

## L 7 Ka 177/72

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
Hessisches LSG  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
7

1. Instanz  
SG Frankfurt (HES)  
Aktenzeichen  
-

Datum  
12.01.1972  
2. Instanz  
Hessisches LSG  
Aktenzeichen  
L 7 Ka 177/72

Datum  
05.12.1973  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufungen des Klägers gegen die Urteile des Sozialgerichts Frankfurt/Main vom 12. Januar 1972 werden zurückgewiesen.

Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger ist in Wiesbaden als Internist zur ärztlichen Versorgung der Anspruchsberechtigten der RVO-Kassen und der Ersatzkassen zugelassen bzw. an ihr beteiligt. Er wendet sich gegen wegen überhöhter Sonder- und Laborleistungen aufgrund schriftlicher Berichte von Prüfärzten (Internisten) vorgenommene Honorarkürzungen.

Er rechnete im Quartal IV/67 246 Fälle (der Durchschnitt der Internisten in W. ist jeweils in Klammern angegeben, hier 296) ab bei einem Honorar von 42,10 DM je Fall (30,44). Mit Bescheid vom 22. Mai 1968 kürzte der Prüfungsausschuß die Honorarforderung des Klägers für diesen Quartal um 1.200,- DM. Seinen Widerspruch wies der Beschwerdeausschuß mit Widerspruchsbescheid vom 13. März 1969 zurück. Am 10. April 1969 erhob der Kläger Klage (S-5/Ka-31/69).

Im Quartal I/69 stellte der Kläger 301 Fälle (358) bei einem Honorar von 50,07 DM je Fall (29,13 DM) in Rechnung. Mit Bescheid des Prüfungsausschusses vom 22. Juli 1969 erfolgte eine Kürzung für dieses Quartal in Höhe von 3.621,- DM. Seinen Widerspruch wies der Beschwerdeausschuß mit Widerspruchsbescheid vom 8. September 1970 zurück. Am 8. Oktober 1970 erhob der Kläger Klage (S-5/Ka-36/70).

Ferner rechnete der Kläger im Quartal I/70 305 Fälle (353) ab einem Honorar von 51,95 DM je Fall (32,92 DM). Mit Bescheid vom 10. August 1970 kürzte der Prüfungsausschuß die Honorarforderung des Klägers für dieses Quartal um 3.088,- DM. Den Widerspruch des Klägers wies der Beschwerdeausschuß mit Widerspruchsbescheid vom 6. August 1971 zurück. Am 26. August 1971 erhob der Kläger Klage (S-5/Ka-30/71).

Mit Beschluss vom 12. Januar 1972 verband das Sozialgericht Frankfurt/Main die vorgenannten Klagen zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung.

Im Quartal I/68 rechnete der Kläger für die Behandlung von Ersatzkassenpatienten 480 Fälle (235) bei einem Honorar von 46,58 DM je Fall (35,31 DM) ab. Mit Bescheid vom 25. Juni 1968 kürzte die Prüfungskommission seine Honorarforderung um 1.485,- DM. Hiergegen legte der Ortsausschuß des Beigeladenen VdAK Widerspruch mit der Begründung ein, daß die Forderung bezüglich EKGs stärker gekürzt werden müsse. Im Quartal III/68 stellte der Kläger bei 450 Fällen (219) ein Honorar von 46,88 DM je Fall (32,18 DM) in Rechnung. Mit Bescheid vom 20. Januar 1969 kürzte die Prüfungskommission seine Honorarforderung um 1.300,- DM wegen zu häufig angefertigter EKGs. Im Quartal IV/68 rechnete er 490 Fälle (242) mit einem Honorar von 53,05 DM jeder Fall (36,97 DM) ab. Mit Bescheid vom 26. März 1969 sprach die Prüfungskommission eine Honorarkürzung von 4.769,70 DM aus. Mit Widerspruchsbescheid vom 15. April 1970, dem Kläger zugestellt am 16. April 1970, setzte die Beschwerdekommision auf den Widerspruch des VdAK unter Abänderung des Bescheides vom 25. Juni 1968 eine weitere Kürzung von 1.883,40 DM für 86 EKGs fest und wies die Widersprüche des Klägers zurück. Am 19. Mai 1970 erhob der Kläger Klage (S-5/Ka-19/70).

Im Quartal I/69 stellte der Kläger bei 487 Fällen (254) ein Honorar von 64,26 DM je Fall (35,59 DM) in Rechnung. Die Prüfungskommission kürzte seine Honorarforderung mit Bescheid vom 2. Juli 1969 um 7.949,90 DM für Labor- und Sonderleistungen. Seinen Widerspruch wies

die Beschwerdekommision mit Bescheid vom 11. September 1969 zurück. Hiergegen erhob der Kläger am 8. Oktober 1969 Klage (S-5/Ka-37/70).

Im Quartal III/69 rechnete der Kläger 502 Fälle (224) ab bei einem Honorar von 58,32 DM je Fall (35,38 DM). Mit Bescheid vom 12. Januar 1969 kürzte die Prüfungskommission seine Honorarforderung um 3.515,25 DM. Im Quartal IV/69 stellte der Kläger bei 539 Fälle (263) ein Honorar von 58,78 DM je Fall (38,70) in Rechnung. Mit Bescheid vom 23. März 1970 setzte die Prüfungskommission eine Honorarkürzung von 5.169,70 DM fest. Seine Widersprüche wies die Beschwerdekommision mit Widerspruchbescheid vom 18. Januar 1971 zurück. Hiergegen erhob er am 3. Februar 1971 Klage (S-5/Ka-2/71).

Im Quartal I/70 rechnete der Kläger 482 Fälle (242) ab bei einem Honorar von 78,80 DM je Fall (41,12 DM). Mit Bescheid vom 3. August 1970 sprach die Prüfungskommission eine Honorarkürzung von 11.182,90 DM aus. Im Quartal II/70 stellte der Kläger bei 462 Fälle (242) ein Honorar von 61,45 DM je Fall (41,18 DM) in Rechnung. Mit Bescheid vom 14. September 1970 kürzte die Prüfungskommission seine Honorarforderung um 6.540,25 DM. Seine Widersprüche wies die Beschwerdekommision mit Widerspruchbescheid vom 6. Juli 1971 zurück. Hiergegen erhob er am 6. August 1971 Klage (S-5/Ka-25/71). Alle Kürzungen erfolgten hauptsächlich wegen übersetzter Laborleistung (vor allem Blut- und Leberstaten) und zu häufig angefertigter EKGs und Oszillogramme. Wegen der Einzelheiten der Begründung wird auf den Inhalt der Bescheide und die jeweiligen prüfärztlichen Stellungnahme verwiesen.

Auch die vorgenannten Klagen verband das Sozialgericht Frankfurt/Mai mit Beschluss vom 12. Januar 1972 zu gemeinsamer Verhandlung und Entscheidung.

Der Kläger machte in der Vorinstanz vor allem geltend, er sei nicht als Allgemeininternist sondern als Cardiologe zu betrachten. Er behandle nahezu ausschließlich Herzpatienten. Er habe auf dem Gebiet der Herzkrankheiten besondere Fachkenntnisse, die er u.a. durch seine 14-jährige Tätigkeit im amerikanischen Militärhospital in H. und die Übersetzung des auf dem Gebiet führenden Buches des Amerikaners Friedberg "Erkrankungen des Herzens" ins Deutsche erworben habe. Er habe auch etwa 20 einschlägige Abhandlungen veröffentlicht. Ob ein Arzt als Cardiologe anzusehen sei, hänge allein von seinen Kenntnissen und Erfahrungen auf diesem Gebiet und nicht so sehr davon ab, welche Geräte er in seiner Praxis zur Verfügung habe. Daß er einen Phonocardiographen benutze, sei z.B. für die Entscheidung der Frage, ob er Cardiologe sei, nicht Voraussetzung. Wegen seiner Tätigkeit als Cardiologe seien seine Honorarforderungen nicht mit denen der Allgemeininternisten zu vergleichen. Durchschnittszahlen für Cardiologen würden bisher von den Kassenärztlichen Vereinigungen nicht erstellt. Es müsse ihm jedoch als Cardiologe zugebilligt werden, im Quartal mindestens ein EKG je Patient zu fertigen und in Rechnung stellen. Er sei insoweit mit den Lungenfachärzten und den anerkannten Magen-Darm-Spezialisten zu vergleichen, die in jedem Quartal jeden Patienten röntgen dürften. Auch sei ihm zuzugestehen, daß er mehr Oszillogramme als der Durchschnitt der Allgemeininternisten, die einen Oszillographen hätten, fertige.

Seine Honorarforderungen seien z. T. zu Recht gekürzt worden, soweit es sich um die Abrechnung von Vollblutbildern handele. Hier hätten im Einzelfall Teilblutbilder nach der Position 812 GOÄ bzw. 744 Adgo. und die Bestimmung des Hämoglobins nach Position 809 GOÄ bzw. 741 Adgo. ausgereicht. Die großen Leberstaten habe er nur erbracht, wenn er sie für erforderlich gehalten habe. Die intravenösen Strophantin-Injektionen seien von ihm täglich verarbeitet worden, im Einzelfall auch am Wochenende. Seine Sprechstundenhilfe habe jedoch versehentlich die Injektionen im zwei oder mehrtägigen Abstand auf den Behandlungsschein vermerkt. In etwa zwei Dritteln der Fälle von chemischen Analysen nach Position 835 GOÄ bzw. 772 Adgo. habe er das Cholesterin bestimmt. Dies sei für einen Cardiologen besonders wichtig, da die Hypocholesterinämie einen großen Risikofaktor für Herzinfarkte darstelle. Die erbrachten Aderlässe halte er gleichfalls für notwendig. Sein Röntgengerät habe er für Sozialversicherte deshalb noch nicht eingesetzt, weil er damit rechnen müsse, daß ihm auch Anforderungen für Röntgenleistungen gestrichen würden. Einem Arzt könne aber hier wie auch sonst im Rahmen der Behandlung von Sozialversicherten nicht zugemutet werden, Kosten für die Behandlung zuzuschieben. Durch die Honorarkürzungen fühle er sich in seinem Grundrecht auf freie Berufsausbildung beeinträchtigt. Auf jeden Fall müsse seine Gesamtpraxisführung beurteilt und dabei berücksichtigt werden, daß er nach dem Prinzip der M.-Klinik arbeite. Auch sei zu berücksichtigen, daß er mit verordneten Arzneimitteln, seinen Krankenhauseinweisungen und Fälle der Arbeitsunfähigkeit äußerst niedrig liege und dadurch Einsparungen erziele; diese beruhten zum großen Teil auch auf Verwendung von Arzneimittelmustern.

Die Beklagte hielt demgegenüber die Honorarkürzungen für berechtigt. Der Kläger liege mit seinen Honorarforderungen erheblich über den Durchschnittswerten der Fachgruppe der Internisten in W ... Sein Patientengut sei sehr wohl mit dem eines Allgemeininternisten zu vergleichen. Weder im Altersaufbau noch in der Zusammensetzung von Mitgliedern, Familienangehörigen und Rentnern unterscheide sich das Patientengut von dem der übrigen Internisten. Der Kläger rechne fast ausschließlich Originalkrankenscheine ab. Außerdem habe er sehr wenig schwere Fälle, was sich aus seiner geringen Besuchstätigkeit und seinen nicht sehr häufigen Krankenhauseinweisungen ergebe. Die Herzdiagnosen seien in der Regel nur allgemeiner Art. Der Kläger betreibe überwiegend eine EKG-Diagnostik. Da ihm das Dreifache des Durchschnitts der von den Internisten in W. gefertigten EKGs zugebilligt worden sei, sei den Besonderheiten seiner Praxis in vollem Umfang Rechnung getragen worden. Von den etwa 50 in Wiesbaden zugelassenen Internisten besäße lediglich einer kein EKG-Gerät. Für einen Cardiologen sei die Labortätigkeit des Klägers sehr stark überhöht.

Mit zwei Urteilen vom 12. Januar 1972, von denen je eines die Kürzung des RVO- und des Ersatzkassenhonorars betraf, wies das Sozialgericht die Klagen als unbegründet ab. In den Entscheidungsgründen wurde insbesondere ausgeführt, daß vorliegend deshalb eine Pauschalkürzung zulässig sei, da der Kläger bei stets über 200 Fällen den Honorardurchschnitt seiner Fachgruppe um über 40 % überschritten habe. Soweit dies in zwei Quartalen nicht der Fall gewesen sei, sei eine ausreichende und nicht zu beanstandende Einzelfallprüfung erfolgt. Zahlreiche Leistungsarten habe der Kläger in überhöhtem Umfang erbracht. Er müsse sich auch als Cardiologe mit dem Durchschnitt der Allgemein-Internisten vergleichen lassen. Ein Verfassungsverstoß liege nicht vor. Weitere Praxisbesonderheiten über den von den Prüfinstanzen konzidierten Rahmen hinaus (z.B. ein Mehrfaches an EKGs) könnten dem Kläger nicht zugebilligt werden. Er habe auch keinerlei kompensationsfähige Einsparungen aufzuweisen. Schließlich sei die Höhe der Kürzung ebenfalls nicht zu beanstanden, weil dem Kläger auch nach ihr noch ein den Fachgruppendurchschnitt nicht unwesentlich überschreitender Betrag belassen worden sei.

Gegen diese am 28. Januar 1972 mittels eingeschriebenen Briefs an den Kläger abgesandten Urteile hat dieser jeweils am 24. Februar 1972 Berufungen eingelegt, welche der Senat mit Beschluss vom 5. Dezember 1973 zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden hat. Mit ihnen macht der Kläger vor allem geltend, es sei nun wohl unstrittig, daß er Cardiologe sei. Deshalb sei ihm aber ein EKG pro

Patient pro Quartal zu vergüten. Im übrigen sei er überhaupt als Cardiologe mit den übrigen Internisten und deren Durchschnittswerten nicht zu vergleichen, wenn man nicht gegen das Grundgesetz verstoßen wolle. Er habe auch kompensationsfähige Einsparungen aufzuweisen. Bei Zweifeln hätte bereits das Sozialgericht ein Gutachten über die entsprechende Kausalitätsfrage einholen müssen, weil es hierfür nicht ausreichend sachkundig gewesen sei. Insgesamt sei darüber hinaus vorliegend eine Einzelfallprüfung notwendig gewesen, die das Sozialgericht unterlassen habe. Er habe zwar in einzelnen Leistungsgruppen über dem Durchschnitt gelegen, doch bei seinen Gesamtkosten enorm eingespart. Dies sei vor allem bei den von ihm veranlaßten Leistungen Dritter – etwa Krankenhausbehandlung, Bäder, Massagen – der Fall, die von den Krankenkassen direkt bezahlt werden müßten und die bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung gleichfalls zu berücksichtigen seien. Vor allem bei den Krankenhauseinweisungen habe den Fachgruppenschnitt um etwa die Hälfte unterschritten. Es bestehe auch ein ursächlicher Zusammenhang zwischen seinem Mehr- und Minderaufwand an Leistungen. Er habe nämlich nicht nur leichte Fälle ohne Krankenhausbedürftigkeit, sondern im Gegenteil viele besonders gefährdete Fälle zu behandeln, die von ihm als renommierten Cardiologe ohne Krankenhauseinweisung, insbesondere durch akute Senkung des Cholesterinspiegels, geheilt würden. Bei den Wiesbadener Internisten seien Honorarkürzungen hauptsächlich nur bei ihm erfolgt, was willkürlich sei.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt/Main vom 12. Januar 1972 sowie die Bescheide vom 22. Mai 1968, 22. Juli 1969, 10. August 1970 und die Widerspruchsbescheide vom 13. März 1969, 8. September 1970 und 6. August 1971 aufzuheben, ferner, die Beklagte zu verurteilen, auf die einbehaltenen Beträge ab Fälligkeit 8 % Zinsen zu zahlen.

In der früheren Sache L-7/Ka-178/72 beantragt der Kläger, das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt/Main vom 12. Januar 1972 sowie die Bescheide vom 25. Juni 1968, 20. November 1969, 26. März 1969, 2. Juli 1969, 12. Januar 1969, 23. März 1970, 3. August 1970 und 14. September 1970 und die Widerspruchsbescheide vom 15. April 1970, 11. September 1969, 18. Januar 1971 und 6. Juli 1971 aufzuheben, ferner die Beklagte zu verurteilen, auf die einbehaltenen Beträge ab Fälligkeit 8 % Zinsen zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,  
die Berufung zurückzuweisen.

Sie wendet ein, der Kläger habe weder den beruflichen Werdegang noch das Leistungsspektrum eines Cardiologen. Er habe bei seiner Kassenzulassung keine entsprechende Qualifikation nachgewiesen, insbesondere nicht die für eine formelle Anerkennung als Cardiologe von der Landesärztekammer Hessen aufgestellten Richtlinien erfüllt. Er betreibe auch nach seinen Apparaturen und nach den von ihm erbrachten Leistungen eine normale internistische Fachpraxis, und zwar z.B. im Gegensatz zu drei vorwiegend cardiologisch tätigen Kollegen, die bei größerem Leistungsspektrum wesentlich weniger EKGs abrechneten. Die von ihm verursachten relativ niedrigen Kosten für Arzneimittel und Krankenhauseinweisungen seien nicht auf seine aufwendige EKG- und Labordiagnostik zurückzuführen, sondern auf die Verwendung von Arzneimustern, die Behandlung vieler leichter Fälle sowie die Durchführung vieler Vorsorgeuntersuchungen. Hierbei sei bemerkenswert, daß nach seinen eigenen Angaben 90 % der angefertigten EKGs keinen krankhaften Befund aufwiesen.

Der beigelegene VdAK hat beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Er hat sich im wesentlichen der Auffassung der Beklagten angeschlossen und dabei geltend gemacht, daß die vom Kläger hervorgehobene Höhe der Kürzungen nicht etwa für ihn, sondern gegen ihn spreche.

Der Berichterstatter hat mit Beschluss vom 25. September 1973 die drei hessischen Landesverbände der RVO-Kassen zum Verfahren beigelegt. Diese haben keine Anträge gestellt, sich aber zum Teil der Auffassung des Beklagten angeschlossen.

Auf den weiteren Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakten sowie der von den Beteiligten vorgelegten Unterlagen, welcher zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurde, wird im einzelnen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die von dem Senat wegen des engen Sachzusammenhanges nach [§ 113 SGG](#) zur gemeinsamer Verhandlung und Entscheidung verbundenen Berufungen des Klägers sind zulässig. Sie sind insbesondere nach [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristrecht eingelegt und nach [§ 143 SGG](#) statthaft.

Die Berufungen sind jedoch unbegründet. Der Entscheidung des Sozialgerichts ist beizupflichten. Die Kürzung der Honorarforderungen des Klägers für die streitigen Quartale durch die Prüfungsinstanzen wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise besteht zu Recht. Der Kläger darf als Kassenarzt nach § 368 e RVO Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, nicht bewirken oder verordnen. Die Beklagte hat nach § 368 n Abs. 4 RVO die Wirtschaftlichkeit der Kassenärztlichen Versorgung durch besondere Ausschüsse im Wege der Selbstverwaltung zu überwachen. Über die Methode der hiernach notwendigen Honorarprüfung besagt das Gesetz nichts Näheres. Das Bundessozialgericht (BSG) hat hierzu in seinem Grundsatzurteil (so Bogs in BABI 61, 312) vom 27. November 1959 (ÄM 1960, 1030) ausgeführt, daß die Prüfung nicht nur anhand der einzelnen Behandlungsfälle, sondern ggf. auch unter Verwendung von statisch festgestellten Prüfrichtzahlen erfolgen könne. Diese Rechtsprechung hat das BSG in seinem Urteil vom 29. Mai 1962 – [6 RKA 24/59](#) – dahin fortentwickelt, daß die Feststellung einer Unwirtschaftlichkeit der Behandlungsweise auch ohne Prüfung von Einzelfällen allein aufgrund statischer Vergleiche dann zulässig sei, wenn die Durchschnittssätze bei einzelnen Leistungsgruppen so erheblich überschritten seien, daß für sachverständige Prüfer die Unwirtschaftlichkeit der Behandlungsweise offensichtlich sei. Dieselben Grundsätze gelten, soweit vorliegend die Kürzung des Ersatzhonorars streitig ist, nach § 14 des Ersatzkassenvertrages vom 20. Juli 1963 und der hierzu ergangenen Rechtsprechung.

Hier war die Behandlungsweise des Klägers in dem Obengenannten Sinne offensichtlich unwirtschaftlich, weil er in den streitigen Quartalen den Honorardurchschnitt der Internisten in W. um ca. 32 % bis 90 % überschritten hat, wobei die Überschreitung bei den Sonderleistungen teilweise noch wesentlich höher lag. Diese statische Betrachtungsweise ist vorliegend umso beweiskräftiger, als hier immerhin 11 Quartale mit jeweils mehreren hundert Behandlungsfällen der Wachprüfung unterlegen haben; durch diesen weiten Umfang der Prüfung sind Zufallsergebnisse weitgehendst ausgeschlossen. Es wäre deshalb hier auch unerheblich, wenn man die Auffassung vertreten wollte, daß

eine Überschreitung des Durchschnittswerts um etwas weniger als 40 % noch im Grenzbereich offensichtlicher Unwirtschaftlichkeit liegen könnte. Überdies ist in den beiden Quartalen, in denen die Überschreitung mit 32 % bzw. 38 % den Umfang von 40 % nicht erreichte, eine ausreichende und in ihren Ergebnissen nicht zu beanstandende repräsentative Einzelprüfung erfolgt.

Der Kläger kann gegen eine Pauschalprüfung auch nicht einwenden, er sei Cardiologe, weshalb die für Allgemeininternisten gültigen Prüfrichtzahlen auf ihn nicht anwendbar seien. Er ist deshalb nicht Cardiologe im Rechtssinne, weil ihm nicht von der zuständigen Landesärztekammer die schon seit Anfang 1970 mögliche Führung der Teilgebietsbezeichnung Cardiologe genehmigt wurde. Insoweit ist es möglich, daß er die entsprechenden Voraussetzungen nicht voll erfüllt oder aber deshalb an dieser Genehmigung nicht interessiert ist, weil er sonst im wesentlichen nur auf dem Teilgebiet Cardiologie tätig sein dürfte. Ist er aber rechtens kein Cardiologe, so ist er Internist und auch bei der Honorarprüfung grundsätzlich als solcher zu behandeln. Seine cardiologische Erfahrung und Betätigung kann hierbei nur als Praxisbesonderheit berücksichtigt werden. Dieser Besonderheit ist indessen schon dadurch ausreichend Rechnung getragen, daß ihm in Anbetracht seiner vorwiegend betriebenen EKG-Diagnostik gegenüber seinen Fachkollegen der 3-fache Satz an EKGs belassen wurde. Bei alledem kann auch nicht unberücksichtigt bleiben, daß von den vorliegend insgesamt 6 als Prüfarzte tätig gewordenen Internisten der cardiologischen Charakter seiner Praxis überwiegend stark bezweifelt oder sogar verneint wurde. Weitere objektive Praxisbesonderheiten, die die auffallend hohe Zahl von Sonder- und Laborleistungen rechtfertigen könnten, wurden von den Prüfarzten nicht ermittelt, zumal auch das relativ enge Leistungsspektrum des Klägers bereits gegen eine echte cardiologische Ausrichtung seiner Praxis spricht. Insoweit müßte der Senat berücksichtigen, daß der Kläger zwei wesentliche Teilgebiete der Cardiologie, nämlich die Phonocardiographie und die Röntgenologie des Herzens nicht betreibt, weshalb er auch nicht behaupten kann, nach Art der M.klinik tätig zu werden. Im übrigen fällt auch ein Vergleich mit vorwiegend cardiologischen Praxen negativ für den Kläger aus, weil diese Fachärzte wesentlich weniger EKGs abrechnen als der Kläger.

Ferner hat er auch keine kompensationsfähigen Einsparungen aufzuweisen. Diese könnten nämlich nur dann bejaht werden, wenn zwischen Mehr- und Minderaufwand Kausalität besteht, welche jedoch nicht etwa einfach vermutet werden kann (vgl. [BSG 17, 79](#) ff.). Diese Kausalität hat jedoch der Kläger selbst nicht einmal substantiiert behauptet und auch der sachkundig besetzte Senat vermochte sie nicht festzustellen. Hinzu kommt noch, daß der Kläger zumindest bei den Arzneikosten und Arbeitsunfähigkeitsfällen keine wesentlichen Einsparungen zu verzeichnen hat. Massagen und Bäder, bei denen er keine Einsparungen behauptet, fallen ohnehin nicht nennenswert in das Gewicht. Schließlich konnten auch auf dem Gebiet der Krankenhauseinweisungen, wie der Verband der Ortskrankenkassen mit Recht vorgetragen hat, keine Einsparungen nachgewiesen werden, die ursächlich auf die Praxisführung des Klägers zurückgeführt werden könnten. Insoweit wäre erforderlich gewesen, anhand von Einzelfällen den Nachweis zu führen, welche Einsparungen erzielt wurden. Hierzu hat der Kläger keine konkreten Unterlagen vorgelegt. Die geringeren Krankenhauseinweisungen gegenüber dem Durchschnitt in einzelnen Quartalen erklären sich auch, wie das Sozialgericht mit Recht ausgeführt hat, aus dem Krankengut des Klägers, das keine schweren und akut kranken Fälle auswies. Jedenfalls konnten die Prüfarzte anhand der von ihnen überprüften Einzelfälle solche nicht feststellen. Das vom Kläger vorgelegte Rechenwerk ist ohne Beweiswert, weil es von einer rein schematischen und nicht gemäß § 368 e RVO am Grundsatz der Wirtschaftlichkeit orientierten Behandlungsweise ausgeht. Soweit das Sozialgericht die Honorarkürzung wegen erhöhter Injektionen nach Position 30 GOÄ, Oszillogrammen Pos. 96 GOÄ, Aderlässe Pos. 28 GOÄ und Laborleistungen nach Pos. 815 GOÄ, 835 GOÄ für zulässig gehalten hat, begegnet das angefochtene Urteil ebenfalls keinen Bedenken, weil die Prüfarzte anhand zahlreicher Einzelfälle die Unwirtschaftlichkeit insoweit überwiegend aufgezeigt haben. Für das Ersatzkassengebiet gilt insoweit das gleiche.

Der Kläger kann sich auch nicht auf die vom Senat entschiedene Streitsache [L 7 Ka 538/70](#) eines Wiesbadener Arztes berufen, da dort der Sachverhalt ein anderer war insbesondere auf dem Gebiet der Arzneikosten Einsparungen erzielt worden waren.

Schließlich ist auch die Höhe der streitigen Kürzungen nicht zu beanstanden, weil dem Kläger noch sehr erhebliche, den Fachgruppendurchschnitt überschreitende Beträge verblieben sind.

Somit waren die unbegründeten Berufungen, wie geschehen, zurückzuweisen.

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

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2007-10-02