

L 5 KA 2108/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
5
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 11 KA 2783/05
Datum
22.02.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KA 2108/06
Datum
08.11.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Kläger Ziffer 2 gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 22. Februar 2006 wird zurückgewiesen.

Die Kläger Ziffer 2 tragen die Kosten des Berufungsverfahrens mit Ausnahme der Beigeladenen

Tatbestand:

Bei den Beteiligten stehen Honorarkürzungen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung in den Quartalen 3/99 bis 2/00 im Streit.

Der Kläger Dr. K. ist als Facharzt für Innere Medizin in M. seit dem 1. Oktober 1993 niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. In der Zeit vom 1. Juli 1998 bis 14. Februar 2001 bestand die Praxis als Gemeinschaftspraxis der Kläger Ziffer 2 (Dr. K. und Dr. M.) sowie der Klägerin Ziffer 3 (Dr. L.-V.), wobei es sich um eine reine Überweisungspraxis mit ausschließlich gastroenterologischem und hepatologischem Klientel handelte.

Aufgrund gemeinsamer Anträge der damaligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordbaden (Rechtsvorgängerin der jetzigen Klägerin Ziffer 1) sowie der Verbände der Krankenkassen überprüfte der Prüfungsausschuss (bei der damaligen KV Nordbaden) die Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Aufwendungen in den Quartalen 3/99, 4/99 sowie 1/00 und 2/00. Die Praxis der Kläger Ziffer 2 und 3 wurde als fachärztlich-internistische Praxis mit Schwerpunkt "Gastroenterologie" gewertet. Es war hierbei von folgenden Zahlenwerten ausgegangen worden:

Quartal Gesamtfallzahl Vertragsärzte (Fachgruppe) Rentneranteil Vertragsärzte (Fachgruppe) 3/99 1139 (723) 27 % (33 %) 4/99 1195 (726) 26 % (31 %) 1/00 1378 (818) 28 % (32 %) 2/00 1279 (733) 27 % (31 %)

Quartal Geb.-Nummer (GNR) Absolute Anzahl Anz./100 F Ärzte (KI.Ziff.2 und 3) Anz./100 F ausf. Praxen Überschreitung Anzahl der ausf. Praxen 3/99 17 1097 96 36 167 % 9 18 413 36 17 112 % 5 4/99 17 1127 94 36 161 % 10 18 436 36 15 140 % 6 1/00 17 1362 98 41 139 % 10 18 361 26 12 117 % 6 2/00 17 1223 95 45 111 % 11 18 354 27 10 170 % 7

Bei den Verordnungskosten betrug die Abweichung der damaligen Gemeinschaftspraxis der Kläger Ziffer 2 und 3 im Vergleich zur Fachgruppe in den Quartalen 3/99 bis 2/00 127 %, 178 %, 147 % und 158 %. Der Mehraufwand zur Richtgröße betrug in den genannten Quartalen 199.377,60 DM, 208.014,96 DM, 243.445,92 DM und 283.902,08 DM.

Die Leistungslegende der damals noch bestehenden GNR 17 EBM lautete:

Intensive ärztliche Beratung und Erläuterung zu den therapeutischen, familiären, sozialen oder beruflichen Auswirkungen und deren Bewältigung bei nachhaltig lebensverändernder oder lebensbedrohender Erkrankung, ggfs. unter Einbeziehung von Bezugspersonen und fremdanamnestischer Angaben, Dauer mindestens zehn Minuten.

Die Leistungslegende der GNR 18 EBM lautete:

Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 10, 11 und 17 bei einer Gesprächsdauer von mehr als 30 Minuten.

§ 9 Abs. 3 der Prüfvereinbarung (PV) lautete in den hier streitigen Quartalen wie folgt:

"Die Überprüfung durch den Vergleich der Durchschnittswerte kann sich beziehen auf die Gesamttätigkeit des Vertragsarztes (Gesamtfallwerte) und die Tätigkeit in den definierten Leistungsgruppen. Soweit eine statistische Vergleichsprüfung einzelner Gebührennummern unter Berücksichtigung der von der Rechtsprechung aufgestellten Grundsätze zulässig ist, ist wie folgt vorzugehen:

a) Wird die zu prüfende Gebührennummer vom Arzt im Quartal bis zu 100 mal abgerechnet, erfolgt eine Einzelfallprüfung. b) In allen anderen Fällen muss eine repräsentative Einzelfallprüfung von mindestens 20 v.H. der Fälle erfolgen (mindestens jedoch 100 Fälle)."

Der Prüfungsausschuss schloss aus den Überschreitungen des Fachgruppendurchschnitts bei den Gebührennummern (GNR) 17 und 18 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) auf eine unwirtschaftliche Behandlungsweise, er hielt in allen angeführten Quartalen eine pauschale Kürzung auf den Fachgruppendurchschnitt plus 100 % für sachgerecht und verfügte bei der Honoraranforderung der Vertragsärzte jeweils mit Prüfbescheid vom 10. Juni 2002 (Quartale 3/99 und 4/99) und Prüfbescheid vom 18. November 2002 (Quartale 1/00 und 2/00) folgende Kürzungen:

GNR 3/99 4/99 1/00 2/00 17 83.100,0 Punkte 80.100,0 Punkte 69.600,0 Punkte 21.600,0 Punkte 18 7.800,0 Punkte 24.300,0 Punkte 9.000,0 Punkte 29.400,0 Punkte

Die Kläger Ziffer 2 erhoben jeweils Widerspruch und machten geltend, dass ihre Praxis eine Überweisungspraxis mit klar ausgewiesenen Mitbehandlungsaufträgen sei. U. a. hätten sie auch bereits mit Schreiben vom 22. November 2001 Ausführungen dazu gemacht, wie es zu der hohen Anzahl bei der Abrechnung der GNR 17 und 18 EBM gekommen sei. Eine Praxisbesonderheit sei, dass durch die Leistungen in einer hohen Zahl Krankenhauseinweisungen vermieden worden seien. Wegen der Behandlung chronisch-viraler Hepatiden, der durchgeführten Interferon-Therapie, der Betreuung von Patienten mit schweren Verlaufsformen chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen sowie vor und nach Lebertransplantationen usw. sei ein Vergleich mit der Fachgruppe der Internisten oder der Gastroenterologen nicht möglich. Aus dem Krankheitsbild der Patientinnen und Patienten lasse sich ohne Weiteres ablesen, dass eine derartige Anzahl schwerster Verlaufsformen von ohnehin schweren Erkrankungen in der Praxis eines niedergelassenen Internisten in der Regel nur in Zusammenarbeit mit stationären Einrichtungen behandelt werden könnten. Auf gar keinen Fall hätte - wie der Prüfungsausschuss sich ausgedrückt habe - "in den Quartalen eine pauschale Kürzung der Ziffern 17 und 18 vorgenommen" werden dürfen. Offensichtlich sei es dem Prüfungsausschuss nicht möglich gewesen, etwas zu vergleichen und etwas sachgerecht zu bemessen. Dies sei ein grober Fehler, der den Bescheid des Prüfungsausschusses rechtswidrig mache. Den Krankenkassen sei aufzugeben, Kosten z. B. von Leberpunktionen unter stationären Bedingungen oder der Einleitung von Interferon-Therapien unter stationären Bedingungen mitzuteilen. Die entsprechenden Zahlen würden ein erhebliches Kompensationspotenzial der Praxis aufzeigen.

Mit Bescheid vom 25. April 2005 (Beschluss 2. März 2005) wies der beklagte Beschwerdeausschuss (bei der KV Baden-Württemberg Bezirksdirektion Kammer K.) die Widersprüche zurück. Die Kläger Ziffer 2 und 3 seien mit der Fachgruppe der Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie verglichen worden, die sich im Bereich der (damaligen) KV Nordbaden im Quartal 3/99 aus neun, im Quartal 4/99 und 1/00 aus zehn und im Quartal 2/00 aus elf Praxen zusammengesetzt habe und grundsätzlich eine aussagekräftige Vergleichsgruppe bilde (Hinweis auf Urteile des BSG vom 16. Juli 2003 und 27. April 1982 - [B 6 KA 14/02 R](#) und [6 Rka 7/79](#) -, wonach schon Vergleichsgruppen von neun ausführenden Ärzten als ausreichend erachtet wurden, wenn sie hinreichend homogen gewesen seien). Bei den Gastroenterologen habe es sich hier um eine homogene Gruppe gehandelt, denn diese hätten ein relativ enges Leistungsspektrum und die Hauptumsatzbringer, nämlich Gastro- und Koloskopien sowie Sonografien des Bauchraumes würden von allen Vergleichspraxen in großer Zahl durchgeführt. Bei den GNR 17 und 18 EBM handele es sich um fachgruppentypische Leistungen. Diese Leistungen würden auch von einer größeren Anzahl der Fachgruppe regelmäßig in nennenswertem Umfang erbracht werden, denn beide GNR seien in allen streitigen Quartalen von mehr als 50 % der Fachgruppenmitglieder in weit mehr als 5 bis 6 % der Fälle abgerechnet worden. Sie seien daher für einen statistischen Vergleich geeignet (Hinweis auf das Urteil des BSG vom 16. Juli 2003 - [B 6 KA 45/02 R](#)). Bei der im Rahmen der intellektuellen Beurteilung der Abrechnungen der Ärzte durchgeführten Durchsicht aller Behandlungsausweise der Quartale 3/99 und 4/99, auf denen die GNR 17 und 18 EBM abgerechnet worden sei, habe sich gezeigt, dass diese Abrechnungen nicht "quer Beet", sondern im Wesentlichen bei Patienten erfolgten, die mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen bzw. mit viral bedingten und schweren Hepatiden behandelt worden seien, jeweils etwa 8 % aller Patienten. Die Behandlung dieser Patienten sehe der Beklagte vom Umfang her als eine gewisse Besonderheit der Praxis an, die aber der Vergleichbarkeit der Ärzte mit ihrer Fachgruppe nicht entgegenstehe. Die Abrechnung der GNR 17 und 18 EBM liege in allen Quartalen zwischen 111 % und 167 % bei der GNR 17 EBM und zwischen 112 % und 170 % (bei GNR 18 EBM) über dem Durchschnitt der ausführenden Praxen und somit weit im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses. Der Beklagte nehme (dies) im vorliegenden Fall bei einer Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts, unter Ausschluss der so genannten Nullabrechner, von 100 % an, sodass die Überschreitung die Wirkung eines Anscheinsbeweises der Unwirtschaftlichkeit habe. Auch die Durchsicht der Abrechnungsscheine der Quartale 3/99 und 4/99 bestätige diesen Eindruck. Hierzu wurden im Einzelnen zehn Fälle aufgelistet und beschrieben. Weiter führte der Beklagte diesbezüglich aus, diese Beispiele zeigten mit großer Deutlichkeit die Unwirtschaftlichkeit der vielfachen Abrechnung der GNR 17 und 18 EBM. In all den genannten Fällen wäre, wenn überhaupt, nach Auffassung des Beklagten die einmalige Abrechnung der GNR 17 EBM mit einer Gesprächsdauer bis zu 30 Minuten ausreichend gewesen. Kompensatorische Einsparungen durch die unwirtschaftliche Abrechnung der Beratungsleistungen seien nicht festzustellen. Dies gelte insbesondere im Bezug auf die behaupteten Einsparungen im Krankenhausbereich. Auch bei wirtschaftlicher Erbringung dieser Leistungen hätten sich Einweisungshäufigkeit und -dauer nicht verändert. Die vorgenommene Kürzung auf den Durchschnitt der Fachgruppe, bezogen auf die diese Gebührennummern abrechnenden Praxen, plus 100 % sei sachgerecht. Sie belasse den Klägern Ziffer 2 und 3 gegenüber ihrer Fachgruppe immer noch die doppelte Abrechnungshäufigkeit. Dies sei auch unter Berücksichtigung einer erhöhten Anzahl von behandlungsintensiven Patienten angemessen. Im Ergebnis würden sich folgende Kürzungen nach der Punktwertberechnung ergeben.

Quartal Punkte Kürzung in DM nach Punktwertberechnung Euro 3/99 90.900,00 7.117,47 3.639,10 4/00 104.400,00 8.122,32 4.152,07 1/00 78.600,00 5.274,97 2.697,05 2/00 51.000,00 3.798,36 1.942,08

Hiergegen haben die Klägerin Ziffer 1 am 11. Mai 2005 (Az. S 11 KA 2783/05) und die Kläger Ziffer 2 und 3 am 25. Mai 2005 (Az. S 11 KA 3161/05) beim Sozialgericht Stuttgart (SG) Klage erhoben, die mit Beschluss vom 16. September 2005 vom SG zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden worden sind.

Zur Begründung ihrer Klage hat die Klägerin Ziffer 1 ausgeführt, dass die Feststellung einer Unwirtschaftlichkeit bei der Abrechnung von

Einzelziffern nicht mehr ausschließlich durch statistischen Vergleich, sondern auch durch eine Beispielfallprüfung zulässig sei. Sie hat in dem Zusammenhang u. a. auf ein Gutachten von Prof. Dr. G. vom 1. Mai 1994 verwiesen. Aufgrund der Bedenken von Statistikwissenschaftlern gegen rein statistische Prüfungen von einzelnen GNR sei in der Prüfvereinbarung (PV) der Klägerin Ziffer 1 ein Verfahren vereinbart, welches statistische Probleme minimiere. In der PV könnten auch Einzelfallprüfungen vereinbart werden, es bestehe keine Beschränkung auf die in [§ 106 Abs. 2 SGB V](#) alter Fassung genannten Prüfarten. Hierbei sei die Rechtsprechung des BSG zu beachten, wonach die Wahl der Prüfmethode "Einzelfallprüfung" im Einzelfall unzulässig sein könne, wenn sie die Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung unzumutbar erschwere. Dies sei hier jedoch nicht der Fall. Da bei mehr als 100 Fällen nach § 9 Abs. 3 PV lediglich 20 % zu prüfen seien, könne nicht von einer unzumutbaren Erschwernis ausgegangen werden. Dies gelte umso mehr, als vom Gutachter ohnehin angeblich alle Scheine geprüft worden seien. Somit liege keine Kollision der Bestimmung der PV mit den vom BSG entwickelten Rechtsgrundsätzen vor. Sie sei deshalb nicht wegen Verstoß gegen höherrangiges Recht nichtig. Aufgrund der in der Prüfvereinbarung mit normativer Wirkung vereinbarten Voraussetzungen habe der Beklagte eine entsprechende Einzelfallprüfung durchführen und darlegen müssen und hiervon nicht abweichen dürfen (Hinweis auf Urteil des BSG vom 23. Februar 2005 - [B 6 KA 72/03 R](#) -). Nach der Rechtsprechung des BSG müsse eine Vergleichsgruppe ausreichend groß und hinreichend homogen zusammengesetzt sein. Der Beklagte widerspreche sich mehrfach selbst, wenn er in der Klageerwiderung vortrage, er habe die Ärzte mit der besonders homogenen Gruppe der Endokrinologen verglichen, auf Seite 2 hingegen wieder von den Gastroenterologen die Rede sei, während im Folgenden wieder auf die Gruppe der Endokrinologen abgestellt werde. Im Widerspruchsbescheid hingegen seien die Kläger Ziffer 2 und 3 mit der Fachgruppe der Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt "Gastroenterologie" verglichen worden. Zwar reichten nach der Rechtsprechung bei einer homogenen Vergleichsgruppe und hohen Fallzahlen sieben bis neun Vergleichspraxen für einen statistischen Vergleich aus. Hinsichtlich der GNR 18 EBM habe der Beklagte jedoch lediglich fünf, sechs, sechs und sieben ausführende Praxen in den streitigen Quartalen angeführt. Eine derartige Gruppe sei zu klein, um ihr auch nur annähernd die Bedeutung der Fachgruppe beimessen zu können. Zwar habe das BSG in seinem Urteil vom 16. Juli 2003 ([B 6 KA 45/02 R](#)) zu GNR 18 EBM ausgeführt, dass es ausreichend sei, wenn ein großer Teil der Ärzte der Vergleichsgruppe die Leistung in nur 1,98 bis 2 % der Fälle abrechne, dies gelte jedoch nur dann, wenn die entsprechende Vergleichsgruppe auch zutreffend gebildet worden sei. Dies sei hier nicht geschehen.

Die Kläger Ziffer 2 und 3 haben sich den Ausführungen der Klägerin Ziffer 1 angeschlossen und zusätzlich darauf noch verwiesen, dass sich die Fachgruppe aus der Arzt-Nummer ergebe. Die Kläger Ziffer 2 und 3 hätten die Arzt-Nummer 53 19 362. Die 53 gebe den Bereich an (Nordbaden), die 19 die Fachgruppe (Internisten) und 362 sei eine laufend vergebene Nummer für die einzelne Praxis. Die Gastroenterologen hätten die Nummer 203. Dies lege den Verdacht nahe, dass eine unspezifische Auswahl bei der Bildung der herangezogenen Vergleichsgruppe erfolgt sei, nämlich aus der Fachgruppe 19, nicht aus der Gruppe 203. Zwar werde von der Fachgruppe mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie gesprochen, an anderer Stelle jedoch von Endokrinologen, was etwas völlig anderes sei. Die Kläger Ziffer 2 und 3 seien mit keiner sonstigen in der näheren Umgebung ansässigen gastroenterologischen Praxis vergleichbar, dies ergebe sich bereits aus der Feststellung, dass 8 % der Patienten chronisch-entzündliche Darmerkrankungen oder viral bedingte und schwere Hepatitiden aufwiesen. Darüber hinaus hätten die Kläger Ziffer 2 und 3 in erheblichem Umfang weitere Patienten mit schwersten Erkrankungen (Leberpunktionen, Einleitung von Interferon-Therapie, LTX und Ascites-Punktion etc.). Eine Vergleichsgruppe existiere somit nicht, zumindest sei nicht ersichtlich, wie eine solche gebildet worden sei. Der Beklagte habe auch keine ausreichende Feststellung getroffen zur Umschreibung und Wertung der Praxisbesonderheiten. Neben den 8 % anerkannten Fällen seien auch die genau so schwerwiegenden bereits genannten weiteren Fälle herauszurechnen. Eine Berücksichtigung unter dem Gesichtspunkt der Praxisbesonderheit hätte nicht mit einer pauschalen Marge der Überschreitung des Fachgruppendurchschnittes (plus 100 %) durchgeführt werden dürfen. Es hätte quantifiziert werden müssen, in welchem Umfang die anerkannten und die zusätzlich anzuerkennenden schweren Fälle die GNR 17 EBM und 18 EBM bedingt hätten. Diese Zahl hätte aus den statistischen Zahlen herausgerechnet und sodann der Vergleich mit der Fachgruppe durchgeführt werden müssen. Des Weiteren sind die Kläger Ziffer 2 und 3 noch im Einzelnen auf die im Widerspruchsbescheid angeführten Beispielfälle eingegangen.

Der Beklagte ist dem entgegengetreten und hat darauf verwiesen, soweit der Begriff "Endokrinologen" verwendet worden sei, habe es sich um ein Versehen gehandelt. Die Kläger Ziffer 2 und 3 seien vielmehr mit der besonders homogenen Fachgruppe der Gastroenterologen verglichen worden. Die Fachgruppe habe die GNR 17 EBM in den streitigen Quartalen in 36 %, 36 %, 41 % und 45 % der Fälle abgerechnet sowie die GNR 18 EBM in 17 %, 15 %, 12 % und 10 % der Fälle. Es handele sich somit um fachgruppentypische Leistungen. Die Gastroenterologen seien eine besonders homogene Vergleichsgruppe. Internisten mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie müssten - anders als bei Zusatzbezeichnungen - auch in diesem Schwerpunkt tätig sein. Dies bedeute, dass entsprechende Praxen typischerweise Patienten mit Morbus Crohn, Colitis ulcerosa sowie schweren Lebererkrankungen behandeln müssten. Wie das BSG in ständiger Rechtsprechung entschieden habe, reichten bei einer homogenen Vergleichsgruppe und hohen Fallzahlen sieben bis neun Vergleichspraxen für einen statistischen Vergleich aus. Bei der GNR 17 EBM, die von neun bis elf Gastroenterologen abgerechnet werde, sei dies damit wohl außer Streit. Für die statistische Prüfung der GNR 18 EBM stellten schon fünf bis sieben abrechnende Praxen ebenfalls eine ausreichende Vergleichsgruppe dar. Dies ergebe sich aus der Besonderheit der GNR 18 EBM als reiner Zuschlagsnummer. Sie sei von ihrem Leistungsinhalt her auch für alle Internisten eine fachgruppentypische Grundleistung. Das BSG habe bei dieser Zuschlagsnummer für die statistische Vergleichbarkeit es ausreichen lassen, wenn ein großer Teil der Ärzte der Vergleichsgruppe die Leistungen in nur 1,98 % bis 2 % der Fälle abrechne. Im vorliegenden Falle lägen für die streitigen Quartale folgende Zahlen vor:

Quartal GNR Absolut abger. Anzahl FG Anzahl FG in % der Fälle Anzahl ausf. Praxen der FG 3/99 18 123 17 5 4/99 18 109 15 6 1/00 18 98 12 6 2/00 18 73 10 7

Die Anzahl der diese Leistung ausführenden Ärzte im Verhältnis der Fachgruppe der Endokrinologen (gemeint wohl Gastroenterologen) insgesamt, sowie die Anwendungshäufigkeit bei den geprüften Ärzten und bei den übrigen ausführenden Ärzten, lasse deshalb einen Vergleich in dem Sinne zu, dass im konkreten Fall verlässliche Aussagen zur Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung möglich seien.

Der Beklagte hat weiter ausgeführt, er habe die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis trotz der erheblich strengeren Rechtsprechung des BSG zugunsten der hier geprüften Kläger Ziffer 2 und 3 bei einer Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts um 100 % angenommen und die vom Prüfungsausschuss verfügte Kürzung der GNR 17 und 18 EBM auf diesem Wert bestätigt. Die Klägerin Ziffer 1 beanstande, dass der Beklagte nicht mindestens 20 % der abgerechneten Fälle geprüft habe und berufe sich auf die zitierte Vereinbarung. Statt dessen habe aber der Beklagte den Gutachter alle Behandlungsausweise mit den GNR 17 und 18 EBM der Quartale 3/99 und 4/99 überprüfen lassen. Der Beklagte habe ausdrücklich anerkannt, dass die hohe Abrechnungsfrequenz der GNR 17 und 18 EBM im

Wesentlichen bei Patienten erfolgt sei, die mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen oder viral bedingten und schweren Hepatiden behandelt worden seien und dass diese jeweils 8 % der Patienten eine gewisse Besonderheit der Praxen seien. Der Beklagte habe diese Besonderheit zum Anlass genommen, dem Internisten Dr. S. alle 583 bzw. 657 Behandlungsausweise der Quartale 3/99 und 4/99 zur gutachtlichen Stellungnahme vorzulegen, in denen die GNR 17 und 18 abgerechnet worden seien. Er habe in den zehn im Widerspruchsbescheid aufgeführten Beispielen geradezu aufregend häufig Abrechnungen der GNR 17 und 18 EBM offen gelegt, die auch bei großzügiger Auslegung der Leistungslegenden nur als unwirtschaftlich charakterisiert werden könnten. Damit bestätigten diese zehn Fälle in den beiden Quartalen mit bis zu zehnmalem Ansatz der GNR 17 und bis zu sechsmalem Ansatz der GNR 18 EBM die unwirtschaftliche Übermedizin im Bereich der chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen und schweren Hepatiden. Die Stellungnahme der Kläger Ziffer 2 und 3, wonach sie intensive Betreuung und Beratung der Patienten zur Motivation und Herstellung bzw. Stärkung der Compliance durchgeführt hätten, könne die Vermutung des unwirtschaftlichen Ansatzes auch bei Schwerstkranken nicht widerlegen. Dies zeige ein Blick auf die Kürzungen der GNR 18 EBM, wo von insgesamt 852 Ansätzen in den Quartalen 3/99 und 4/99 nur 107 Ansätze gekürzt worden seien und wo 29 dieser Kürzungen bereits durch die im angefochtenen Bescheid aufgeführten zehn Fälle begründet seien. Weitere Ermittlungen zur Bestätigung der im offensichtlichen Missverhältnis liegenden Fachgruppenschreitungen habe der Beklagte nicht für erforderlich gehalten. Insbesondere habe er u. a. es nicht für erforderlich gehalten, die Untersuchung auf die beiden übrigen streitigen Quartale auszudehnen, zumal alle Parameter der geprüften Quartale, nämlich Anzahl der Patienten, Anzahl der abgerechneten GNR 17 und 18 EBM und Behandlungsweise der Ärzte sich nicht wesentlich geändert hätten.

Des Weiteren hat der Beklagte noch vorgetragen, zu der in der Prüfvereinbarung mit normativer Wirkung vereinbarten Einzelfallprüfung nach § 9 Nr. 3 b sei festzustellen, dass die Rechtsprechung bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung einzelner GNR gerade nicht den Weg gegangen sei, den die Wissenschaft und insbesondere Prof. Dr. G. in dem für die Klägerin abgegebenen Gutachten vom 1. Mai 1994 beschrieben habe. Das BSG habe vielmehr die statistische Vergleichbarkeit dadurch eingegrenzt, dass mit der statistischen Vergleichsmethode nur fachgruppentypische Gebührenordnungsnummern geprüft werden dürften, die eine Mindestanzahl der Mitglieder der Fachgruppe in einer bestimmten Mindestmenge abrechne. Diese Gestaltung der Wirtschaftlichkeitsprüfung sei sachgerecht und insbesondere auch deshalb sinnvoll, weil es die Gremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung von der zeitraubenden und verwaltungsmäßig kaum machbaren Einzelfallprüfung entbinde. Die Festlegung in § 9 Abs. 3 Satz 2 PV, wonach auch bei Überschreitungen des Fachgruppenschritts bei einzelnen Gebührenordnungspositionen im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses zwingend eine beispielhafte Einzelfallprüfung durchgeführt werden müsse, sei mit der Rechtsprechung des BSG unvereinbar. Wie das BSG in ständiger Rechtsprechung ausgeführt habe, sei die statistische Vergleichsprüfung die Regelprüfmethode, die typischerweise die umfassendsten Erkenntnisse bringe, und zwar auch bei den Einzelleistungswerten. Nach gefestigter Rechtsprechung sei es nur dann, wenn die Überschreitungen des Fachgruppenschritts durch den Arzt im Bereich der so genannten Übergangszone lägen, zwischen der normalen Streuung (Überschreitungen bis 20 %) und dem offensichtlichen Missverhältnis, erforderlich, aber auch ausreichend, die Unwirtschaftlichkeit anhand einer die Behandlungs- bzw. Ordnungsweise des Arztes "genügend beleuchtenden Zahl von Beispielen" nachzuweisen. Liege ein offensichtliches Missverhältnis vor, sei ein weiterer Beweis für die Unwirtschaftlichkeit nicht erforderlich. Wie das BSG immer wieder entschieden habe, seien die Prüfungsgremien bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung in der Wahl ihrer Prüfmethode weitgehend frei. Der Zwang, der durch die Prüfvereinbarung auf die Prüfungsgremien ausgeübt werde, bei der Prüfung von Leistungen stets auch bei Überschreitungen weit im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses eine Beweisaufnahme mit der Überprüfung von mindestens 20 % der Behandlungsausweise durchzuführen, sei eine unzulässige Einschränkung der Prüfungsgremien. Es hindere diese an der sinnvollen und wirtschaftlichen, den Grundsätzen des BSG entsprechenden Auswahl des Prüfverfahrens. Die Prüfvereinbarung sei deshalb insoweit keine zulässige Vereinbarung über die Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach [§ 106 Abs. 3 SGB V](#) alter Fassung, daher von der gesetzlichen Ermächtigung nicht gedeckt und deshalb wegen Verstoßes gegen höherrangiges Recht unwirksam. Diese Rechtsauffassung sei mit der Entscheidung des BSG vom 23. Februar 2005 ([B 6 KA 72/03 R](#)) vereinbar. Das BSG habe § 16 Abs. 4 der dieser Prüfvereinbarung vorangegangenen, insoweit gleich lautenden Prüfvereinbarung nicht beanstandet, da § 16 PV lediglich die Rechtsprechung des BSG zur Vergleichsprüfung bei fehlendem offensichtlichen Missverhältnis bzw. bei mangelnder Vergleichbarkeit wiedergebe. In § 9 PV werde dagegen die Rechtsprechung des BSG zur Darlegungs- und Beweislast bei der Feststellung des offensichtlichen Missverhältnisses konterkariert. Es würden zusätzliche Anforderungen an die Prüfungsgremien gestellt, die ohne zwingenden Grund deren Arbeit erschwerten und die Wirtschaftlichkeitsprüfung ad absurdum führten.

Mit Urteil vom 22. Februar 2006 hat das SG die Klage abgewiesen. Es hat hierbei die Auffassung vertreten, dass die vom Beklagten durchgeführte Wirtschaftlichkeitsprüfung rechtmäßig sei und die Kläger nicht in ihren Rechten verletze, insbesondere die angewandte Prüfmethode ebenso wenig wie die ausgesprochene Honorarkürzung zu beanstanden sei. Das SG hat hierbei zunächst hinsichtlich der Ausführungen der Klägerin Ziffer 1 mit dem Beklagten die Auffassung vertreten, dass die dort strittige Vorschrift der PV (§ 9 Abs. 3) mit den bundesrechtlichen Vorgaben zur effektiven Überwachung der Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Leistungserbringer nicht vereinbar sei, gegen höherrangiges Recht verstoße und somit nach den allgemeinen Regeln der Normenhierarchie nichtig und damit auch für den Beklagten nicht bindend sei. Das SG hat weiter die Auffassung vertreten, dass auch die konkreten Voraussetzungen für einen statistischen Vergleich gegeben seien. Der Beklagte habe die Kläger Ziffer 2 und 3 mit der Fachgruppe der Gastroenterologen verglichen, wie sich zum einen aus der Verwaltungsakte eindeutig entnehmen lasse und in der mündlichen Verhandlung nochmals klargestellt worden sei. Diese Fachgruppe habe in den streitigen Quartalen im Bezirk Nordbaden aus neun, zehn, zehn bzw. elf Praxen bestanden. Sowohl vom Leistungsinhalt der GNR 17 und 18 EBM als auch vom tatsächlichen Abrechnungsverhalten in der Vergleichsgruppe sei eine fachgruppentypische Leistung geprüft worden, die einem aussagekräftigen statistischen Vergleich zugänglich gewesen sei. Das SG hat daher unter Berücksichtigung der hierzu ergangenen entsprechenden Rechtsprechung des BSG die Auffassung vertreten, dass im Hinblick darauf, dass die Grundleistung nach GNR 17 EBM von allen Ärzten der ausreichend großen Fachgruppe der Gastroenterologen erbracht und abgerechnet werde, die Aussagekraft der Vergleichsprüfung nicht dadurch gemindert werde, dass die Zuschlagsleistung in absoluten Zahlen lediglich von fünf bis sieben Praxen erbracht werde (bezogen auf GNR 18 EBM), was im Übrigen immer noch mehr als die Hälfte der Fachgruppe ausmache. Der Beklagte habe hier auch in zulässiger Weise nach der Methode relativer Überschreitung des Fachgruppenschritts geprüft und hierbei die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung entwickelten Grundsätze beachtet. Angesichts der zulässigen Auswahl des Verfahrens relativer Überschreitung des Fachgruppenschritts sei der Beklagte auch nicht verpflichtet gewesen, die Streubreite für die einzelnen geprüften Leistungen zu ermitteln.

Es habe ferner nach Auffassung des SG auch kein Anlass bestanden, eine engere Vergleichsgruppe zu bilden. Der Prüfung nach Durchschnittswerten sei nur dann die Grundlage entzogen, wenn der Vergleich mit den durchschnittlichen Abrechnungswerten der Vergleichsgruppe zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit ungeeignet sei. Deshalb müsse bei ihr die jeweilige Vergleichsgruppe aus Ärzten

bestehen, die ein annähernd gleichartiges Patientengut versorgen und im Wesentlichen dieselben Erkrankungen behandeln würden, weil nur unter dieser Voraussetzung der durchschnittliche Behandlungsaufwand der Arztgruppe ein geeigneter Maßstab für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungstätigkeit eines Angehörigen dieser Arztgruppe sei. Dies bedeute nicht, dass jede abweichende Behandlungsausrichtung oder sonstige individuelle Besonderheit einer Arztgruppe stets zur Bildung einer engeren Vergleichsgruppe nötige. In der mündlichen Verhandlung sei deutlich gemacht worden, dass der Beklagte von einem Anteil jeweils 8 % schwerer Fälle im Bereich des gastroenterologischen und hepatologischen Klientels der Praxis ausgehe. Die Kläger Ziffer 2 und 3 hätten darüber hinaus noch weitere schwere Fälle geltend gemacht, die zu einem häufigeren Ansatz der Leistungen nach den GNR 17 und 18 EBM führten. Damit würden Unterschiede in der Struktur des Patientenguts geltend gemacht. Diese seien allerdings nach Überzeugung des SG nicht von solchem Gewicht, dass einer statistischen Vergleichbarkeit mit den Gastroenterologen von vornherein jegliche Grundlage entzogen wäre. Betrachte man die Leistungsübersicht der Kläger Ziffer 2 und 3, zeige sich, dass Hauptumsatzbringer die Gastroskopie (GNR 741 EBM) und Koloskopie (GNR 764 EBM) seien. Dies entspräche dem Normalfall von Praxen mit gastroenterologischem Schwerpunkt.

Nach der Rechtsprechung des BSG müssten ferner die Auswirkungen von kostenerhöhenden Praxisbesonderheiten, die bekannt seien oder anhand von Behandlungsausweisen oder Angaben des Arztes erkennbar seien, bestimmt werden, ehe sich auf der Grundlage der statistischen Abweichung eine verlässliche Aussage über die Wirtschaftlichkeit oder Unwirtschaftlichkeit der Behandlungs- oder Ordnungsweise treffen lasse. Verblieben dem Arzt allerdings nach der Kürzung immer noch Überschreitungen, bei denen die Annahme eines offensichtlichen Missverhältnisses ohne Weiteres in Betracht komme, sei es unschädlich, wenn die Prüfungsgremien die Praxisbesonderheiten nicht vorab quantifiziert hätten (Hinweis auf Urteil des BSG vom 18. Juni 1997 - 6 RKA 52/96). Für die Quantifizierung des Mehraufwandes genüge eine plausible Schätzung. Der Beklagte habe eine Quantifizierung des Mehrbedarfs nicht vorgenommen. Die von ihm im Widerspruchsbescheid dargestellten zehn Beispielfälle belegten jedoch ungeachtet der gerügten Fehler in der Überprüfung, dass die Häufung des Ansatzes der Leistungen nach GNR 17 und 18 EBM auch durch die Schwere der Krankheitsbilder nicht zu rechtfertigen sei. Dies gelte umso mehr, als die bei schweren Krankheiten zu erwartende psychisch problematische Krankheitsverarbeitung nach der Schilderung des Klägers Dr. K. in der mündlichen Verhandlung ohnehin teilweise durch die Erbringung der Leistung nach der GNR 851 EBM aufgefangen werde. Der Beklagte habe den Klägern Ziffer 2 und 3 durch die Kürzung auf den Fachgruppendurchschnitt plus 100 % noch eine Abrechnungshäufigkeit belassen, bei der die Annahme eines offensichtlichen Missverhältnisses ohne Weiteres in Betracht komme. Angesichts dessen sei es nach der oben dargestellten Rechtsprechung nach Auffassung des SG unschädlich, dass der Beklagte die Praxisbesonderheiten nicht vorab quantifiziert habe. Schließlich seien auch kausale kompensatorische Einsparungen, die den vorliegenden Mehraufwand rechtfertigen könnten, nicht ersichtlich. Insbesondere rechtfertigten die von den Klägern Ziffer 2 mit großem Aufwand vorbereiteten Berechnungen zu den Einsparungen stationärer Leistungen nicht einen demgegenüber erhöhten Bedarf bei den Beratungs- und Gesprächsleistungen. Angesichts der festgestellten Unwirtschaftlichkeit der Leistungserbringung sei die festgesetzte Honorarkürzung nicht zu beanstanden.

Die Kläger Ziffer 2 haben gegen das ihrem Bevollmächtigten mit Empfangsbekanntnis am 10. März 2006 zugestellte Urteil am 10. April 2006 Berufung eingelegt. Zur Begründung wird im wesentlichen auf den Vortrag im Klageverfahren Bezug genommen. Zum einen wird erneut die Verletzung der Prüfvereinbarung gerügt. Zum anderen wird geltend gemacht, dass die Gastroenterologie als Schwerpunktbezeichnung nicht mehr voraussetze, dass der fragliche Arzt oder die fragliche Praxis "im wesentlichen" gastroenterologische Behandlungen durchführten, sondern dass auch in Baden-Württemberg spätestens seit dem 17. März 1995 geregelt sei, dass der gastroenterologisch tätige Internist "auch" Gastroenterologie betreiben müsse, wobei jedoch in keiner Weise ein bestimmter Umfang vorgegeben werde, dies also auch nur zu einem äußerst geringen Prozentsatz der Fälle sein könne. Aus dem Umstand, dass die verfeinerte Fachgruppe der Gastroenterologen aus neun bis elf Internisten bestanden habe, die (auch) Gastroenterologie betrieben hätten, könne auf die Homogenität in gar keiner Weise geschlossen werden. Die Praxis der Kläger sei fast ausschließlich gastroenterologisch tätig und zwar praktisch zu 95% auf Überweisung, der Rest der Patienten komme direkt. Unter den neun bis elf Mitgliedern der Vergleichsfachgruppe dürften sich aber mit Sicherheit einige befinden, die Gastroenterologie nur zu einem ganz untergeordneten Anteil praktizierten, wobei es durchaus von Klägerseite für möglich gehalten werde, dass der Bereich bei 10 bis 15% der Gesamttätigkeit liegen dürfte. Untersuchungen und Angaben zur Ausgestaltung der Praxen der anderen Gastroenterologen würden jedoch fehlen. Damit aber könne hier nicht auf eine Homogenität der Fachgruppe geschlossen werden. Im Übrigen habe der Beklagte selbst festgestellt, dass sich nach Durchsicht der Behandlungsausweise der Quartale 3/99 und 4/99 hinsichtlich des Ansatzes der GNR 17 und 18 EBM gezeigt habe, dass diese Abrechnungen im wesentlichen bei Patienten erfolgte seien, die mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen bzw. mit viral bedingten und schweren Hepatiden behandelt worden seien, wobei bei beiden Erkrankungen es sich um jeweils etwa acht Prozent aller Patienten der Zahl nach gehandelt habe. Damit aber habe der Beklagte klar und deutlich eine Praxisbesonderheit herausgearbeitet. Die GNR 17 und 18 EBM seien damit im wesentlichen bei 16 Prozent aller Patienten und zwar solchen mit zwei bestimmten Erkrankungen abgerechnet worden. Dies sei auch nicht kritisiert worden. Vielmehr werde der Einsatz der entsprechenden Fälle der GNR 17 und 18 EBM ausdrücklich als Praxisbesonderheiten (gewisse Besonderheit) angesehen. Dies hätte dann entsprechend quantifiziert und herausgerechnet werden müssen.

Die Kläger Ziffer 2 beantragen,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 22. Februar 2006 sowie den Bescheid des Beklagten vom 25. April 2005 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, erneut über den Widerspruch gegen den Bescheid des Prüfungsausschusses unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats zu entscheiden.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Klägerinnen Ziffer 1 und 3 sowie die Beigeladenen haben keine Anträge gestellt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakte des Beklagten sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

I.

Gegenstand des Verfahrens ist allein der Bescheid des Beklagten vom 25. April 2005 (Beschluss vom 2. März 2005).

II.

Die Berufung der Kläger Ziffer 2 ist zulässig. Sie ist insbesondere statthaft. Ein Berufungsausschlussgrund nach [§ 144 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) liegt nicht vor. Der Beschwerdewert von 500 EUR ist überschritten. Im Streit stehen Kürzungen in Höhe von über 12.000 EUR.

III.

Die Berufung der Kläger Ziffer 2 ist jedoch unbegründet. Das SG hat zu Recht die Klage abgewiesen, denn die vom Beklagten vorgenommene Honorarkürzung im Bescheid vom 25. April 2005 (Beschluss vom 2. März 2005) ist rechtmäßig und verletzt die Kläger Ziffer 2 nicht in ihren Rechten.

1. Rechtsgrundlage für Honorarkürzungen wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise ist [§ 106 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) in der hier noch maßgeblichen Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG - vom 21. Dezember 1992, [BGBl I 2266](#)). Danach wird die Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch arztbezogene Prüfungen ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten beurteilt. Nach den hierzu von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen ist die statistische Vergleichsprüfung die Regelprüfmethode (stRspr, s BSG [SozR 4-2500 § 106 Nr. 4](#) RdNr. 5, mwN). Die Abrechnungswerte des Arztes werden mit denjenigen der Fachgruppe oder mit denen einer nach verfeinerten Kriterien gebildeten engeren Vergleichsgruppe im selben Quartal verglichen. Ergänzt durch die sog intellektuelle Betrachtung, bei der medizinisch-ärztliche Gesichtspunkte berücksichtigt werden, ist dies die Methode, die typischerweise die umfassendsten Erkenntnisse bringt. Ergibt die Prüfung, dass der Behandlungsaufwand des Arztes je Fall bei dem Gesamtfallwert, bei Sparten- oder Einzelleistungswerten in offensichtlichem Missverhältnis zu dem durchschnittlichen Aufwand der Vergleichsgruppe steht, ihn nämlich in einem Ausmaß überschreitet, das sich im Regelfall nicht mehr durch Unterschiede in der Praxisstruktur oder in den Behandlungsnotwendigkeiten erklären lässt, hat das die Wirkung eines Anscheinsbeweises der Unwirtschaftlichkeit (stRspr, zB BSG [SozR 4-2500 § 106 Nr. 3](#) RdNr. 8, mwN; so bestätigte mit Urteil vom 23. Februar 2005 in [SozR 4-2500 § 106 Nr. 8](#)).

a.) Die Prüfungsgremien sind jedoch berechtigt und verpflichtet, ausnahmsweise auch andere Prüfmethode anzuwenden oder neu zu entwickeln, wenn sich im Einzelfall die Prüfung nach Durchschnittswerten als nicht aussagekräftig oder nicht durchführbar erweist ([BSGE 75, 220, 224 = SozR 3-2500 § 106 Nr. 24](#) S 135; [BSGE 84, 85, 86 f = SozR 3-2500 § 106 Nr. 47](#) S 250 f; [SozR aaO Nr. 55](#) S 310 f). Im Interesse einer gleichmäßigen Rechtsanwendung hat der 6. Senat des BSG allerdings betont, dass plausible Gründe vorliegen müssen, um von einer Vergleichsprüfung nach Durchschnittswerten abzusehen ([BSGE 77, 53, 58 = SozR 3-2500 § 106 Nr. 33](#) S 189). So ist als Voraussetzung für die Anwendung eines sog Vertikalvergleichs verlangt worden, dass einem Horizontalvergleich nach Durchschnittswerten die Grundlage entzogen ist, weil entweder der zu prüfende Arzt eine unvergleichbare individuelle Praxisausrichtung hat oder weil dessen Grundannahme, die Vergleichsgruppe handle im Durchschnitt insgesamt wirtschaftlich, nicht zutrifft ([BSGE 84, 85, 86 = SozR 3-2500 § 106 Nr. 47](#) S 250; [SozR aaO Nr. 55](#) S 308). Das BSG hat zudem klargestellt, dass generelle Bedenken der Prüfungsgremien gegen die Geeignetheit der Regelprüfmethode einer statistischen Vergleichsprüfung nach Durchschnittswerten keine Rechtfertigung dafür sein können, zu der Methode einer repräsentativen Einzelfallprüfung mit anschließender Hochrechnung überzugehen. Deshalb ist die Begründung, eine repräsentative Einzelfallprüfung führe zu einem genaueren und gerechteren Ergebnis als die Prüfung nach Durchschnittswerten, als Überschreitung der Grenzen des Beurteilungsspielraums zurückgewiesen worden ([BSGE 77, 53, 56 = SozR 3-2500 § 106 Nr. 33](#) S 187; siehe auch BSG [SozR 4-2500 § 106 Nr. 8](#)).

b.) Darüber hinaus geht der 6. Senat des BSG in ständiger Rechtsprechung davon aus, dass die Vergleichsprüfung nach Durchschnittswerten nicht nur hinsichtlich des Gesamtfallwertes, sondern unter der Voraussetzung einer hinreichenden Vergleichbarkeit ebenso auch zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit des Ansatzes einer einzelnen Leistungsposition bzw. mehrerer zu Leistungssparten zusammengefasster Leistungspositionen des EBM herangezogen werden kann (BSG [SozR 4-2500 § 106 Nr. 3](#) RdNr. 9 mwN; zur Bestimmung der Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis bei Einzelleistungsprüfungen s auch Urteil vom 23. Februar 2005, [B 6 KA 79/03 R - juris](#)). Die Prüfung nach Durchschnittswerten setzt allerdings voraus, dass die Vergleichsgruppe ausreichend groß und hinreichend homogen zusammengesetzt ist, um statistisch aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten (BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr. 36](#) S 204; BSG [SozR 4-2500 § 106 Nr. 2](#) RdNr. 11 ff). Die Kriterien der Homogenität und der Größe einer Vergleichsgruppe stehen dabei in einer Wechselbeziehung zueinander in dem Sinne, dass eine Gruppe um so größer sein muss, je weniger homogen sie ist, während für sehr homogene Gruppen auch kleine Zahlen ausreichend sein können (Clemens in Schulin, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 1, Krankenversicherungsrecht, 1994, § 35 RdNr. 58; Engelhard in Hauck/Noftz, SGB V, Stand Dezember 2004, K § 106 RdNr 333 f). In diesem Sinne hat das BSG für den statistischen Vergleich von Röntgenleistungen bei Internisten eine Gruppengröße von neun Ärzten mit derselben Röntgengenehmigung für ausreichend erachtet (BSG, Urteil vom 27. April 1982 - [6 RKA 7/79](#) = USK 82196). Bei Pathologen hat die Instanzrechtsprechung im Hinblick auf deren hohe Fallzahlen bereits eine aus sieben bis neun Praxen bestehende Vergleichsgruppe genügen lassen (vgl Engelhard in Hauck/Noftz, aaO RdNr 334).

Das Festhalten an der Prüfung nach Durchschnittswerten als Regelprüfmethode beruht nach der Aussage des BSG ([SozR 4-2500 § 106 Nr. 8](#)) auch darauf, dass diese Prüfmethode in ihrem Anwendungsbereich in praktikabler Weise und mit vertretbarem Aufwand zu tragfähigen Erkenntnissen führt. Auch wenn mit dieser Beweismethode nicht alle Unwirtschaftlichkeiten in vollem Umfang aufgedeckt werden können, genügt sie doch am besten den Erfordernissen einer effizienten und gleichmäßigen Wirtschaftlichkeitsprüfung der Quartal für Quartal in sehr großer Zahl anfallenden vertragsärztlichen Leistungen. Dem gegenüber kann der mit einer eingeschränkten Einzelfallprüfung verbundene Aufwand zur Verifizierung von Unwirtschaftlichkeiten unter Berücksichtigung aller dem Arzt in jedem Einzelfall zur Verfügung stehenden Einwendungen um ein Vielfaches höher sein und letztlich - wie der vorliegende Fall zeigt - dazu führen, dass die Prüfung nicht mehr in angemessener Zeit und mit noch beherrschbarem Aufwand in rechtsstaatlich einwandfreier Weise abgewickelt werden kann. Die weiteren Prüfmethode können daher immer nur dann herangezogen werden, wenn und soweit auf Grund besonderer Umstände die Regelprüfmethode keine beweistauglichen Ergebnisse liefert.

c.) Die arztbezogene Vergleichsprüfung nach Durchschnittswerten ist nicht nur hinsichtlich eines erhöhten Gesamtfallwerts einschlägig. Unter der Voraussetzung einer hinreichenden Vergleichbarkeit ist - wie bereits ausgeführt - eine Prüfung gleichermaßen zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit des Ansatzes einzelner Leistungspositionen bzw. mehrerer zu Leistungssparten zusammengefasster Leistungspositionen der Bewertungsmaßstäbe heranzuziehen (so schon [BSGE 71, 194](#), 196 = [SozR 3-2500 § 106 Nr. 15](#) S 88; [BSGE 74, 70](#), 71 = [SozR aaO § 106 Nr. 23](#) S 124; [SozR aaO Nr. 55](#) S 306 mwN, BSG [SozR 4-2500 § 106 Nr. 3](#)). Namentlich dann, wenn die Gesamtfallkosten nur wenig über dem Durchschnitt der Fachgruppe liegen, muss bei den in den Blick genommenen Einzelleistungen allerdings geprüft werden, ob sich ein aus den Vergleichszahlen abgeleiteter Anschein der Unwirtschaftlichkeit durch weitere Umstände bestätigen lässt oder mit zu großen Unsicherheiten behaftet ist (vgl. zB [BSGE 71, 194](#), 199 = [SozR 3-2500 § 106 Nr. 15](#) S 91; [SozR aaO Nr. 36](#) S 206). Daraus folgt zwar nicht, dass bei einem im Vergleich zur Fachgruppe unauffälligen Gesamtkostendurchschnitt eine unwirtschaftliche Erbringung von Einzelleistungen ausgeschlossen wäre oder unbeanstandet gelassen werden müsste; ein Vertragsarzt ist nämlich verpflichtet, in dem Sinne umfassend wirtschaftlich zu behandeln, dass das Wirtschaftlichkeitsgebot auch in jedem Teilbereich seiner Tätigkeit gewahrt ist (vgl. [BSGE 71, 194](#), 199, 201 = [SozR 3-2500 § 106 Nr. 15](#) S 91 und 93; BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr. 42](#) S 232). Ein statistischer Einzelleistungsvergleich setzt aber voraus, dass davon Leistungen betroffen sind, die für die gebildete Vergleichsgruppe typisch sind und zumindest von einem größeren Teil der Fachgruppenmitglieder regelmäßig in nennenswerter Zahl erbracht werden (vgl. [BSGE 71, 194](#), 196 f = [SozR 3-2500 § 106 Nr. 15](#) S 88 f; [BSGE 74, 70](#), 76 = [SozR 3-2500 § 106 Nr. 23](#) S 130; [BSGE 76, 53](#), 57 = [SozR 3-2500 § 106 Nr. 26](#) S 148). Hinsichtlich konkret der GNR 18 EBM hat hierzu das BSG im Urteil vom 16. Juli 2003 ([SozR 4-2500 § 106 Nr. 3](#)) ausgeführt, dass der Beklagte im dortigen Verfahren dies in beanstandungsfreier Weise im Rahmen des ihm zustehenden Beurteilungsspielraums (s dazu allgemein [BSGE 71, 194](#), 197 = [SozR 3-2500 § 106 Nr. 15](#) S 88; BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr. 31](#) S 177) angenommen habe.

d.) Bei der Beurteilung des entscheidungserheblichen Sachverhalts steht den Prüfungsgremien ein Beurteilungsspielraum zu. Die Kontrolle der Gerichte beschränkt sich hierbei auf die Prüfung, ob das Verwaltungsverfahren ordnungsgemäß durchgeführt worden ist, ob der Entscheidung ein richtig und vollständig ermittelter Sachverhalt zugrunde liegt, ob die Verwaltung die durch die Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffes ermittelten Grenzen eingehalten und ob sie ihre Subsumtionserwägungen so verdeutlicht und begründet hat, dass im Rahmen des Möglichen die zutreffende Anwendung der Bewertungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist. Die angestellten Erwägungen müssen, damit sie auf ihre sachliche Richtigkeit und auf ihre Plausibilitätenvertretbarkeit geprüft werden können, im Bescheid genannt werden oder jedenfalls für die Beteiligten und das Gericht erkennbar sein (vgl. zum Ganzen: BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr. 25](#) m.w.N.; ständige Rechtsprechung).

2. a.) Zutreffend hat zunächst das SG schon festgestellt, dass der vom Beklagten vorgenommenen Prüfung nicht die Regelung in § 9 Abs. 3 der seinerzeit maßgeblichen Prüfvereinbarung zwischen der KV Nordbaden und den Kassenverbänden entgegensteht, soweit dort für die statistische Vergleichsprüfung einzelner Gebührennummern eine Einzelfallprüfung durchzuführen ist. Das SG hat zu Recht in dem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass diese Regelung im Widerspruch zur Rechtsprechung des BSG steht, das ausdrücklich nach wie vor (zuletzt auch in seinem Urteil vom 23. Februar 2005 - [B 6 KA 72/03 R](#) - in [SozR 4-2500 § 106 Nr. 8](#)) darauf hingewiesen hat, dass an der Prüfung nach Durchschnittswerten als Regelprüfmethode festgehalten wird, da diese Prüfmethode in ihrem Anwendungsbereich in praktikabler Weise und mit vertretbarem Aufwand zu tragfähigen Erkenntnissen führt. Die weiteren Prüfmethoden können immer nur dann herangezogen werden, wenn und soweit aufgrund besonderer Umstände die Regelprüfmethode keine beweistauglichen Ergebnisse liefert (BSG a.a.O.). Das SG hat deswegen zu Recht festgestellt, dass diese Regelung in der Prüfvereinbarung mit den bundesrechtlichen Vorgaben zur effektiven Überwachung der Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Leistungserbringer nicht vereinbar ist, sie gegen höherrangiges Recht verstößt und somit nach den allgemeinen Regeln der Normenhierarchie nichtig und auch für den Beklagten daher nicht bindend ist (siehe BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr. 33](#) S. 191; Nr. 51 S. 278; Nr. 53 S. 289 ff.; sowie BSG a.a.O.).

b.) Der Beklagte ist bei dem Horizontalvergleich auch zu Recht von der Fachgruppe der Gastroenterologen ausgegangen. Dies ergibt sich auch eindeutig - wie bereits vom SG ausgeführt - aus der Verwaltungsakte (Bl. 13, 27, 99 und 113 VA) und es wurde in der mündlichen Verhandlung des Senats nochmals (ebenso wie zuvor schon in dem Schriftsatz des Beklagtenvertreters vom 14. Februar 2006 - Bl. 71 SG-Akte) klargestellt, dass hier nicht etwa ein Vergleich mit der Gruppe der "Endokrinologen" durchgeführt worden ist. Die Kläger Ziffer 2 und 3 sind als Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung Gastroenterologie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und damit auch dieser Fachgruppe zuzuordnen. Diese Fachgruppe bildet auch eine geeignete Vergleichsgruppe. Sie bestand in den streitigen Quartalen im Bezirk Nordbaden aus neun, zehn, zehn bzw. elf Praxen.

Zutreffend hat das SG in dem Zusammenhang weiter darauf hingewiesen, dass sowohl vom Leistungsinhalt der GNR 17 und 18 EBM als auch vom tatsächlichen Abrechnungsverhalten in der Vergleichsgruppe hier eine fachgruppentypische Leistung geprüft worden ist, die einem aussagekräftigen statistischen Vergleich zugänglich war.

Von der Vergleichbarkeit einzelner Leistungen ist insbesondere auszugehen, wenn sie nicht einer bestimmten fachlichen Ausrichtung oder Behandlungsweise zuzuordnen sind, sondern weitgehend unabhängig vom individuellen diagnostischen und therapeutischen Konzept des jeweiligen Arztes bei bestimmten Krankheitszuständen eingesetzt werden (sog ärztliche Grundleistungen); dass die Leistungen nur für eine begrenzte Gruppe von Behandlungsfällen in Betracht kommen, schließt ihren Charakter als Standardleistungen nicht aus (vgl. [BSGE 71, 194](#), 196 = [SozR 3-2500 § 106 Nr. 15](#) S 88 f; [BSGE 74, 70](#), 74, 76 = [SozR 3-2500 § 106 Nr. 23](#) S 128, 130; [BSGE 76, 53](#), 57 f = [SozR 3-2500 § 106 Nr. 26](#) S 148 f; [SozR 4-2500 § 106 Nr. 3](#); vgl auch: Engelhard in: Hauck/Noftz, SGB V, K § 106 RdNr. 222 ff mwN; Clemens in: Schulien (Hrsg), Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd 1, 1994, § 35 RdNr. 145, 148 f mwN). In dem Zusammenhang hat das BSG in seinem Urteil vom 16. Juli 2003 ([SozR 4-2500 § 106 Nr. 3](#)) bezüglich der GNR 17 und 18 konkret ausgeführt, dass diese in diesem Sinne von ihrem Leistungsinhalt her als für die (dort) herangezogene Vergleichsgruppe der Allgemeinärzte fachgruppentypische Grundleistung angesehen werden. Das ergibt sich schon aus der systematischen Stellung der GNR 17 und 18 im Abschnitt B II. 2. EBM. Die GNR 18 wird dort unter der Kapitelüberschrift "Grundleistungen ..." bei den "Fachübergreifenden Beratungs- und Betreuungsgrundleistungen" aufgeführt und ist als Zuschlag zu den diagnostischen und therapeutischen Elementarleistungen der Nr. 10, 11 und 17 EBM ("Gespräch", "Beratung und Instruktion", "Diagnostik und/oder Behandlung ... durch Gespräch", "Beratung und Erörterung") ausgestaltet; sie darf nur bei einer "Gesprächsdauer von mehr als 30 Minuten" angesetzt werden. GNR 18 EBM zeichnet sich daher nicht durch eine spezielle, in bestimmter Weise fachlich qualifizierten Ärzten vorbehaltene Leistungslegende aus; sie knüpft vielmehr an die allgemeine Aufgabe eines jeden Arztes an, vor Beginn der Therapie Beschwerden und Krankheitsvorgeschichte des Patienten durch Befragen zu ermitteln und dem Hilfe Suchenden anschließend beratend therapeutische Hinweise oder Begleitinformationen zu geben bzw. (zB medizinisch-technische oder medikamentöse) Therapiemaßnahmen näher zu erläutern. Es handelt sich dabei um Leistungen, die nicht durch solche anderer Art bzw. einer besonderen

Therapierichtung (vgl. § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB V) zu ersetzen sind (vgl. dazu allgemein BSGE 81, 86, 95 = SozR 3-2500 § 87 Nr. 18 S. 91). Wie sehr die Erbringung von Beratungs- und Betreuungsleistungen - einschließlich derjenigen nach GNR 18 EBM - bei nahezu allen Arztgruppen in Deutschland gerade in den Quartalen 1/96 und 2/96 nach Umsetzung der zum 1. Januar 1996 in Kraft getretenen EBM-Reform verbreitet war, ergibt sich nicht zuletzt daraus, dass insbesondere das Ausmaß der Abrechnung dieser Leistungen im Juni 1996 Anlass für den Bewertungsausschuss war, deren Bewertung durch die Schaffung von Teilbudgets wieder herabzusetzen (vgl. im Einzelnen BSGE 81, 86, 97 = SozR 3-2500 § 87 Nr. 18 S. 92 f; SozR 4-2500 § 106 Nr. 3). Dies gilt aber erst recht auch hier für die GNR 17 EBM.

Mit der GNR 17 EBM wird die intensive ärztliche Beratung und Erörterung zu den therapeutischen, familiären, sozialen oder beruflichen Auswirkungen und deren Bewältigung bei nachhaltig lebensverändernder oder lebensbedrohender Erkrankung, gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen und fremdanamnestischen Angaben, Dauer mindestens zehn Minuten, vergütet. Die GNR 18 EBM stellt einen Zuschlag zu den Leistungen nach GNR 17 EBM dar, bei einer Gesprächsdauer von mehr als dreißig Minuten. Die GNR 17 EBM wurde von 100 % der Fachgruppe, hier der Gastroenterologen, abgerechnet, und zwar in einem Umfang je nach Quartal von 36 bis 45 % der Fälle. Die GNR 18 EBM wurde von fünf bis sieben Praxen der Vergleichsgruppe, somit zwischen 56 % und 64 % der Fachgruppe in einem Umfang zwischen 10 % und 17 % der Fälle abgerechnet.

Zur GNR 18 EBM hat das BSG in seinem Urteil vom 16. Juli 2003 (SozR 4-2500 § 106 Nr. 3) ausgeführt, dass nach den von den Prüfgremien übernommenen Feststellungen des LSG von der Vergleichsgruppe in den streitigen Quartalen auch tatsächlich in einem Ausmaß erbracht worden ist, das ihre Charakterisierung als fachgruppentypische Leistung rechtfertigt. Allgemein müssen die Anzahl der die Leistung ausführenden Ärzte im Verhältnis zur Fachgruppe insgesamt sowie die Anwendungshäufigkeit beim geprüften Arzt und bei den übrigen ausführenden Ärzten einen statistischen Vergleich stets in dem Sinne zulassen, dass im konkreten Fall verlässliche Aussagen zur Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung möglich sind. Letztes hängt von Art und Anwendungsbereich der jeweiligen Leistung sowie dem Behandlungsverhalten innerhalb der betreffenden Arztgruppe ab, also von Faktoren, die sich auf Grund von medizinischen Kenntnissen und ärztlichem Erfahrungswissen beurteilen lassen. Die Prüfgremien haben insoweit einen Beurteilungsspielraum, dh ihre Entscheidungen sind rechtmäßig, wenn alle für die Fragestellung erheblichen Tatsachen berücksichtigt wurden und die daraus gezogenen Schlussfolgerungen sachlich vertretbar sind (vgl. BSGE 71, 194, 196 f = SozR 3-2500 § 106 Nr. 15 S. 88; BSGE 74, 70, 71 ff = SozR 3-2500 § 106 Nr. 23 S. 124 ff; BSGE 76, 53, 57 f = SozR 3-2500 § 106 Nr. 26 S. 148 f). In zahlenmäßiger Hinsicht hat der Senat diese Voraussetzungen (noch) bejaht, wenn über 50 % der Mitglieder der Vergleichsgruppe eine Gebühren-Nr mindestens in 5 bis 6 % aller Behandlungsfälle abgerechnet haben (so BSG, Urteil vom 30. November 1994 - 6 Rka 38/93 = USK 94143; ebenso als Grenzwert: Engelhard, aaO, K § 106 RdNr 223 mwN; vgl. auch BSGE 71, 194, 197 = SozR 3-2500 § 106 Nr. 15 S. 89 (6 % der Behandlungsfälle)).

Weiter hat das BSG darauf verwiesen, dass es der Klage nicht zum Erfolg verhelfen könne, wenn GNR 18 EBM in den streitigen Quartalen in der Fachgruppe lediglich durchschnittlich in 2 % bzw 1,98 % der Fälle abgerechnet wurde. Zwar habe das BSG bislang erst eine Abrechnungshäufigkeit von ca 5 bis 6 % der Fälle unbeanstandet gelassen. Es sei indessen klarzustellen, dass dieser Wert nicht im Sinne einer absoluten Untergrenze verstanden werden darf. Für die hinreichende Verbreitung der Leistung in der Fachgruppe ist nach Auffassung des 6. Senats des BSG vielmehr entscheidend, dass eine Gesamtschau der in den Vergleich einbezogenen Umstände (insbesondere Art und Anwendungsbereich der Leistung, Behandlungsverhalten der Arztgruppe) es ermöglichen muss, noch von einer zuverlässigen Vergleichsbasis sprechen zu können. Solches kann - wie hier - auch bei einem darunter liegenden Abrechnungsprozentsatz der Fall sein.

Angesichts der hier vorliegenden Zahlen bestehen daher nach Überzeugungen des erkennenden Senats keine Bedenken gegen die Feststellung der Unwirtschaftlichkeit der Leistungserbringung betreffend den GNR 17 und 18 EBM durch den Beklagten. Zutreffend hat das SG darauf hingewiesen, dass sich daran auch im Hinblick darauf nichts ändert, dass die Kläger Ziffer 2 und 3 im Bereich der GNR 18 EBM wegen des Ausschlusses der Nullabrechner tatsächlich mit nur vier bis sechs weiteren Praxen verglichen wurden. Da die Grundleistungen nach GNR 17 EBM von allen Ärzten der ausreichend großen Fachgruppe der Gastroenterologen erbracht und abgerechnet worden ist, wird die Aussagekraft der Vergleichsprüfung nicht dadurch gemindert, dass die Zuschlagsleistungen in absoluten Zahlen lediglich von fünf bis sieben Praxen erbracht werden, was im Übrigen immer noch mehr als die Hälfte der Fachgruppe ausmacht.

c.) Wie bereits vom SG ausgeführt, können sich die Kläger Ziffer 2 und 3 auch nicht darauf berufen, der Beklagte habe zumindest Feststellungen zur Streubreite bei den Gesprächsleistungen treffen müssen. Der Beklagte hat hier vielmehr in zulässiger Weise nach der Methode relativer Überschreitung des Fachgruppenschnitts geprüft und hierbei die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung entwickelten Grundsätze beachtet. Diese Methode berücksichtigt die innere Variationsbreite der Vergleichsgruppe nicht. § 9 Abs. 1 PV sieht den Vergleich der statistischen Werte des Vertragsarztes mit denjenigen der Fachgruppe nach dem Verfahren Randle in der Normalverteilung vor, daneben sind jedoch auch andere Vergleichsmaßstäbe bzw. Prüfmethode zulässig. Zutreffend hat das SG weiter unter Bezugnahme auf Spellbrink (Wirtschaftlichkeitsprüfung im Kassenarztrecht nach dem Gesundheitsstrukturgesetz Rdnr. 580 ff. m.w.N.) darauf verwiesen, dass angesichts der geringen Gruppengröße vorliegend die Methode Randle in der Normalverteilung nicht in Betracht kam, da hierfür nach der statistischen Fachliteratur zumindest 30 Werte vorliegen müssen, das bedeutet 30 Ärzte in die Vergleichsgruppe einbezogen sein müssen. Weiter hat das SG in dem Zusammenhang zu Recht darauf hingewiesen, dass selbst wenn man die in der Verwaltungsakte enthaltenen Vergleichswerte für die Sparte der Beratungs- und Gesprächsleistungen heranziehen würde, diese im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses angesichts von z-Werten in den maßgebenden Quartalen von 2,3/1,63/1,72 bzw. 1,71 (Bl. 11, 25, 97, 111 VA) lägen. Bei einem z-Wert von 2,3 beträgt der Alpha-Fehler, das bedeute die Wahrscheinlichkeit, dass es sich um eine rein zufällige Abweichung vom Vergleichsgruppenschnitt handelt, 1,1 %. Zutreffend hat das SG deswegen weiter darauf verwiesen, dass auch unter Berücksichtigung der Standardabweichungen und damit der Streubreite sich somit signifikante Überschreitungen des Vergleichsgruppenschnitts im Bereich der Beratungs- und Gesprächsleistungen ergeben. Angesichts der zulässigen Auswahl des Verfahrens relativer Überschreitung des Fachgruppenschnitts war der Beklagte nicht verpflichtet, die Streubreite für die einzelnen geprüften Leistungen zu ermitteln.

d.) Es bestand kein Anlass, eine engere Vergleichsgruppe zu bilden. Der Prüfung nach Durchschnittswerten ist dann die Grundlage entzogen, wenn der Vergleich mit den durchschnittlichen Abrechnungswerten der Vergleichsgruppe zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit ungeeignet ist. Deshalb muss bei ihr die jeweilige Vergleichsgruppe aus Ärzten bestehen, die ein annähernd gleichartiges Patientengut versorgen und im Wesentlichen dieselben Erkrankungen behandeln, weil nur unter dieser Voraussetzung der durchschnittliche Behandlungsaufwand der Arztgruppe ein geeigneter Maßstab für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungstätigkeit eines Angehörigen dieser Arztgruppe ist. Dies bedeutet nicht, dass jede abweichende Behandlungsausrichtung oder sonstige individuelle

Besonderheit einer Arztgruppe stets zur Bildung einer engeren Vergleichsgruppe nötig. Auf die Bildung einer besonderen, engeren Vergleichsgruppe kann jedoch dann nicht verzichtet werden, wenn die jeweils maßgebenden Leistungsbedingungen so verschieden sind, dass von einem statistischen Vergleich von vornherein keine verwertbaren Aussagen über die Wirtschaftlichkeit oder Unwirtschaftlichkeit einer Leistung oder eines Leistungskomplexes zu erwarten sind (BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr. 36](#) S. 202 ff.). Nachdem in der mündlichen Verhandlung vor dem SG ausweislich der Ausführungen des SG in seinem Urteil deutlich gemacht worden ist, dass der Beklagte von einem Anteil jeweils 8 % schwerer Fälle im Bereich des gastroenterologischen und hepatologischen Klientels der Praxis ausgeht, ist dies nicht zu beanstanden. Die Kläger Ziffer 2 und 3 haben zwar darüber hinaus noch weitere schwere Fälle geltend gemacht, die zu einem häufigerem Ansatz der Leistungen der GNR 17 und 18 EBM führten und damit Unterschiede in der Struktur des Patientengutes geltend gemacht. Mit dem SG sind jedoch auch nach Überzeugung des Senates diese nicht von solchem Gewicht, dass einer statistischen Vergleichbarkeit mit den Gastroenterologen von vornherein jegliche Grundlage entzogen wäre. Betrachtet man nämlich die Leistungsübersichten der Kläger Ziffer 2 und 3, zeigt sich, dass Hauptumsatzbringer die Gastroskopie (GNR 741 EBM) und die Koloskopie (GNR 764 EBM) sind. Dies entspricht dem Normalfall von Praxen mit gastroenterologischem Schwerpunkt. Auch die Leistung nach GNR 319 EBM (Leberpunktion) wird beispielsweise im Quartal 3/99 von vier Praxen abgerechnet. Würde jede Besonderheit die Bildung einer gesonderten Vergleichsgruppe erfordern, wäre ein statistischer Vergleich nur noch schwerlich möglich und das Prüfverfahren kaum weniger aufwendig zu handhaben als eine Einzelfallprüfung, folglich praktisch nicht durchführbar (so bereits BSG in [SozR 2200 § 368 n RVO Nr. 50](#)). Die vorliegenden Besonderheiten einer größeren Anzahl schwererer Fälle sind vielmehr im Rahmen der Überprüfung einer Praxisbesonderheit zu berücksichtigen.

Ebenso wie der Beklagte geht auch der Senat davon aus, dass es sich bei der Vergleichsgruppe der Gastroenterologen um eine besonders homogene Fachgruppe handelt, bei der alle Ärzte schwerpunktmäßig das gleiche Patientengut behandeln. Die von den Klägern Ziffer 2 insoweit geäußerten Zweifel an der gastroenterologischen Tätigkeit anderer Gastroenterologen sind reine Spekulationen, für die jeder konkrete Anhaltspunkt fehlt, und für die auch nichts spricht, wenn man sich die durch den Zulassungsstatus vorgegebene Aufgabenzuweisung für die verschiedenen Arztgruppen vor Augen hält. Nach der im streitigen Zeitraum bereits durchgeführten Trennung in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung und den Ausschluss der hausärztlich tätigen Internisten von zahlreichen fachärztlichen Leistungen durch die sog KO-Liste mussten die Ärzte der Vergleichsgruppe die danach verstärkt auf sie zukommenden Spezialuntersuchungen bewältigen. Weiterhin sind Vertragsärzte verpflichtet, entsprechend ihrem Zulassungsstatus, hier als fachärztliche Internisten, tätig zu werden. Es ist daher davon auszugehen, dass sie durchweg gastroenterologisch tätig waren; wären sie es nicht, müsste dies der Klägerin Ziffer 1 bekannt sein. Diese Ärzte würden im Übrigen auch ihren Zulassungsstatus als fachärztliche Internisten gefährden.

e.) Nach der Rechtsprechung des BSG 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 (siehe BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr. 41](#), mit Hinweis auf [BSGE 74, 70, 72 = SozR 3-2500 § 106 Nr. 23](#) S. 26; BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr. 27](#) S. 154). Zu diesem Zweck ist regelmäßig der auf die festgestellte Praxisbesonderheit entfallende Kostenanteil von dem Gesamtfallwert des geprüften Arztes abzuziehen und - ausgehend von dem danach verbleibenden 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. 41](#); [SozR 3-2500 § 106 Nr. 27](#) Seite 154). Zutreffend hat das SG weiter darauf hingewiesen, dass im Ergebnis der Entscheidung des BSG vom 18. Juni 1997 ([SozR 3-2500 § 106 Nr. 41](#)) des Weiteren zu entnehmen ist, dass es in den Fällen, in denen dem betroffenen Arzt nach der Kürzung immer noch Überschreitungen verbleiben, bei denen die Annahme eines offensichtlichen Missverhältnisses ohne Weiteres in Betracht kommt (hier verblieb den Klägern Ziffer 2 und 3 auch nach der Kürzung eine Überschreitung um 100 %, wo hingegen das offensichtliche Missverhältnis nach der Rechtsprechung des BSG in der Regel bei bereits 50 % angenommen werden kann), unschädlich ist, wenn die Prüfungsgremien die Praxisbesonderheiten nicht vorab quantifiziert haben. Für die Quantifizierung des Mehraufwands genügt insoweit dann eine plausible Schätzung.

Der Beklagte hat zwar eine Quantifizierung des Mehrbedarfs nicht vorgenommen. Allerdings haben allein die im Widerspruchsbescheid dargestellten zehn Beispielfälle sehr deutlich belegt, dass die Häufung des Ansatzes der Leistungen nach GNR 17 und 18 EBM auch durch die Schwere der Krankheitsbilder nicht zu rechtfertigen ist. Wie bereits vom SG ausgeführt, können die entsprechenden Krankheitsbilder wie eine Giardiasis oder auch die komplizierte Behandlung einer Colitis ulcerosa, wie in der mündlichen Verhandlung vor dem SG eindrücklich dargelegt worden ist, die Abrechnung der hier streitigen Leistungen - auch mehrfach im Quartal - rechtfertigen. Die hier vorliegende Häufung lässt sich jedoch auch unter Berücksichtigung dieser schweren Krankheitsbilder nicht mehr erklären. Denn inwieweit im Wochenrhythmus Beratungen nach GNR 17 bzw. 18 EBM mit einem Umfang von mindestens 10 Minuten bzw. mehr als 30 Minuten notwendig sind, ist nicht nachvollziehbar. Zu Recht hat das SG darauf hingewiesen, dass dies umso mehr vor dem Hintergrund gilt, als die bei schweren Krankheiten zu erwartende psychisch-problematische Krankheitsverarbeitung nach der Schilderung von Dr. K. in der mündlichen Verhandlung vor dem SG ohnehin teilweise durch die Erbringung der Leistungen nach Nr. 851 EBM (verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen unter systematischer Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion, je Sitzung - Dauer mindestens fünfzehn Minuten -) aufgefangen wird (im Quartal 3/99:151 Ansätze, in 4/99:203 Ansätze, in 1/00:190 Ansätze und in 2/00: 208 Ansätze). Der Beklagte hat den Klägern Ziffer 2 und 3 durch die Kürzung auf den Fachgruppendurchschnitt plus 100 % noch eine Abrechnungshäufigkeit belassen, bei der die Annahme eines offensichtlichen Missverhältnisses ohne Weiteres in Betracht kommt. Angesichts dessen ist es letztlich unschädlich, dass der Beklagte die Praxisbesonderheit nicht vorab quantifiziert hat.

Des Weiteren haben sowohl der Beklagte als auch das SG kausale kompensatorische Einsparungen, die den vorliegenden Mehraufwand rechtfertigen könnten, verneint. Die Anerkennung kompensierender Einsparungen setzt voraus, dass zwischen dem Mehraufwand auf der einen und den Kostenüberschreitungen auf der anderen Seite ein Kausalzusammenhang besteht. Es muss festgestellt werden, durch welche vermehrten Leistungen der Arzt in welcher Art von Behandlungsfällen aus welchem Grund welche Einsparungen erzielt hat. 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 gegebenenfalls nachweisen. Dies bedeutet nicht, dass der Arzt alle Einzelfälle anführen und medizinisch erläutern müsste; entscheidend ist vielmehr die strukturelle Darlegung der methodischen Zusammenhänge und der medizinischen Gleichwertigkeit. Gelingt der erforderliche Nachweis nicht, geht dies zu Lasten des Arztes (siehe Urteil des BSG vom 15. November 1997 - 6 RKA 1/97 - in [SozR 3-2500 § 106 Nr. 42](#)).

Soweit die Kläger Ziffer 2 und 3 im Verfahren vor dem SG durch mit großem Aufwand vorgenommenen Berechnungen über die ihrer

Meinung nach erfolgten Einsparungen stationärer Leistungen den erhöhten Bedarf bei den Beratungs- und Gesprächsleistungen zu belegen versucht haben, kann dies nicht durchgreifen. Denn auch wenn im besonderen Maße Leistungen krankenhausersetzend erbracht wurden, kann dies mit Sicherheit nicht durch die vermehrte Erbringung der Leistungen nach den GNR 17 und 18 EBM erfolgt sein. Diese Leistungen wären, soweit erforderlich, auch vor einer Krankenhauseinweisung angefallen, etwa um die weitere therapeutische Vorgehensweise zu erörtern. Umgekehrt kann sich für den Senat nicht erschließen, wie man alleine durch eine Beratung eine andernfalls stationäre Krankenhausbehandlung überflüssig machen könnte. Es fehlt daher an der Kausalität zwischen Einsparung und Mehraufwand.

3. Angesichts der festgestellten Unwirtschaftlichkeit der Leistungserbringung ist die festgesetzte Honorarkürzung nicht zu beanstanden. Bei der Festlegung der Höhe der Honorarkürzung als Reaktion auf die festgestellte Unwirtschaftlichkeit ist die im Rahmen des den Prüfungsgremien zustehenden Beurteilungsspielraums hier getroffene Kürzung auf den Fachgruppendurchschnitt plus 100 % in keiner Weise zu beanstanden. Vielmehr verbleibt hier den Klägern Ziffer 2 und 3 auch nach der Kürzung noch immer die doppelte Abrechnungshäufigkeit, was auch unter Berücksichtigung einer erhöhten Anzahl von behandlungsintensiven Patienten angemessen ist.

Aus all diesen Gründen wird die Berufung zurückgewiesen.

IV.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197 a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2 VwGO](#).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-01-21