kläger nicht hinreichend nachgekommen. Sie hätten konkret darstellen müssen, wieviele der behandelten Patienten einer besonderen schmerztherapeutischen Behandlung bedürfen und wie sich der Behandlungsaufwand bezogen auf die Sonderleistungen bei diesen Patienten vom Aufwand bei anderen Patienten unterscheidet. Hieran fehlt es. Die Ausführungen der Kläger im Verwaltungsverfahren sind hierzu unergiebig. Der Inhalt ihrer Schreiben ist nicht geeignet, die von ihnen behaupteten Praxisbesonderheiten zu belegen. Im Schreiben vom 20.12.1992 beschränken sich die Kläger beispielsweise auf Darlegungen zur schmerztherapeutischen Behandlungssituation in Duisburg, um sodann "Praxisbesonderheiten" zu reklamieren, die sie indes lediglich in allgemeiner Form begründen.

Die Darlegungen der Kläger im Berufungsverfahren führen nicht weiter. Wiederum haben sie nicht schlüssig und substantiiert vorgetragen, welcher besondere Behandlungsaufwand nach Grund und Höhe erforderlich ist, um den atypischen Behandlungsaufwand zu rechtfertigen. Die Darstellung von Diagnose und Therapie im Fall von 19 Patienten im Schreiben vom 23.03.1996 hat lediglich beispielhaften Charakter und ist deswegen kaum geeignet, den Beweis der Unwirtschaftlichkeit zu widerlegen. Letztlich kann dies dahinstehen, denn es handelt sich um neues Vorbringen, das im gerichtlichen Verfahren nicht mehr berücksichtigt werden kann (vgl. BSG SozR 2200 § 368n RVO Nr. 57; Senatsurteil vom 19.09.1990 - L 11 Ka 43/89 -; LSG Baden-Württemberg MedR 1996, 139, 142).

Der Senat weist ergänzend auf folgende Gesichtspunkte hin:

Gegen die Auffassung der Kläger, ein atypisches Patientenlientel zu betreuen, spricht, daß die Arzneiverordnungskosten nicht mit den als Praxisbesonderheit geltend gemachten Abrechnungsziffern der Nrn. 410 ff BMÄ korrespondieren. Dies aber hätte nahegelegen, denn eine atypische und ggf. aufwendige schmerztherapeutische Behandlungsweise hätte zu signifikanten Einsparungen im Bereich der Arzneikosten führen müssen. Das ist jedoch nicht der Fall. Die Kosten der verordneten Arzneimittel unterschritten in den Quartalen IV/90 und I/91 um 22,7 % bzw. 7,8 % je Fall und lagen im Quartal IV/91 um 7,1 % je Fall über dem Vergleichswert. Im Abrechnungsvolumen der Sonderleistungen ist hingegen keine damit einhergehende Entwicklung zu verzeichnen (IV/90: +253,4 %; I/91: +265,6 %; IV/91 +239,4 %).

Der Auffassung der Kläger steht überdies entgegen, daß sich nach Quantifizierung der Abrechnungsziffern 410 ff BMÄ immer noch "bereinigte" Überschreitungen von +124,5 % (IV/90) bzw. +133,4 % (I/91) in der Sparte der Sonderleistungen ergeben. Die Kläger haben weder im Verwaltungs- noch im Gerichtsverfahren plausibel gemacht, wodurch es zu diesen hohen "bereinigten" Überschreitungen gekommen ist. Hierzu hätte umsomehr Anlaß bestanden, als diese Überschreitungen jedenfalls nicht auf anästhesiologischen Leistungen beruhen können. Hinfällig ist damit auch die Überlegung, die überproportionale Häufigkeit der Leistungen könne nicht nur auf einer besonderen Zusammensetzung des "Krankengutes", sondern auch auf einem Wandel der medizinischen Erkenntnisse und Erfahrungen begründet sein (hierzu BSG SozR 2200 § 368n RVO Nr. 19).

Soweit die Kläger in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat die Ansicht vertreten haben, die Reduzierung der Überschreitungen im Gesamthonorar sei auf eine sich ändernde Patientenstruktur im Sinne einer zunehmend "normalen" Klientel und eine Ausweitung der Praxistätigkeit zurückzuführen, spricht dies tendenziell gegen die behaupteten Praxisbesonderheiten. Die Überschreitung im Gesamthonorar ist schon in den streitbefangenen Quartalen deutlich bis auf +55,8 % in IV/91 verringert worden. Dies würde nach Auffassung der Kläger bedeuten, daß bereits im Quartal IV/91 ein eher "normales" Klientel behandelt worden ist.

Zur Überzeugung des Senats dokumentiert das Abrechnungsverhalten der Kläger in den ersten Quartalen nach der Praxisgründung typische "Anfängerschwierigkeiten", denen der Beklagte dadurch zulässigerweise Rechnung getragen hat (hierzu BSG [MedR 1996, 136 ff](#)), daß er die bereinigte Grenze zum offensichtlichen Mißverhältnis zunächst bei +80 % angesetzt hat.

Soweit die Kläger glauben, mit der von ihnen in der mündlichen Verhandlung vom 24.04.1996 vorgelegten Unterschriftenliste die Entscheidung des Senats beeinflussen zu können, sind sie darauf hinzuweisen, daß diese rechtlich irrelevant ist.

Im Ergebnis ist es daher nicht zu beanstanden, wenn der Beklagte aus dem atypischen Abrechnungsverhalten keine rechtserhebliche Praxisbesonderheit hergeleitet hat.

Die Berufung des Beklagten mußte nach alledem Erfolg haben.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

NRW
Saved
2007-02-20