

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Verkündet am
18. Juni 1997

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 6 RKa 52/96

1.,

2.,

Kläger und Revisionsbeklagte,

Prozeßbevollmächtigte:

g e g e n

Beschwerdeausschuß-Ärzte Schwaben,
Mühlbaurstraße 16/III, 81677 München,

Beklagter und Revisionskläger,

beigeladen:

1. Kassenärztliche Vereinigung Bayerns,
Mühlbaurstraße 16, 81677 München,

Revisionsklägerin,

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

Revisionskläger,

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



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



Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 18. Juni 1997 durch den Richter Dr. E n g e l m a n n als Vorsitzenden, die Richter Dr. W e n n e r und K r u s c h i n s k y sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. M e r z und J e b b i n k für Recht erkannt:

Auf die Revisionen des Beklagten und der Beigeladenen zu 1) und zu 2) wird das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 7. Februar 1996 aufgehoben. Der Rechtsstreit wird zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen.

G r ü n d e :

I

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit eines Arzneikostenregresses wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise im Quartal III/1992 in Höhe von 11.949,05 DM.

Die seit dem 2. Quartal 1992 als Ärzte für Allgemeinmedizin in Gemeinschaftspraxis zugelassenen Kläger überschritten bei den Verordnungskosten im Ersatzkassenbereich mit einem Fallwert von 199,85 DM den gewichteten Fallwert der Arztgruppe der praktischen Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin Bayerns (116,84 DM) um 71,1%. Die Überschreitung bei der Honorarforderung belief sich auf 11,3%. Auf Antrag des zu 2) beigeladenen Ersatzkassenverbandes setzte der Prüfungsausschuß einen Regreß in Höhe von 10% der Einzelverordnungen fest. Mit ihrem Widerspruch machten die Kläger geltend, ihnen sei die Genehmigung zur Abrechnung der Nrn 8650 und 8651 Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO) im Rahmen der Tumorbehandlung erteilt worden. Sie hätten abweichend von der Fachgruppe sehr teure chemotherapeutische Behandlungen mit einem Kostenaufwand von ca 22.000,00 DM durchgeführt. Zudem sei als Praxisbesonderheit zu berücksichtigen, daß ihre Gemeinschaftspraxis auch während der Ferien- und Urlaubszeit geöffnet sei und sie im Verhältnis zur Vergleichsgruppe vermehrt besonders kostenintensive Behandlungen hätten durchführen müssen.

Der beklagte Beschwerdeausschuß wies den Widerspruch zurück. Die im Bereich des offensichtlichen Mißverhältnisses liegende Überschreitung der Verordnungskosten der Kläger in Relation zur Vergleichsgruppe begründe die Vermutung der Unwirtschaftlichkeit der Verordnungsweise. Es gebe keine Hinweise dafür, daß sich das Patientenkontingent der Kläger in seiner Zusammensetzung oder im Hinblick auf die Art der zu behandelnden Krankheiten von demjenigen der Vergleichsgruppe unterscheide. Auf die chemotherapeutische Behandlung in drei von den Klägern namentlich benannten Behandlungsfällen ent-



falle ein Verordnungsaufwand von 8.654,00 DM, was rechnerisch einem fallbezogenen Aufwand von 13,07 DM entspreche. Dieser gerechtfertigte Mehraufwand sei hinreichend berücksichtigt, weil den Klägern nach Durchführung des Regresses eine Überschreitung des Durchschnitts der Vergleichsgruppe von 53,9% belassen worden sei (Bescheid vom 10. Mai 1994).

Während das Sozialgericht (SG) die Klage abgewiesen hat (Urteil vom 11. Januar 1995), hat das Landessozialgericht (LSG) auf die Berufung der Kläger dieses Urteil sowie den Bescheid des Beklagten aufgehoben und diesen verpflichtet, über den Widerspruch der Kläger gegen die Entscheidung des Prüfungsausschusses erneut zu entscheiden. Nach Auffassung des Berufungsgerichts ist der angefochtene Bescheid des Beklagten rechtsfehlerhaft iS des § 35 Abs 1 Satz 3 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) begründet, weil er nicht hinreichend erkennen lasse, weshalb unter quantitativer Berücksichtigung der anerkannten Praxisbesonderheit "Chemotherapie" nach Regreß eine Restüberschreitung des gewichteten Arzneigruppendurchschnitts um lediglich 42,8% belassen worden sei. Diese Überschreitung des Vergleichsgruppendurchschnitts könne nicht mehr dem Bereich des offensichtlichen Mißverhältnisses zugerechnet werden, sondern liege im Bereich der Übergangszone. Dies habe der Beklagte verkannt, weil er entgegen den Anforderungen der neuesten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zur vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung den auf die anerkannte Praxisbesonderheit (hier: chemotherapeutische Behandlung) entfallenden Aufwand nicht zunächst von den Verordnungskosten der Kläger abgerechnet und den dann verbleibenden Betrag mit dem Durchschnitt der Fachgruppe verglichen habe (Urteil vom 7. Februar 1996).

Mit ihren vom LSG zugelassenen Revisionen rügen der Beklagte und die Beigeladenen zu 1) und 2) eine fehlerhafte Anwendung des § 106 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sowie der von der Rechtsprechung des BSG entwickelten Grundsätze der vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Der Beklagte und die zu 1) beigeladene Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) wenden sich vor allem gegen die Auffassung des Berufungsgerichts, die den Klägern nach Herausrechnung der auf die Praxisbesonderheit "Chemotherapie" entfallenden Verordnungskosten und Abzug des Regreßbetrages belassene Überschreitung des Verordnungskosten-durchschnitts von 42,8 % dürfe nicht (mehr) dem Bereich des offensichtlichen Mißverhältnisses zugerechnet werden. Nach der Rechtsprechung des BSG sei die Bestimmung der Grenze zum offensichtlichen Mißverhältnis in erster Linie Sache der Prüfungsgremien. Diese dürften sich insoweit ua von der Homogenität der betroffenen Arztgruppe und der Vergleichbarkeit des Leistungsverhaltens der einzelnen Praxen leiten lassen. Unter Berücksichtigung dieser Umstände habe das BSG mehrfach betont, Grenzziehungen zwischen 40% und 60% Überschreitungen seien in der Regel nicht zu beanstanden. Die besondere Homogenität einer Vergleichsgruppe könne indessen nicht nur durch die Beschränkung



des statistischen Vergleichs auf Praxen mit stark übereinstimmendem Leistungsverhalten erreicht werden, sondern in gleicher Weise durch den Abzug von Praxisbesonderheiten von den Kosten des zu prüfenden Arztes auf der sog ersten Stufe der statistischen Vergleichsprüfung. Es sei deshalb nicht gerechtfertigt, nach Bereinigung des Fallwertes der zu prüfenden Praxis um den auf Praxisbesonderheiten entfallenden Mehraufwand die Grenze zum offensichtlichen Mißverhältnis dort zu ziehen, wo sie nach der Rechtsprechung des BSG gezogen werden müsse, wenn unbereinigte Werte auf Seiten des geprüften Arztes einerseits und der Vergleichsgruppe andererseits miteinander in Beziehung gesetzt werden. Je unwahrscheinlicher die Möglichkeit der Beeinflussung des Falldurchschnitts durch Praxisbesonderheiten werde, weil diese auf der ersten Stufe der Vergleichswertbildung bereits berücksichtigt worden seien, desto niedriger müßten die Prüfeinrichtungen die Grenze zum offensichtlichen Mißverhältnis bestimmen dürfen. Andernfalls könnten sie ihrem Prüfauftrag nach § 106 SGB V nicht gerecht werden, weil sie sonst die Grenze zum offensichtlichen Mißverhältnis ungerechtfertigter Weise zu hoch ansetzen müßten. Die Entscheidung des Beklagten, den Klägern unter Berücksichtigung des gesamten auf die anzuerkennenden Praxisbesonderheiten entfallenden Mehraufwandes noch eine Überschreitung des Vergleichsgruppendurchschnitts um 42,8% bei den Verordnungskosten zu belassen, sei deshalb rechtlich nicht zu beanstanden.

Der Beigeladene zu 2) hält die Anforderungen des Berufungsgerichts an die Begründung von Entscheidungen der Prüfungsgremien für überspannt. Der Beklagte habe hinreichend verdeutlicht, weshalb er bei einer Überschreitung der Verordnungskosten um ca 60 % nach Abzug des auf die Praxisbesonderheit entfallenden Aufwands einen Regreß festgesetzt habe, der die Überschreitung auf einen Wert noch oberhalb der bei 40 % zuziehenden Grenze zum offensichtlichen Mißverhältnis zurückgeführt habe.

Der Beklagte und die Beigeladene zu 1) beantragen,

das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 7. Februar 1996 aufzuheben und die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 11. Januar 1995 zurückzuweisen,

hilfsweise,

das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts aufzuheben und die Sache an das Landessozialgericht zur erneuten Verhandlung und Entscheidung zurückzuverweisen.

Die Beigeladenen zu 2) und 3) beantragen,

das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 7. Februar 1996 aufzuheben und die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 11. Januar 1995 zurückzuweisen.

Die Kläger beantragen,



die Revisionen zurückzuweisen.

Sie halten das Urteil des LSG für zutreffend, weil der Beklagte den auf die von ihm als Besonderheit gewertete Chemotherapie entfallenden Anteil ihrer Verordnungskosten nicht vor Durchführung der Vergleichsbetrachtung herausgerechnet habe. Er sei der Auffassung, mit der Belassung einer Überschreitung von 53,9 % sei diese Besonderheit hinreichend gewürdigt. Ein solches Vorgehen habe das BSG mehrfach beanstandet. Im übrigen bestehe für eine Neubestimmung der Grenze zum offensichtlichen Mißverhältnis keine Notwendigkeit.

II

Die Revisionen des beklagten Beschwerdeausschusses und des beigeladenen Ersatzkassenverbandes sowie der beigeladenen KÄV haben im Sinne der Zurückverweisung (§ 170 Abs 2 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz <SGG>) Erfolg. Auf der Grundlage der vom Berufungsgericht getroffenen Feststellungen vermag der Senat nicht abschließend zu beurteilen, ob der Bescheid des Beklagten rechtmäßig ist.

Das Berufungsgericht hat den angefochtenen Bescheid unter Hinweis auf die neuere Rechtsprechung des Senats zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung nach Durchschnittswerten (§ 106 Abs 2 Nr 1 SGB V) mit der Erwägung aufgehoben, dieser sei iS des § 35 Abs 1 Satz 3 SGB X fehlerhaft begründet, weil der Beklagte nicht dargelegt habe, weshalb den Klägern unter Berücksichtigung der anzuerkennenden Praxisbesonderheit und unter Abzug des festgesetzten Regreßbetrages lediglich eine Überschreitung des gewichteten Arztgruppendurchschnitts der Vergleichsgruppe um 42,8 % belassen worden sei. Dieser Auffassung ist nicht zu folgen.

Nicht zu beanstanden ist allerdings die Beurteilung des LSG, daß das Vorgehen des Beklagten im Zusammenhang mit dem auf die chemotherapeutische Behandlung seitens der Kläger entfallenden und von ihm als Praxisbesonderheit gewerteten Mehraufwand nicht in vollem Umfang mit den Grundsätzen der neueren Rechtsprechung des Senats zur Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten in Einklang steht. Danach müssen die Auswirkungen von kostenerhöhenden Praxisbesonderheiten, die bekannt oder anhand von Behandlungsausweisen oder Angaben des Arztes erkennbar sind, bestimmt werden, ehe sich auf der Grundlage der statistischen Abweichung eine verlässliche Aussage über die Wirtschaftlichkeit oder Unwirtschaftlichkeit der Behandlungs- oder Ordnungsweise treffen läßt (BSGE 74, 70, 72 = SozR 3-2500 § 106 Nr 23 S 126; BSG SozR 3-2500 § 106 Nr 27 S 154; zustimmend Noftz, NZS 1997, 207, 210). Zu diesem Zweck ist regelmäßig der auf die festgestellte Praxisbesonderheit entfallende Kostenanteil von dem Gesamtfallwert des geprüften Arztes abzuziehen und - ausgehend von dem danach verblei-



benden Fallwert - die jeweilige Überschreitung im Verhältnis zum Fachgruppendurchschnitt zu ermitteln. Für die anschließend vorzunehmende Bestimmung der Grenze zum offensichtlichen Mißverhältnis ist der Fallwert der Fachgruppe zugrunde zu legen (BSG SozR 3-2500 § 106 Nr 27 S 154).

Den Anforderungen hinsichtlich der Quantifizierung des auf Praxisbesonderheiten beruhenden Mehraufwandes wird der Bescheid des Beklagten gerecht. Er hat ermittelt, daß die Kläger für die chemotherapeutische Behandlung von drei im Verwaltungsverfahren namentlich benannten Patienten Arzneikosten iHv 8.654,00 DM verursacht haben, hat dies als anzuerkennende Praxisbesonderheit gewertet und errechnet, daß daraus bezogen auf alle Behandlungsfälle ein Mehraufwand von 13,07 DM pro Fall resultiert. Im Anschluß an diese Feststellung hat es der Beklagte allerdings unterlassen, wie es der oben wiedergegebenen Rechtsprechung des Senats entsprechen würde, diesen Betrag von den Gesamtverordnungskosten der Kläger pro Fall (199,85 DM) abziehen und den sich dann ergebenden Betrag (186,78 DM) mit dem Fachgruppendurchschnitt (116,84 DM) zu vergleichen. Nach den Berechnungen des Berufungsgerichts hätte dies eine Überschreitung von ca 60 % ergeben. Stattdessen hat der Beklagte dargelegt, daß nach Abzug des 10 %igen Regresses den Klägern pro Fall ein Verordnungsschnitt von 179,87 DM "anerkannt" werde, was weit mehr sei als der tatsächlich als wirtschaftlich "anzuerkennende" Arzneikostenschnitt von 153,28 DM pro Fall (Fachgruppendurchschnitt plus 20 % Streubreite, plus 13,07 DM im Hinblick auf die Praxisbesonderheit). Diese Darlegungen und Berechnungen lassen indessen noch hinreichend erkennen, wie der Beklagte das Verordnungsverhalten der Kläger bewertet und seine Entscheidung begründet hat. Soweit die Begründung nicht alle gedanklichen und rechnerischen Schritte ausdrücklich kenntlich macht, die nach der zum Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Regreßbescheides noch nicht ergangenen neueren Rechtsprechung des Senats von den Prüfungsgremien zu fordern sind, handelt es sich überwiegend um Formulierungsunterschiede, die die Annahme einer nicht hinreichenden Begründung iS des § 35 Abs 1 SGG X nicht rechtfertigen.

Die Ausführungen des Beklagten stehen weiterhin insoweit mit der Rechtsprechung des Senats im Einklang, als sie von dem Rechtsgrundsatz ausgehen, wonach sich im Bereich der normalen Streuung, die der Beklagte ohne Rechtsfehler bei Überschreitungen des Fachgruppendurchschnitts von bis zu 20 % hat annehmen dürfen (vgl BSG SozR 2200 § 368n Nr 49 S 168), mit Hilfe der statistischen Vergleichsmethode eine Unwirtschaftlichkeit nicht feststellen läßt (zuletzt BSG SozR 3-2500 § 106 Nr 36 S 207). Schließlich hat der Beklagte mit seiner Entscheidung die Überschreitung der Kläger bei den Arzneikosten nicht in den Bereich der sog Übergangszone zurückgeführt. Selbst wenn die nach Abrechnung des Regreßbetrages verbleibende Überschreitung im Verhältnis zum Fachgruppendurchschnitt nicht 53,9 % beträgt, sondern sich - wenn die Verordnungskosten der Kläger nach Herausrechnung der für die chemotherapeutische Behandlung in den



drei benannten Fällen aufgewandten Arzneikosten mit dem Fachgruppendurchschnitt verglichen werden - auf 42,8 % beläuft, ist die dem Bescheid zugrundeliegende Beurteilung, den Klägern werde noch eine Überschreitung im Bereich des offensichtlichen Mißverhältnisses belassen, zutreffend. In der Rechtsprechung des BSG ist bereits klargestellt worden, daß die Prüfungsgremien berechtigt sind, die Grenze zum offensichtlichen Mißverhältnis bei Überschreitungen von mehr als 40 % gegenüber den Vergleichswerten der Fachgruppe festzulegen (zuletzt BSG SozR 3-2500 § 106 Nr 27 S 154 für den Verordnungsbereich). Bisweilen ist dies mit der Einschränkung verbunden worden, eine Grenzziehung schon bei 40 % sei unter Umständen bei Arztgruppen mit einem engen Leistungsspektrum gerechtfertigt (BSGE 62, 24, 30 = SozR 2200 § 368n Nr 48 S 162; vgl auch Spellbrink, Wirtschaftlichkeitsprüfung im Kassenarztrecht, 1994, RdNr 595). Der Senat hat jedoch bei einem Ordnungsregreß gegenüber einem Arzt für Allgemeinmedizin die Annahme eines offensichtlichen Mißverhältnisses bei einer Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts um 42,48 % auch ohne nähere Feststellungen zur Homogenität der Vergleichsgruppe gebilligt, nachdem eine Überprüfung der Ordnungsweise ergeben hatte, daß der betroffene Arzt gelegentlich unzulässige Präparate verordnet hatte und "gegenüber Wunschverordnungen nachgiebig" gewesen war (Urteil vom 2. September 1987 - 6 RKa 11/87 - = KVRs-A-6100/46 S 226). Soweit die die Grenzziehung zum offensichtlichen Mißverhältnis betreffenden Entscheidungen vor dem Senatsurteil vom 9. März 1994 (BSGE 74, 70, 72 = SozR 3-2500 § 106 Nr 23) ergangen sind, beruhen sie noch auf der inzwischen aufgegebenen Auffassung, die Prüfungsgremien seien berechtigt, allein nach statistischen Kriterien über das Vorliegen eines offensichtlichen Mißverhältnisses zu befinden und erst danach zu prüfen, ob der durch die Fallkostendifferenz begründete Nachweis der Unwirtschaftlichkeit durch Praxisbesonderheiten widerlegt werde (vgl BSGE aaO mit Hinweis ua auf BSGE 62, 24, 25 ff = SozR 2200 § 368n Nr 48).

Nach der neueren Rechtsprechung des Senats sind die rechtlich relevanten kostenerhöhenden Praxisbesonderheiten sowie etwaige unterschiedliche Leistungsangebote und Behandlungsweisen innerhalb der jeweiligen Arztgruppe bereits auf der ersten Stufe des Prüfverfahrens zu ermitteln und in ihren Auswirkungen zu bestimmen. Hieraus ergeben sich Folgerungen für die den Prüfungsgremien obliegende Festlegung der Grenze zum offensichtlichen Mißverhältnis. Das zeigt sich bereits darin, daß Differenzierungen hinsichtlich des maßgeblichen Grenzwertes je nach Homogenität der betroffenen Arztgruppe zugelassen worden sind (vgl nur BSGE 62, 24, 30 = SozR 2200 § 368n Nr 48 S 162). Die Homogenität einer Arztgruppe verliert jedoch ihre Eigenschaft als angemessenes Differenzierungskriterium hinsichtlich der Bestimmung der Grenze zum offensichtlichen Mißverhältnis, soweit die Unterschiede im Behandlungsverhalten nun bereits durch die Bildung engerer Vergleichsgruppen oder die genaue Quantifizierung kostenerhöhender Umstände bei dem betroffenen Arzt und deren Abzug vom Fallwert dieses Arztes berücksichtigt worden sind. Daraus leitet sich ab, daß die Grenze zum offensichtlichen Mißverhältnis



nach Berücksichtigung aller Praxisbesonderheiten von den Prüfungsgremien niedriger angesetzt werden darf als zuvor; denn die Wahrscheinlichkeit, daß eine massive Überschreitung des Vergleichsgruppendurchschnitts durch den betroffenen Arzt nicht auf besonderen Praxisumständen, sondern auf unwirtschaftlichem Behandlungs- oder Ordnungsverhalten beruht, wird größer, je mehr relevante Gesichtspunkte des ärztlichen Behandlungsverhaltens schon vorab berücksichtigt worden sind (vgl auch Hesral NZS 1996, 585, 586).

Für die Berechtigung, bei der auf diese Weise durchgeführten Prüfung nach Durchschnittswerten die Grenze zum offensichtlichen Mißverhältnis niedriger anzusetzen als bisher, spricht schließlich auch der Umstand, daß die vom Senat geforderte verfeinerte Vergleichsprüfung nur auf der Seite des zu prüfenden Arztes möglich ist, während in die maßgeblichen Werte der Vergleichsgruppe nach wie vor die Behandlungs- und Verordnungskosten aller Ärzte der Gruppe einfließen. Das wirkt sich für den zu prüfenden Arzt insbesondere dann als Begünstigung aus, wenn eine bei ihm zu berücksichtigende Praxisbesonderheit lediglich in einer für die Vergleichsgruppe untypischen Häufung kostenintensiver Behandlungen besteht. Soweit entsprechende Behandlungen, wie das etwa für die hier relevante Chemotherapie nach Tumoroperationen in Betracht kommt, auch von anderen Ärzten der Vergleichsgruppe - wenn auch in geringerem Umfang - durchgeführt werden, gehen Kosten in die Vergleichswertberechnung ein, die bei dem zu prüfenden Arzt herausgerechnet sind. Dies verdeutlicht im übrigen, daß den Prüfungsgremien auch unter Berücksichtigung der neueren Rechtsprechung des Senats keine strikte Grenze vorgegeben werden kann, bei deren Überschreitung die Übergangszone oberhalb der normalen Streubreite als mit Gewißheit verlassen bewertet werden kann. Jedenfalls sind die Prüfungsgremien aber befugt, nach entsprechender Bereinigung der Fallwerte des zu prüfenden Arztes bzw der Bildung einer engeren Vergleichsgruppe die Grenze zum offensichtlichen Mißverhältnis unter Beachtung aller im Einzelfall maßgeblichen Gesichtspunkte und mit einer die Vorgaben des § 35 Abs 1 SGB X beachtenden Begründung auch unterhalb der bisher von der Rechtsprechung gebilligten Werte "um 50 %" (vgl etwa BSG SozR 2200 § 368n Nr 31 S 100) als erreicht ansehen. Eine Überschreitung des Vergleichsgruppendurchschnitts um 42,8 %, die den Klägern hier regreßfrei verblieben ist, hat der Beklagte beurteilungsfehlerfrei dem Bereich des offensichtlichen Mißverhältnisses zurechnen dürfen, soweit die Verordnungskosten der Kläger um den gesamten auf Praxisbesonderheiten entfallenden Aufwand (hier: Kosten der Chemotherapeutica) vorab bereinigt worden sind.

Die Auffassung des Beklagten, die den Klägern belassene Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts bewege sich noch im Bereich des offensichtlichen Mißverhältnisses, ist schließlich nicht deshalb unzureichend begründet iS des § 35 Abs 1 SGB X, weil der Beklagte nicht explizit mitgeteilt hat, wo er exakt die Grenze zum offensichtlichen Mißverhältnis zieht. Der Senat hat bereits in früheren Urteilen (BSGE 71, 194, 198 = SozR



3-2500 § 106 Nr 15; BSGE 74, 70, 73 = SozR aaO Nr 23 S 127 f) dargelegt, daß die Prüfungsgremien nicht ausdrücklich einen bestimmten Grenzwert im Bescheid angeben müssen, wenn sich aus den vorgenommenen Kürzungen in Verbindung mit der dazu gegebenen Begründung ersehen läßt, bei welchen Überschreitungen ein offensichtliches Mißverhältnis angenommen wurde. Der Senat hält daran fest, daß die Ermittlung des genauen Ausmaßes der Unwirtschaftlichkeit entbehrlich ist, wenn die Prüfungsgremien sich mit einer Honorarkürzung oder einer Regreßfestsetzung begnügen, die die Überschreitungen des zu prüfenden Arztes in Relation zu seiner Vergleichsgruppe nicht unter die Grenze zum offensichtlichen Mißverhältnis zurückführen (BSGE 71, 194, 201 = SozR 3-2500 § 106 Nr 15; vgl auch Clemens in: SchulIn, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd 1, § 35 RdNr 134; Spellbrink, aaO, RdNr 716 f). Hier ist der Beklagte ersichtlich davon ausgegangen, daß den Klägern nach Abrechnung des festgesetzten Arzneikostenregresses iHv 10 % der Verordnungskosten eine noch im Bereich des offensichtlichen Mißverhältnisses liegende Überschreitung des Verordnungsschnitts der Vergleichsgruppe belassen worden ist. Deshalb ist seine Entscheidung hinsichtlich der Regreßhöhe und damit der den Klägern zugebilligten Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts auch ohne detaillierte Begründung rechtmäßig. Im übrigen hat der Beklagte sowohl durch seine Ausführungen zum Ordnungsverhalten der Kläger wie durch den Hinweis, als wirtschaftlich könnten allenfalls Verordnungskosten iHv 153,27 DM je Fall angesehen werden, deutlich gemacht, daß er nach Überprüfung der Ordnungsweise der Kläger - abgesehen von der chemotherapeutischen Tumorbehandlung - keinerlei rechtfertigende Gesichtspunkte für die deutliche Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts hat feststellen können. Er hat vielmehr dargelegt, daß die Kläger in zahlreichen Behandlungsfällen zu aufwendig verordnet und insbesondere durch die Verordnung preisgünstigerer Präparate Kosteneinsparungen hätten realisieren können. In diesem Zusammenhang ist auch von Bedeutung, daß das streitbefangene Quartal III/92 erst das zweite Quartal der vertragsärztlichen Tätigkeit der Kläger darstellt, und daß nach den Feststellungen des SG schon in den Folgequartalen IV/92 und I/93 mit Überschreitungswerten von 56 % und 34,3 % bei den Arzneikosten ein "Trend zur Normalisierung" erkennbar wird.

Da der angefochtene Bescheid mithin nicht an dem vom Berufungsgericht angenommenen Begründungsmangel leidet, hätte er aus diesem Grund nicht aufgehoben werden dürfen. Seine Rechtmäßigkeit hängt indessen davon ab, ob in den drei seitens der Kläger benannten Fällen von Tumorbehandlungen Verordnungskosten iHv 8.654,00 DM - wie der Beklagte angenommen hat - oder von ca 22.000,00 DM - wie die Kläger im Klage- und Berufungsverfahren vorgetragen haben - angefallen sind. Nach den oben dargestellten Werten hinsichtlich der Verordnungskosten der Kläger einerseits und der Vergleichsgruppe andererseits bedarf es keiner näheren Berechnungen darüber, daß für den Fall, daß von den Verordnungskosten der Kläger im streitbefangenen Quartal 22.000,00 DM unter dem Gesichtspunkt einer Praxisbesonderheit abzuziehen sind, auf der Grundlage jedenfalls der statistischen Vergleichsprüfung iS des § 106 Abs 2 Nr 1 SGB V ein unwirt-



schaftliches Ordnungsverhalten nicht festgestellt werden kann. Feststellungen darüber, in welcher Höhe Ordnungskosten in den drei Fällen chemotherapeutischer Behandlung entstanden sind, hat das LSG nicht getroffen, weil es den angefochtenen Bescheid - wie dargestellt - aus anderen Gründen für rechtswidrig gehalten hat. Da der Senat nicht selbst ermitteln kann, um welche Ordnungen bei welchen Patienten es sich im einzelnen handelt, ist der Rechtsstreit an das LSG zurückzuverweisen. Das Gericht wird bei seiner Entscheidung auch über die Kosten des Revisionsverfahrens mit zu befinden haben.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)