

Bundessozialgericht
- 6 RKa 4/78 -

I m N a m e n d e s V o l k e s

Verkündet am
1. März 1979

U r t e i l

in dem Rechtsstreit

.....
als Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle

.....,
Kläger und Revisionskläger,
Prozeßbevollmächtigte:
.....,

g e g e n

.....,
Beklagter und Revisionsbeklagter,
beigeladen:
1. und 2.,
Prozeßbevollmächtigter:
.....

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 1. März 1979
für Recht erkannt:

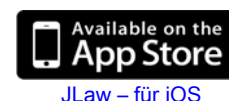
Auf die Revision des Klägers wird das Urteil des Landessozialgerichts für das Saarland vom 3. März 1977 aufgehoben.
Die Sache wird zu neuer Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen.

- 2 -

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



[JLaw – Gesetze und Urteile](#)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



- 2 -

G r ü n d e :

I

Die Beteiligten streiten in dieser Instanz noch um die Berechtigung von Honorarkürzungen, die gegen den Kläger, einen in Saarbrücken zur Kassenpraxis zugelassenen Allgemeinarzt, im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung für die Quartale III/70, I/71 und IV/71 vorgenommen worden sind.

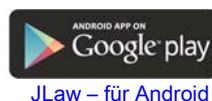
Für das Quartal III/70 wurden die vom Kläger abgerechneten Beratungen (11,58 DM je Fall = 44,2% über dem Fachgruppendurchschnitt) um 20% und seine Laborleistungen (4,99 DM je Fall = 40% über dem Durchschnitt) um 25% gekürzt. Bei den Laborleistungen beanstandeten die Prüfungsinstanzen besonders die häufige Abrechnung der Ziffern 791 B und 791 C der Gebührenordnung für Ärzte -GOÄ- (Harnuntersuchungen auf Urobilinogen und Bilirubin); die Ziffer 791 B GOÄ habe der Kläger in 100 Behandlungsfällen 45mal (Durchschnitt: 5mal), die Ziffer 791 C GOÄ in 100 Behandlungsfällen 40mal (Durchschnitt: 2mal) abgerechnet (Beschlüsse des Prüfungsausschusses -PA- vom 22. Dezember 1970 und 15. Juni 1971, dem Kläger mitgeteilt mit Schreiben vom 11. März 1971 und 2. August 1971; Beschluß des Beschwerdeausschusses -BA- vom 22. November 1972, dem Kläger mitgeteilt mit Schreiben vom 2. Februar 1972).

Für das Quartal I/71 wurden die Beratungen des Klägers (13,12 DM je Fall = 51,5% über dem Fachgruppendurchschnitt) um 10% gekürzt. Ferner wurden seine Laborleistungen (insgesamt 5,25 DM je Fall = 27% über dem Durchschnitt) zu den Ziffern 791 B und 791 C GOÄ (43 und 41 Leistungen je 100 Fälle gegenüber 6 und 2 im Durchschnitt) um 25% gekürzt (Beschlüsse des PA vom 7. Juli 1971 und 20. September 1972, dem Kläger mitgeteilt mit Schreiben vom 25. November 1971 und 21. November 1972; Beschluß des BA vom 29. Januar 1973, dem Kläger mitgeteilt mit Schreiben vom 20. Februar 1973).

- 3 -



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



- 3 -

Für das Quartal IV/71 wurden die Laborleistungen des Klägers (4,95 DM je Fall = 8% über dem Fachgruppendurchschnitt) um 15% gekürzt, weil der Kläger die Ziffern 791 B und 791 C GOÄ wiederum stark gehäuft (39 und 38 Leistungen je 100 Behandlungsfälle gegenüber 5 und 0 im Durchschnitt) abgerechnet habe (Beschlüsse des PA vom 28. Juni und 27. November 1972, dem Kläger mitgeteilt mit Schreiben vom 29. September 1972 und 8. Februar 1973; Beschluß des BA vom 2. April 1973, dem Kläger mitgeteilt mit Schreiben vom 16. Mai 1973).

Das Sozialgericht (SG) hat bei den Laborleistungen für die Quartale III/70 und IV/71 die Kürzung der Gesamtleistungen um 25% bzw 15% in entsprechende Kürzungen lediglich der Ziffern 791 B und 791 C GOÄ geändert; im übrigen hat es die Klage abgewiesen (Urteil vom 18. September 1974). Das Landessozialgericht (LSG) hat auf die Berufung der beigeladenen Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) die von den Prüfungsinstanzen vorgenommenen Kürzungen in vollem Umfange wiederhergestellt. Die Anschlußberufung des Klägers hat es zurückgewiesen und ausgeführt: Die Überschreitung der Durchschnittswerte bei den Beratungen um 44,2% (III/70) und 51,5% (I/71) sei durch keine Besonderheiten der Praxis des Klägers gerechtfertigt, die Honorarkürzung sei deshalb nicht zu beanstanden. Das gleiche gelte für die Kürzung der Laborleistungen, von denen allein 57% (III/70) und 46% (I/71) auf die Ziffern 791 B und 791 C GOÄ entfielen. Entgegen der Ansicht des Klägers würden die entsprechenden Untersuchungen auch von anderen Allgemeinärzten und von Internisten durchgeführt, seien also auch im Saarland bekannt. Für die Feststellung einer Lebererkrankung seien sie jedoch unzureichend; diese von den beratenden Ärzten der beigeladenen AOK vertretene Auffassung habe der Kläger nicht widerlegen können. Insoweit habe es auch keiner weiteren Aufklärung durch einen Sachverständigen bedurft, da der Kläger selbst nicht habe darlegen können, daß die ~~genannten~~ Untersuchungen in der festgestellten Häufigkeit und Gleichzeitigkeit unter Berücksichtigung der Diagnose im Einzelfall medizinisch gerechtfertigt gewesen

- 4 -



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



seien. Der Ansatz der betreffenden Gebührensiffern durch den Kläger - im Quartal III/70 45- und 40mal in 100 Fällen gegenüber 5- und 2mal bei den übrigen praktischen Ärzten und 14- und 2mal bei den Internisten - stehe in einem so erheblichen Mißverhältnis zu den Werten seiner Vergleichsgruppe, daß in keinem Falle mehr von einer wirtschaftlichen Behandlungsweise gesprochen werden könne. Es müsse vielmehr angenommen werden, daß der Kläger seine Untersuchungsmethode fast routinemäßig anwende, da er nicht habe darlegen können, daß sie im Einzelfall notwendig gewesen sei. Das gelte auch für die anderen Quartale, in denen sich die Vergleichszahlen in derselben Höhe bewegten (Urteil vom 3. März 1977).

Der Kläger hat die - vom Senat zugelassene - Revision eingelegt. Er rügt, das LSG habe sich nicht ohne nähere Prüfung der von den beratenden Ärzten der AOK vertretenen Auffassung anschließen dürfen. Es hätte ein unparteiisches Sachverständigengutachten auch deswegen einholen müssen, weil der Kläger schon mit der Berufung vorgetragen habe, daß Dr. R , der am Urteil des SG als ehrenamtlicher Richter mitgewirkt habe, gegen die Untersuchungsmethode des Klägers voreingenommen sei, obwohl er sie als medizinischer Gutachter beim SG selbst anwende. Diese Methode gehöre zu einer sorgfältigen und gewissenhaften Untersuchung, wie im einzelnen schon in einem Schriftsatz vom 25. April 1974 an das SG klargestellt worden sei. Im übrigen würden Allgemeinärzte und Internisten bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht gleichbehandelt; bei letzteren würden die fraglichen Untersuchungen und auch Überschreitungen der Durchschnittswerte von 50% unbeanstandet hingenommen. Dieses Verfahren verstoße gegen § 368n der Reichsversicherungsordnung (RVO) und gegen Art 12 des Grundgesetzes (GG).

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des LSG aufzuheben und die Sache zu neuer Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurückzuverweisen.

Die beigeladene AOK beantragt,



- 5 -

die Revision des Klägers zurückzuweisen.

Sie hält mit dem beklagten BA und der beigeladenen Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) das Urteil des LSG in der Sache für richtig.

Alle Beteiligten sind sich darüber einig, daß der am erstinstanzlichen Verfahren beteiligt gewesene ehrenamtliche Richter Dr. R nicht identisch ist mit dem gleichnamigen Vorsitzenden des BA.

II

Auf die Revision des Klägers hat der Senat das angefochtene Urteil aufgehoben und die Sache an das LSG zurückverwiesen. Die Gründe, die das Berufungsgericht für seine Entscheidung angeführt hat, reichen für eine Abweisung der Klage nicht aus. Das gilt vor allem für die vom Kläger beanstandete Kürzung seines Honorars für Leistungen nach den Ziffern 791 B und 791 C GOÄ in den Quartalen III/70, I/71 und IV/71.

Inwieweit die vom Kläger für diese Quartale abgerechneten Laborleistungen (Untersuchungen des Urins auf Urobilinogen und Bilirubin) als unwirtschaftlich anzusehen sind und deshalb nicht vergütet werden können, ist nach den Maßstäben des § 368e RVO zu beurteilen. Danach haben die Versicherten Anspruch auf die ärztliche Versorgung, die zur Heilung oder Linderung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend ist. Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können sie nicht beanspruchen, darf der Kassenarzt nicht bewirken oder verordnen und darf auch die Kasse nicht nachträglich bewilligen.

Ob die Behandlungs- und Ordnungsweise eines Kassenarztes diesen Vorschriften entspricht, ob sie insbesondere Leistungen enthält, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig waren, braucht nach der ständigen Rechtsprechung des Senats von den zur "Überwachung der Wirtschaftlichkeit der kassenärzt-

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



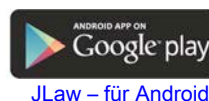
JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



- 6 -

lichen Versorgung" errichteten Prüfungs- und Beschwerdeausschüssen (§ 368n Abs 5 RVO) nicht anhand einzelner Behandlungsfälle geprüft zu werden, wenn die Behandlungs- oder Verordnungskosten des Kassenarztes in einem offensichtlichen Mißverhältnis zu den Durchschnittswerten seiner Fachgruppe stehen. In einem solchen Falle ergibt sich die Unwirtschaftlichkeit der Behandlungs- oder Verordnungsweise in der Regel schon aus einem Vergleich mit den Durchschnittswerten, es sei denn, daß Besonderheiten der jeweiligen Praxis den Mehraufwand ganz oder teilweise rechtfertigen oder der Mehraufwand in einem Leistungsbereich mit einem Minderaufwand in anderen Bereichen ursächlich zusammenhängt (so zuletzt Urteil vom 26. April 1978, 6 RKa 10/77, SozR 2200 § 368n Nr 14). Liegt ein offensichtliches Mißverhältnis zum Fachgruppendurchschnitt nicht vor, überschreiten jedoch die Behandlungs- oder Verordnungskosten des Arztes den Bereich der normalen Streuung, so braucht ebenfalls keine Prüfung nach Einzelfällen stattzufinden. Andererseits darf hier aus der Überschreitung der Durchschnittswerte noch nicht ohne weiteres auf Unwirtschaftlichkeit geschlossen werden. Erforderlich ist dann vielmehr, daß die Unwirtschaftlichkeit anhand einer die Behandlungs- oder Verordnungsweise des Kassenarztes "genügend beleuchtenden Zahl von Beispielen" nachgewiesen wird (vgl das genannte Urteil des Senats).

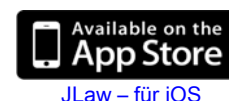
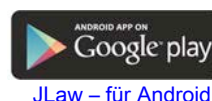
Diese Grundsätze gelten nicht nur, wenn die Behandlungs- oder Verordnungsweise eines Kassenarztes im ganzen - durch einen Vergleich seines Gesamtfallwertes mit dem Durchschnittswert seiner Fachgruppe - auf ihre Wirtschaftlichkeit geprüft wird. Sie gelten auch dann, wenn - was in zunehmendem Maße geschieht und dem Ziel einer verfeinerten Wirtschaftlichkeitsprüfung entspricht - die Fallwerte von Leistungsgruppen oder von einzelnen Leistungsarten einander gegenübergestellt werden. Nur durch einen solchen Einzelvergleich kann häufig erst geklärt werden, wie es zu der Überschreitung des Gesamtfallwertes gekommen ist, welche Faktoren insbesondere für ein offensicht-



liches Mißverhältnis zu den Durchschnittswerten verantwortlich sind. Ist dies geklärt, so liegt es nahe, eine erforderliche Honorarkürzung nicht "pauschal" durch einen prozentualen Abstrich vom Gesamthonorar vorzunehmen, sondern "gezielt" auf diejenigen Leistungsgruppen oder -arten zu beschränken, in denen Unwirtschaftlichkeit festgestellt worden ist.

Ein Einzelvergleich kann darüber hinaus auch dann geboten sein, wenn der Kassenarzt zwar den Gesamtfallwert seiner Fachgruppe nicht oder nicht erheblich überschritten hat, jedoch seine Fallwerte in einzelnen Leistungsbereichen Anlaß zu der Prüfung geben, ob er in diesen Bereichen unwirtschaftlich behandelt oder verordnet hat. Das darf indessen nicht dazu führen, die Freiheit des Arztes in der Wahl seiner Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die grundsätzlich auch für die kassenärztliche Versorgung der Versicherten anzuerkennen ist, über die vom Wirtschaftlichkeitsgebot gezogenen Grenzen einzuschränken. Auch der Kassenarzt muß die Möglichkeit haben, bei seinen Patienten neue oder von denen seiner Kollegen abweichende Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden anzuwenden, selbst wenn insoweit noch keine oder nicht genügend aussagekräftige Vergleichswerte vorliegen, an denen die Wirtschaftlichkeit seiner Methoden gemessen werden könnte, oder wenn er mit seinen Methoden die Vergleichswerte seiner Fachgruppe überschreitet.

Dabei setzt die Vergütung der Leistungen allerdings voraus, daß diese den Vorschriften des § 368e RVO entsprechen. Das bedeutet zunächst, daß sie zweckmäßig, dh nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst objektiv geeignet sein müssen, zur diagnostischen Klärung des Krankheitsbildes beizutragen oder - als therapeutische Leistungen - der Heilung oder Besserung einer Krankheit oder der Linderung von Beschwerden zu dienen. Sie müssen ferner im engeren Sinne wirtschaftlich sein; der von ihnen erwartete Erfolg muß also in einem angemessenen Verhältnis zum Aufwand stehen, ein in etwa gleichwertiger Erfolg darf nicht auf einem anderen, weniger aufwendigen Weg erzielbar sein. Sie müssen schließlich der Zahl nach notwendig gewesen



sein. Dabei kann eine überproportionale Häufigkeit nicht nur in einer besonderen Zusammensetzung des "Krankengutes", sondern auch durch einen Wandel der medizinischen Erkenntnisse und Erfahrungen begründet sein; letzteres kann insbesondere zutreffen, wenn die von dem Arzt angewandten Methoden bei den Mitgliedern seiner Vergleichsgruppe (noch) nicht oder nur wenig bekannt sind.

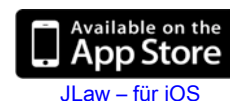
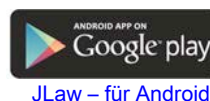
Im vorliegenden Falle hat der Kläger bei den Laborleistungen insgesamt die Durchschnittswerte seiner Fachgruppe in den fraglichen Quartalen um 40, 27 und 8% überschritten, ist also im letzten Quartal kaum noch auffällig gewesen; das gleiche gilt anscheinend für seine Gesamtfallwerte. Sehr hoch - 1000% und mehr - hat er dagegen die Vergleichszahlen überschritten, soweit es sich um die beiden streitigen Laborleistungen handelt (Ziffern 791 B und 791 C GOÄ). Ob diese Leistungen überhaupt für die Erkennung von Lebererkrankungen geeignet und deshalb im Sinne des § 368e RVO zweckmäßig sind, wird von den Beteiligten unterschiedlich beantwortet. Das LSG hat die Frage verneint und sich dafür auf Äußerungen der beratenden Ärzte der beigeladenen AOK berufen. Eine weitere Beweiserhebung darüber hat es nicht für erforderlich gehalten, weil jedenfalls die Zahl der insoweit vom Kläger abgerechneten Leistungen nicht notwendig gewesen sei; der Kläger habe nicht darlegen können, daß die Leistungen in der festgestellten Häufigkeit und Gleichzeitigkeit unter Berücksichtigung der Diagnose im Einzelfall medizinisch gerechtfertigt gewesen seien.

Mit diesen Ausführungen ist das LSG dem Anliegen des Klägers nicht voll gerecht geworden; denn dieser begründet die häufige Erbringung der genannten Leistungen vor allem mit neuen oder vertieften wissenschaftlichen Erkenntnissen, die, wie er in einem Schriftsatz vom 25. April 1974 näher dargelegt hat, eine verstärkte Anwendung der fraglichen Untersuchungsmethoden erforderlich machten. Dieser Gesichtspunkt ist vom LSG bisher nicht genügend gewürdigt worden. Sofern das LSG - unter Verwertung der Verwaltungsakten und der Fachkunde seiner Beisitzer - nicht



selbst beurteilen kann, ob das Vorbringen des Klägers medizinisch stichhaltig ist, wird es einen Sachverständigen hören müssen, der sich auch dazu äußern könnte, ob die Untersuchungsmethoden des Klägers überhaupt zur Feststellung von Lebererkrankungen geeignet sind. Sollte der Kläger allerdings seine Methoden nur deswegen so häufig anwenden, um mit ihnen – im Sinne von ungezielten Suchtests – bisher nicht hervorgetretene, aber mögliche Krankheiten seiner Patienten auszuschließen, so ließe sich damit sein Vorgehen nicht rechtfertigen. Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten gehören nur in den gesetzlich zugelassenen Fällen (vgl. §§ 181 ff RVO) zur kassenärztlichen Versorgung. Andererseits können die fraglichen Untersuchungen als Leistungen der Krankenhilfe nur abgerechnet werden, wenn zumindest Anhaltspunkte für ein krankhaftes Geschehen vorliegen. Ist dies jedoch der Fall, dann darf die Frage, ob und in welchem Umfange die Untersuchungen erforderlich waren, nicht allein nach den Durchschnittswerten der jeweiligen Vergleichsgruppe des Arztes beantwortet werden, wenn unter den Beteiligten ernstzunehmende Meinungsverschiedenheiten über die medizinische Erforderlichkeit der Untersuchungen bestehen. Die Prüfungsinstanzen und die Gerichte haben vielmehr diese Meinungsverschiedenheiten abzuklären und ihre Auffassung dazu in nachprüfbarer Weise zu begründen.

Nicht hinreichend begründet ist schließlich die Abweisung der Klage, soweit sie sich gegen die Honorarkürzung bei den Beratungen in den Quartalen III/70 und I/71 richtet. Daß der Kläger insoweit keine Besonderheiten seiner Praxis vorgetragen hat, wie das LSG ausführt, mag zutreffen. Aus der Höhe der Überschreitung der Vergleichswerte durch den Kläger (44,2% und 51,5%) ist jedoch nicht ohne weiteres auf ein offensichtliches Mißverhältnis zu den Vergleichswerten zu schließen (vgl. das schon genannte Urteil des Senats vom 26. April 1978). Im übrigen fällt auf, daß das Honorar des Klägers für Beratungen im Quartal III/70 um 20% gekürzt worden ist, während im Quartal I/71, in dem der Vergleichswert höher als in dem früheren Quartal überschritten worden ist, die Kürzung nur 10% betragen hat. Auch soweit die



Prüfungsinstanzen den Umfang des unwirtschaftlichen Behandlungsaufwandes durch Schätzung ermitteln können, die Festsetzung des Kürzungsbetrages also grundsätzlich Sache ihres Ermessens ist (vgl BSGE 17, 79, 88f), muß eine so unterschiedliche Ausübung des Ermessens wie in den genannten Quartalen näher begründet werden, was allerdings durch den beklagten BA auch noch nachträglich - im Gerichtsverfahren - geschehen kann.

Zur Nachholung der hiernach noch erforderlichen Feststellungen hat der Senat die Sache an das LSG zurückverwiesen, das auch über die Kosten des Revisionsverfahrens mitentscheiden wird.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)