BUNDESSOZIALGERICHT



Verkündet am
5. November 1997

Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 6 RKa 1/97

.....,

Kläger und Revisionsbeklagter,

Prozeßbevollmächtigter: .....,

g e g e n

Gemeinsamer Beschwerdeausschuß bei der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinhessen,
Hindenburgstraße 32, 55118 Mainz,

Beklagter und Revisionskläger,

Prozeßbevollmächtigter: .....,

beigeladen:

1. Kassenärztliche Vereinigung Rheinhessen,
   Hindenburgstraße 32, 55118 Mainz,

2. AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz,
   Virchowstraße 30, 67304 Eisenberg,

   Revisionsklägerin,

3. BKK-Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland,
   Essenheimer Straße 126, 55128 Mainz,

4. Innungskrankenkasse Rheinland-Pfalz,
   Saarstraße 1, 55122 Mainz,

5. Landwirtschaftliche Krankenkasse Rheinland-Pfalz,
   Theodor-Heuss-Straße 1, 67346 Speyer,

6. Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.,
   Frankfurter Straße 84, 53721 Siegburg,

   Revisionskläger,

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

7. Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.,
Frankfurter Straße 84, 53721 Siegburg.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 5. November 1997 durch den Vorsitzenden Richter Dr. E n g e l m a n n , die Richter Dr. W e n n e r und Dr. C l e m e n s sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. H u m b a c h und D e i s l e r
für Recht erkannt:

Auf die Revisionen des Beklagten und der Beigeladenen zu 2) und 6) wird das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 21. November 1996 aufgehoben und der Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen.

G r ü n d e :

I

Der Kläger, der seit 1970 die Gebietsarztanerkennung als Arzt für Innere Medizin besitzt, nimmt seit 1980 als praktischer Arzt an der kassen- und vertragsärztlichen (nunmehr einheitlich: vertragsärztlichen) Versorgung teil. Im Quartal I/93 hatte er - nach der für die Primär- und Ersatzkassen vorliegenden Statistik - im Vergleich zum Durchschnitt der 51 Allgemein- und praktischen Ärzte weniger als die Hälfte an Behandlungsfällen (476 im Vergleich zu 1237) und einen um die Hälfte höheren Rentneranteil (43 % im Vergleich zu 27 %). Nach der "Rentneranteil-gewichteten" Statistik - dh indem die Fachgruppenwerte auf den Rentneranteil des Klägers umgerechnet wurden - hatte er im Durchschnitt für jeden Behandlungsfall einen um 26,63 % höheren Fallwert als die Vergleichsgruppe (DM 95,39 im Vergleich zu DM 75,33) und einen Mehraufwand bei den Sonderleistungen von 74,50 % (DM 13,89 im Vergleich zu DM 7,96). Unter dem Durchschnitt lag er - nach den für die Primärkassen vorliegenden Werten - bei den Arzneikosten (-18,5 % / Rentner: -28,2 %), Arbeitsunfähigkeits-Fällen (betr Mitglieder: -44 %) und Arbeitsunfähigkeitstagen (-7 %; - Gesamtjahr 1992 -26 %). Bei den Krankenhauseinweisungen hatte er - ebenfalls im Primärkassen-Bereich - im hier betroffenen Quartal I/93 einen überdurchschnittlichen Aufwand (+17 %), hatte aber im Gesamtjahr 1992 unter dem Durchschnitt gelegen (-27 %).

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Auf Antrag der Gemeinsamen Beratungs- und Prüfstelle der Krankenkassen in Rheinhessen (betr Primärkassen) und des zu 6) beigeladenen Verbandes der Angestellten-Krankenkassen eV (VdAK) vom 9. Juni 1993 kürzten der Prüfungsausschuß und - dessen Entscheidung bestätigend - der beklagte Beschwerdeausschuß die Honorarforderung des Klägers bei den Sonderleistungen um 13,96 % (= DM 941,70) und beließen ihm eine Durchschnittsüberschreitung um 50 % (beim Gesamtfallwert um 24 %) (Bescheide des Prüfungsausschusses vom 29. Juli 1993, des Beklagten vom 6. Mai 1994 und - während des Klageverfahrens bestätigend - vom 12. September 1995).

Während seine Klage hiergegen ohne Erfolg geblieben ist (Urteil des Sozialgerichts <SG> vom 8. November 1995), hat das Landessozialgericht (LSG) auf die Berufung des Klägers, die es durch Beschluß in der mündlichen Verhandlung zugelassen hat, das Urteil des SG und die Bescheide des Beklagten aufgehoben und diesen zur neuen Entscheidung über den Widerspruch verurteilt (Urteil vom 21. November 1996): In Fortführung seiner früheren Rechtsprechung (Urteile vom 20. April 1995, MedR 1996, 41, und vom 14. Dezember 1995 - L 5 Ka 30/94 -) sei dem Beklagten vorzuhalten, daß er die Einsparungen bei den Arzneikosten, Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Arbeitsunfähigkeits-Fällen hätte berücksichtigen müssen. Zur Anerkennung eines kompensierenden Minderaufwandes reiche eine plausible Beziehung zwischen Überschreitungen und Einsparungen aus, wenn sie nach dem Gesamtbild der Arbeitsweise des geprüften Arztes naheliege. Würde für den kausalen Zusammenhang der volle Beweis verlangt, so würde der Gesetzesbefehl, die Häufigkeit von Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Arbeitsunfähigkeits-Fällen mitzuprüfen, praktisch außer Kraft gesetzt. Es müsse ausreichen, wenn mehr für den kausalen Zusammenhang als gegen ihn spreche. Die gesamtwirtschaftliche Betrachtung müsse im Vordergrund stehen. Dabei komme auch Praxisbesonderheiten wesentliche Bedeutung zu. Auch wenn die Überschreitungen schwankten und es gelegentlich sogar Unterschreitungen seien, lasse sich aufgrund der Beständigkeit der Einsparungen und der Art der dazu passenden, also korrelierenden, beanstandeten Überschreitungen ein wahrscheinlicher Zusammenhang erkennen. Gerade angesichts der großen Zahl älterer Patienten seien die Einsparungen bei den Arzneikosten und Krankenhauseinweisungen bemerkenswert und insgesamt nicht zufällig. Der Kläger wende sich im Sinne einer hausärztlichen Betreuung seinen Patienten mit überdurchschnittlichem Aufwand bei Beratungen und Hausbesuchen intensiv zu. Der Anerkennung einer Praxisbesonderheit bei der Neural- und Injektionstherapie könne nicht entgegengehalten werden, daß auch die anderen Ärzte der Fachgruppe Injektionen und Lokalanästhesien abrechneten; bei ihnen seien weder eine konsequente Anwendung wie beim Kläger noch damit verbundene Arzneieinsparungen feststellbar.

Mit ihren vom LSG zugelassenen Revisionen rügen der Beklagte sowie die zu 2) und 6) beigeladenen Krankenkassen(-Verbände) eine Verletzung des § 106 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V). Mit ihren Ausführungen, denen sich die zu 3) bis 5) beigeladenen

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Krankenkassen(-Verbände) angeschlossen haben, beanstanden sie, daß das Berufungsgericht dem Kläger bei den kompensierenden Einsparungen eine unzulässige Beweiserleichterung zubillige und die Mitwirkungspflicht des Arztes reduziere. Den Kausalzusammenhang zwischen den Einsparungen und dem Mehraufwand darzulegen - substantiiert und schlüssig anhand einer Reihe von Beispielsfällen - und ggf auch nachzuweisen, obliege dem Arzt, und zwar schon im Verwaltungsverfahren. Kompensierende Einsparungen gegenüber einem Mehraufwand bei Grundleistungen wie Beratungen, Besuchen, eingehenden Untersuchungen und Basislabor seien kaum denkbar. Die Argumentation des Berufungsgerichts könne allenfalls dann schlüssig sein, wenn die Schwankungen wenigstens annähernd gleichförmig oder korrelierend wären. Beim Kläger dagegen fehle jegliche Korrelation. Die Aufwendungen bei den Sonderleistungen und bei den Arzneikosten schwankten jeweils erheblich. Die im angefochtenen Bescheid gegebene Begründung für die Durchschnittsunterschreitungen bei den Arzneikosten - daß der Kläger nämlich weniger internistische Fälle gehabt habe - sei plausibel. Es lägen keine Praxisbesonderheiten vor. Der erhöhte Rentneranteil sei bereits durch die Rentneranteil-gewichteten Werte der Vergleichsgruppe berücksichtigt. Die Neural- und Injektionstherapie könnte allenfalls dann als Behandlungsbesonderheit in Betracht kommen, wenn eine Korrelation zwischen den Schwankungen bei den Sonderleistungen und denen bei den Arzneikosten bestünde, was bei dem Kläger aber gerade nicht der Fall sei. Im übrigen sei die Injektionstherapie nicht kostengünstiger als eine orale Therapie, da auch bei ihr Arzneiverordnungen erforderlich seien. Überhaupt habe das Berufungsgericht keine ausreichenden Feststellungen über die Über- und Unterschreitungen in den verschiedenen Leistungsbereichen getroffen, womit es die Offizialmaxime verletzt habe.

Der Beklagte und die Beigeladenen zu 2), 5) und 6) beantragen,

das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 21. November 1996 aufzuheben und die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 8. November 1995 zurückzuweisen.

Der Beklagte und die Beigeladenen zu 2) und 5) beantragen hilfsweise,

das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 21. November 1996 aufzuheben und den Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückzuverweisen.

Der Kläger und die Beigeladene zu 1) beantragen,

die Revisionen zurückzuweisen.

Der Kläger beantragt hilfsweise,

das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 21. November 1996 aufzuheben und den Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückzuverweisen.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Der Kläger und die zu 1) beigeladene Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) verteidigen das Urteil des LSG und erheben - über das Berufungsurteil hinausgehend - weitere Einwände gegen den Bescheid des Beklagten. Schon von der Art der Begründung her sei der Bescheid zu beanstanden. Er lasse nicht klar die Prüfmethode - statistisch oder anhand von Einzelfällen - erkennen. Zur Grenze des offensichtlichen Mißverhältnisses fehlten ausreichende Darlegungen. Der Mehraufwand betreffe nicht vorwiegend technische Sonderleistungen, sondern die höchstpersönlich erbrachten Injektionsleistungen. Seine - des Klägers - Leistungen entsprächen dem medizinischen Standard. Der Bescheid lasse die erforderliche medizinisch-intellektuelle Auseinandersetzung anhand der Besonderheiten seiner Behandlungsweise nicht erkennen. Fordere man bei Einsparungen, daß der Kompensationszusammenhang konkret und im Einzelfall bewiesen werde, sei die Anerkennung kompensierender Einsparungen kaum denkbar. Dafür gebe es keine Rechtsgrundlage. Vom Arzt vorgelegte Dokumentationen würden nicht zur Kenntnis genommen oder als Parteibehauptung abqualifiziert, was weder mit dem Amtsermittlungsgrundsatz noch mit einem rechtsstaatlich-fairen Verfahren vereinbar sei. Der Kläger rügt schließlich auch - wovon die Beigeladene zu 1) sich distanziert - die Anwendung des sog Braunbeck'schen Modells durch den Beklagten; dieses begünstige große Praxen und benachteilige kleine Praxen, weil der Vergleich mit der Fachgruppe auf die von dem geprüften Arzt abgerechneten Leistungen beschränkt und so das große weitere Leistungsspektrum der Vergleichspraxen außer Betracht gelassen werde.

II

Die Revisionen sind begründet.

Gegenstand des Verfahrens ist der Bescheid vom 12. September 1995, mit dem der Beklagte seinen früheren Bescheid vom 23. März 1994 bestätigt und damit diesen im Sinne des § 96 Abs 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ersetzt hat. Im sog direkten Anwendungsbereich gilt diese Bestimmung im Kassen(Vertrags)arztrecht (vgl zB Senats-Urteile vom 14. Mai 1997 - 6 RKa 25/96 S 7 f - und vom 5. November 1997 - 6 RKa 94/96 S 5). Lediglich die sog analoge Anwendbarkeit der Vorschrift hat der Senat verneint (vgl BSGE 77, 279, 280 ff = SozR 3-2500 § 85 Nr 10 S 55 ff; Nr 12 S 73 ff; BSGE 78, 98, 101 ff = SozR aaO § 87 Nr 12 S 36 ff; SozR aaO § 85 Nr 16 S 99).

Die Revisionen sind zulässig, und zwar nicht nur diejenige des beklagten Beschwerdeausschusses, sondern auch diejenigen der zu 2) und 6) beigeladenen Krankenkassen(-Verbände). Die für Rechtsmittel von Beigeladenen erforderliche materielle Beschwer ist gegeben; der Senat erkennt in ständiger Rechtsprechung in Fällen der hier vorliegenden Art nicht nur den Krankenkassen, sondern auch deren Verbänden aufgrund ihrer Mit-

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

verantwortung für die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots die Beschwer zu (vgl BSG SozR 3-2500 § 106 Nr 12 S 64 mit Bezugnahme auf BSGE 60, 69, 71 = SozR 2200 § 368n Nr 42 S 138).

Die Revisionen sind auch begründet.

Es unterliegt keinen durchgreifenden Bedenken, daß das LSG die Berufung als zulässig angesehen hat. Diese ist allerdings wegen des Beschwerdewertes von weniger als DM 1.000 an sich gemäß § 144 Abs 1 Satz 1 Nr 1 SGG unstatthaft. Indessen hat das Berufungsgericht, nachdem der Kläger im Berufungsverfahren schriftsätzlich Nichtzulassungsbeschwerde erhoben hat, die Berufung zugelassen. Hiergegen sind revisionsrechtliche Bedenken nicht zu erheben. Zwar hat das Berufungsgericht der Beschwerde ohne vorangegangenes SG-Abhilfeverfahren stattgegeben, sowie sogleich im Anschluß an die mündliche Verhandlung sachlich über die Berufung entschieden, ohne die nicht anwesenden Beteiligten von der Zulassung in Kenntnis zu setzen. Etwaige darin liegende Verfahrensmängel sind aber von keinem der Beteiligten gerügt worden.

Der mithin zulässigen Berufung hätte das LSG nicht in der geschehenen Weise stattgeben dürfen. Zu Unrecht verlangt es von dem Beklagten, bei dem Kläger kompensierende Einsparungen anzuerkennen.

Dem angefochtenen Bescheid liegt als Rechtsgrundlage die Regelung des § 106 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V idF des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl I S 2266) zugrunde, wonach die Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten geprüft wird. Nach den Grundsätzen der Rechtsprechung werden die Abrechnungswerte des Arztes mit denjenigen der Fachgruppe verglichen; im Falle eines Mehraufwandes bei dem Gesamtfallwert, bei Spartenwerten oder bei Einzelleistungswerten, der im Vergleich zu den Durchschnittswerten der Fachgruppe ein offensichtliches Mißverhältnis darstellt, wird das Honorar gekürzt (ständige Rechtsprechung, vgl zuletzt BSG, Urteil vom 18. Juni 1997 - 6 RKa 52/96 -, zur Veröffentlichung in BSGE und in SozR vorgesehen).

Nach der Rechtsprechung des Senats, an der er nach erneuter Überprüfung festhält, setzt die Anerkennung kompensierender Einsparungen voraus, daß zwischen dem Mehraufwand auf der einen und den Kostenunterschreitungen auf der anderen Seite ein kausaler Zusammenhang besteht. Es muß festgestellt werden, durch welche vermehrten Leistungen der Arzt in welcher Art von Behandlungsfällen aus welchem Grund welche Einsparungen erzielt hat (ständige Rechtsprechung seit BSGE 17, 79, 87 f = SozR Nr 5 zu § 368n RVO Bl Aa 8; außerdem zB BSGE 55, 110, 113 = SozR 2200 § 368n Nr 27 S 84 und zuletzt BSG USK 95 137 S 738 f).

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Ein Verzicht auf das Erfordernis des Nachweises eines kausalen Zusammenhanges oder die Einschränkung der Anforderungen an den Nachweis kann nicht etwa daraus abgeleitet werden, daß es letztlich nur auf eine Art Gesamtwirtschaftlichkeit ankomme und die ärztliche Tätigkeit als einheitlicher Kostenkomplex zu begreifen sei und Durchschnittsüberschreitungen in Teilbereichen ganz oder weitgehend hinzunehmen seien, wenn der Aufwand in anderen Bereichen unter dem Durchschnitt der Vergleichsgruppe liege. Hierfür läßt sich nicht, wie das Berufungsgericht und der Kläger meinen, die zum 1. Januar 1989 geschaffene gesetzliche Vorschrift über die Wirtschaftlichkeitsprüfung (§ 106 SGB V) anführen. Deren Regelung, daß die Prüfung auch die Häufigkeit von Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit umfaßt, hatte nicht etwa die primäre Zielrichtung, daß Durchschnitts u n t e r schreitungen in diesen Bereichen gegen anderweitige Mehrleistungen gegengerechnet werden können. Anliegen dieser Regelung war es vielmehr, die Wirtschaftlichkeitsprüfung effektiver zu gestalten und Durchschnitts ü b e r schreitungen auch in diesen Bereichen systematisch zu erfassen (vgl die Beschlußempfehlung des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung vom 15. November 1988, BT-Drucks 11/3320 S 70, iVm dessen Bericht vom 24. November 1988, BT-Drucks 11/3480 S 60, betr damalig § 114 Abs 2 Satz 2). So wurde im Gesetzgebungsverfahren ein Vorschlag abgelehnt, der ausdrücklich vorsah, daß auch die Unterschreitungen zu prüfen seien. Der Erstreckung der Wirtschaftlichkeitsprüfung auf unwirtschaftlichen Mehraufwand bei Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit kann nicht etwa entgegengehalten werden, dies sei abwegig oder irreal gewesen; im Gegenteil gab es hierfür bereits Ansätze in der Rechtsprechung des Senats (vgl BSG SozR 2200 § 368n Nr 37 betr Honorarkürzung aus Anlaß ausufernder Krankschreibungen).

Dem vom LSG ansatzweise verfolgten Gedanken einer Gesamtwirtschaftlichkeit in dem Sinne, daß Einsparungen in einem Leistungsbereich dem Arzt eine Art Freibrief gäben, in anderen Leistungsbereichen mehr Aufwendungen haben zu dürfen, ist der Senat schon seit langem entgegengetreten (siehe zB BSGE 17, 79, 86 f = SozR Nr 5 zu § 368n RVO Bl Aa 7 f). Der Arzt muß vielmehr umfassend wirtschaftlich handeln. Die Wirtschaftlichkeit muß grundsätzlich sowohl insgesamt als auch in jedem Teilbereich gegeben sein, sowohl beim Gesamtfallwert, in jeder einzelnen Sparte, bei jeder Einzelleistung sowie auch bei den Arzneiverordnungen, Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und bei den Arbeitsunfähigkeits-Fällen. Die so verstandene Konzeption der Wirtschaftlichkeitsprüfung hat der Gesetzgeber mit der Schaffung des § 106 SGB V übernommen, so wie sich auch sonst das Gesetz als Übernahme der in der Praxis seit langem angewandten und durch die Rechtsprechung bestätigten Methode des statistischen Kostenvergleichs darstellt (vgl hierzu BSGE 74, 70 = SozR 3-2500 § 106 Nr 23 S 124; 76, 53, 54 = SozR aaO Nr 26 S 145; vgl auch BSGE 77, 53, 57 = SozR aaO Nr 33 S 188).

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Aus diesem Ansatz des Gesetzes, das eine umfassende Wirtschaftlichkeit in jedem Teilbereich fordert, ergibt sich, daß ein Mehraufwand in einem Bereich im Hinblick auf anderweitige Einsparungen nur dann hingenommen werden kann, wenn belegt bzw nachgewiesen ist, daß gerade durch den Mehraufwand die Einsparungen erzielt werden und daß diese Behandlungsart medizinisch gleichwertig sowie auch insgesamt kostensparend und damit wirtschaftlich ist. Dies bedeutet, daß zunächst zu prüfen ist, ob die Mehraufwendungen nicht auf anzuerkennenden Praxisbesonderheiten beruhen, die notwendigerweise Einsparungen in anderen Bereichen nach sich ziehen. Ist dies zu verneinen, ist festzustellen, ob unabhängig von Praxisbesonderheiten Einsparungen vorliegen, die sich anhand der Abrechnungsstatistik eindeutig belegen lassen oder aus anderen Gründen auf der Hand liegen (vgl BSGE 71, 194, 201 = SozR 3-2500 Nr 15 S 93). 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 (vgl zB BSG USK 95 137 S 739). Ferner müssen die erbrachten Leistungen medizinisch gleichwertig sein (zum hohen Rang des Gebots gründlicher und sorgfältiger Behandlung vgl zB BSGE 22, 218, 220 = SozR Nr 4 zu § 368f RVO Bl Aa 4; zur Berücksichtigung des Heilerfolgs vgl BSG SozR 2200 § 358n Nr 36 S 120). Schließlich muß der Kostenvergleich - sei es eine Kostenberechnung oder eine plausible Kostenschätzung - ergeben, daß der Mehraufwand insgesamt nicht höher ist als die anderweitig erzielten Einsparungen (zum Erfordernis des Ausgleichs zwischen Mehr- und Minderaufwand siehe zB BSGE 17, 79, 87 = SozR Nr 5 zu § 368n RVO Bl Aa 8).

Die Darlegungs- und Nachweislast liegt beim Arzt. Er muß das Vorliegen der Einsparungen, den methodischen Zusammenhang mit dem Mehraufwand, die medizinische Gleichwertigkeit und die kostenmäßigen Einsparungen darlegen und ggf nachweisen (so auch die Linie der bisherigen Rechtsprechung, vgl zB BSG USK 95 137 S 738). Das bedeutet nicht, daß der Arzt alle Einzelfälle - nach Art einer Einzelfallprüfung - anführen und medizinisch erläutern müßte; entscheidend ist vielmehr die strukturelle Darlegung der methodischen Zusammenhänge und der medizinischen Gleichwertigkeit. Gelingt der erforderliche Nachweis nicht, so geht das zu Lasten des Arztes (vgl BSG USK 95 137 S 738, in Fortsetzung von BSG SozR 2200 § 368n Nr 50 S 172; SozR aaO Nr 43 S 146).

Die hiernach bestehenden Anforderungen für die Anerkennung kompensierender Einsparungen machen diese Rechtsfigur nicht etwa, wie das Berufungsgericht offenbar meint, bedeutungslos. Zwar kann es im Einzelfall zutreffen, daß der Nachweis nur schwer möglich ist, wie der Senat zB in seinem Urteil vom 8. Mai 1985 (SozR 2200 § 368n Nr 36 S 121) auch ausdrücklich eingeräumt hat. Dies hängt aber damit zusammen, daß der Zusammenhang zwischen Mehraufwendungen einerseits und Einsparungen andererseits nur in bestimmten Konstellationen medizinisch zu belegen ist. Ungeachtet dessen gibt es immer noch eine Anzahl von Fallgestaltungen, in denen die Anerkennung kompensierender Einsparungen denkbar ist. So hat der Senat als Beispiel den kausalen Zusammen-

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

hang zwischen mehr vorstationärer Diagnostik und Einsparung von Krankenhauskosten genannt (BSG SozR 2200 § 368n Nr 31 S 104; USK 84 248 S 1251; USK 85 190 S 1016) und zudem kausale Zusammenhänge erwogen zwischen mehr Sprechstundenbedarf und weniger Arzneikosten (BSG SozR 2200 § 368n Nr 36 S 120 f), zwischen höherem Gesamtfallwert und weniger Krankenhauseinweisungen und Arbeitsunfähigkeits-Fällen (BSG SozR 2200 § 368n Nr 50 S 172) sowie zwischen mehr Injektionen und geringeren Arzneikosten (BSG SozR 2200 § 368n Nr 57 S 199).

Den an die Anerkennung kompensierender Einsparungen zu stellenden Anforderungen entsprechen die Feststellungen des Berufungsgerichts im hier vorliegenden Fall des Klägers nicht. Das Berufungsurteil enthält Angaben, aufgrund welchen methodischen Zusammenhanges der Kläger durch welche Mehrleistungen in welcher Art von Behandlungsfällen welche Einsparungen erzielte, für keinen der vom LSG angenommenen - im folgenden näher dargestellten - Einsparungsbereiche.

Für die Annahme des LSG, der Kläger erziele durch vermehrte Injektionen Einsparungen bei Arzneikosten, fehlen im Berufungsurteil nicht nur ausreichende Feststellungen zu den methodischen Zusammenhängen zwischen dem Mehraufwand und den angeblichen Einsparungen, sondern auch dazu, daß die Injektionstherapie der oralen Therapie medizinisch gleichwertig ist. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die bei vielen Medikamenten erforderliche kontinuierliche Einnahme auch am Wochenende (zB bei Antibiotika) im Falle von Injektionen nur gewährleistet ist, wenn der Arzt diese auch am Wochenende vornimmt. Ferner geht das Berufungsgericht nicht darauf ein, ob die Einsparungen mindestens ebenso groß sind wie der Mehraufwand. Dazu wäre eine vergleichende Kostenberechnung oder -schätzung erforderlich, wobei die eingesparten Kosten für Arzneien mit dem Kostenaufwand für die Injektionen zuzüglich der Kosten für die injizierten Medikamente - sog Sprechstundenbedarf - verglichen werden müßten.

Für die Annahme, der Kläger habe kompensierende Einsparungen bei Überweisungen aufzuweisen, sind dem Berufungsurteil ebenfalls ausreichende Feststellungen nicht zu entnehmen. Bei der insoweit noch vorzunehmenden Prüfung durch das LSG ist zu berücksichtigen, daß in gewissem Umfang beeinflußbar ist, wieviele Überweisungen an Fachärzte die Abrechnungsunterlagen ausweisen. Ärzte können nämlich auch ohne förmliche Ausstellung einer Überweisung Patienten zum Aufsuchen von Fachärzten veranlassen (vgl LSG Baden-Württemberg, MedR 1997, 191, 194). Zudem läßt sich allein aus dem bloßen statistischen Befund, daß ein Arzt weniger Überweisungen vornimmt, nur wenig ableiten. Eine geringe Überweisungszahl kann nämlich einerseits auf eine besonders umfassende Diagnostik und Therapie des Arztes hindeuten; sie kann aber andererseits auf einer nur eingeschränkten Behandlung beruhen (vgl LSG Baden-Württemberg aaO). Das letztere könnte nach den Ausführungen des Beklagten im angefochtenen Be-

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

scheid möglicherweise im Falle des Klägers zutreffen. Dieser hat danach nicht so viele schwerere Krankheitsfälle wie der Durchschnitt der Allgemein- und praktischen Ärzte.

Im übrigen mußte die Anerkennung kompensierender Einsparungen bei den Krankenhauseinweisungen für das hier betroffene Quartal I/93 von vornherein ausscheiden, weil der Kläger in diesem Quartal bei den Krankenhauseinweisungen über dem Durchschnitt der Vergleichsgruppe lag.

Darlegungen zum kausalen Zusammenhang waren nicht etwa von vornherein deshalb entbehrlich, weil - wie das Berufungsgericht zu meinen scheint - dem Kläger in früheren Quartalen kompensierende Einsparungen anerkannt wurden. Es reicht weder für Praxisbesonderheiten noch für kompensierende Einsparungen aus, auf die Ergebnisse anderer Quartale zu verweisen. Die Erkenntnisse der Wirtschaftlichkeitsprüfung eines Quartals sind für andere grundsätzlich nicht aussagekräftig; die Verhältnisse können sich von Quartal zu Quartal ändern (vgl die BSG-Rechtsprechung zu § 96 SGG betr Wirtschaftlichkeitsprüfung: BSG USK 82 196 S 897; ebenso betr andere Vergütungsstreitigkeiten: BSGE 77, 279, 281 f = SozR 3-2500 § 85 Nr 56; 78, 98, 102 = SozR aaO § 87 Nr 12 S 37). Bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung müssen die Prüfgremien für jedes Quartal erneut eine Prüfung und Abwägung vornehmen (BSG USK 82 196 aaO). Dementsprechend hat sich der Beklagte in seinem Bescheid von der früheren Anerkennung kompensierender Einsparungen distanzieren können. Ebenso kann sich der Arzt nicht darauf beschränken, sich auf sein Vorbringen zu früheren Quartalen zu beziehen. Vielmehr muß er konkret zu dem betroffenen Quartal vortragen.

Ob das Berufungsurteil, das dem Kläger mithin kompensierende Einsparungen ohne ausreichende entsprechende Feststellungen anerkannte, möglicherweise aus anderen Gründen im Ergebnis zutreffen könnte, kann vom Revisionsgericht nicht beurteilt werden, weil hierfür die im Berufungsurteil enthaltenen Feststellungen nicht ausreichen. Soweit dort die Frage von Praxisbesonderheiten angesprochen wird, geschieht dies nur am Rande, ohne daß deren Vorliegen vollständig und abschließend geprüft und festgestellt würde. Auch über die sonstigen Einwendungen, die der Kläger und die Beigeladene zu 1) in ihren Revisionsschriftsätzen gegen den Bescheid des Beklagten erheben, kann im Revisionsverfahren nicht abschließend entschieden werden, weil sich die hierfür erforderlichen Feststellungen ebenfalls nicht aus dem Berufungsurteil ergeben.

Der Rechtsstreit ist nach allem an das LSG zurückzuverweisen. Das Gericht wird bei seiner Entscheidung auch über die Kosten des Revisionsverfahrens zu befinden haben.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS