

S 12 KA 536/13

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 536/13

Datum

19.03.2014

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 27/14

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Bei implausiblen Abrechnungen aufgrund von patientenbezogenen Implausibilitäten kann die nicht einer Einzelleistung oder einzelnen Leistungen oder Leistungsbereichen zugeordnet werden. Die Implausibilität folgt vielmehr aus dem Gesamtumfang der abgerechneten Leistungen. Die Wirtschaftlichkeitsprüfgremien dürfen deshalb von der Richtigkeit der Honoraranforderung ohne Bereinigung der statistischen Grundlagen ausgehen (Fortführung von SG Marburg, Urt. v. 07.09.2011 - [S 10 KA 913/09](#) -juris).

2. Soweit sich eine sachlich-rechnerische Berichtigung wegen Implausibilität und eine Honorarkürzung wegen Unwirtschaftlichkeit überlappen, ist im jeweils nachfolgenden Bescheid bei der Festsetzung des konkreten Kürzungsbetrages im Rahmen der Ermessensausübung die vorangehende Kürzung zu berücksichtigen.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat die Gerichtskosten und die notwendigen außergerichtlichen Kosten des Beklagten zu tragen. Weitere Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine Honorarkürzung wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise im Bereich der Nr. 01100 EBM (Unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten) und der Leistungsgruppen 2 und 13 für die vier Quartale I bis IV/08 in Höhe von insgesamt 84.394,94 EUR vor Quotierung bzw. 20.124,55 EUR quotiert.

Die Klägerin ist eine Gemeinschaftspraxis, bestehend seit 01.08.2003 aus zwei zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Fachärzten für Allgemeinmedizin mit Praxissitz in A-Stadt. Herr Dr. A1 war bereits zuvor zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

In den Quartalen I bis IV/08 entwickelten sich die Fallkosten der Klägerin (Kl.) im Vergleich zu ihrer Fachgruppe der Allgemeinärzte und praktischen Ärzte (VG.) wie folgt.

Quartal I/08 II/08 III/08 IV/08

Anzahl Praxen/Ärzte 2.996/3.930,25 2.986/3.932,25 2.960/3.899,30 2.984/3.893,14

Fallzahl Kl./VG. 2.249/1.181 2.135/1.148 2.142/1.149 2.202/1.166

Rentneranteil in % Kl./VG. 36/34 37/35 40/35 37/35

Fallkosten gesamt in EUR Kl./VG. 77,61/70,74 78,97/71,33 77,15/70,42 77,77/71,75

Überschreitung in EUR 6,87 7,64 6,73 6,02

Überschreitung in % 10 11 10 8

Leistungsgruppe 2

Fallkosten gesamt in EUR Kl./VG. 15,22/5,46 14,15/5,17 14,27/5,08 13,38/5,16

Überschreitung in EUR 9,76 8,98 9,19 8,22

Überschreitung in % 179 174 181 159

Leistungsgruppe 13

Fallkosten gesamt in EUR Kl./VG. 2,13/0,72 1,82/0,68 1,87/0,68 1,61/0,68

Überschreitung in EUR 1,41 1,14 1,19 0,93

Überschreitung in % 196 168 175 137

Nr. 01100

Abrechnende Praxen 1.859 1.655 1.524 1.652

Anzahl auf 100 Fälle Kl./VG. 18/1 25/1 18/1 25/1

Fallkosten in Punkten Kl./VG. 102,7/7,0 138,6/7 98,2/6,9 136,4/9,1

Fallkosten in EUR Kl./VG. 5,25/0,35 7,08/0,35 5,02/0,35 6,97/0,46

Überschreitung in EUR 4,90 6,73 4,67 6,51

Überschreitung in % 1.367 1.800 1.323 1.399

Die Prüfungsstelle der Ärzte und Krankenkassen in Hessen führte von Amts wegen ein Prüfverfahren für die Quartale I bis IV/07 bzgl. der Leistungen nach Nr. 01100 (Unvorhergesehene Inanspruchnahme) und 01411 (Dringender Besuch I) durch, was sie dem Kläger mit Schreiben vom 18.04.2011 mitteilte.

Die Klägerin trug vor, es liege eine 33-jährige Praxistätigkeit mit ununterbrochener Samstagstätigkeit und Hausbesuchen an Samstagen vor. Trotz unterschiedlicher Vergütung der Samstagstätigkeit in den vergangenen Jahren sei die Frequenz der Samstagstätigkeit und der Hausbesuche an Samstagen praktisch unverändert auf gleich hohem Niveau geblieben. Dies zeige, dass hierfür nicht Anreize der Honorierung maßgebend gewesen seien. Diese Samstagstätigkeit werde nur noch von wenigen einzelnen Landarztpraxen durchgeführt. Hieraus folge die statistische Auffälligkeit. Diese Tätigkeit verursache keine weiteren Kosten, da das Honorar in der Größenordnung von ca. 800.000 Punkten im Quartal gestrichen werde. Durch seine Samstagstätigkeit vermeide er Krankenhauseinweisungen.

Die Prüfungsstelle setzte mit Bescheid vom 27.10.2011 eine Honorarkürzung in Höhe von 12,00 Euro pro Fall für das Quartal I/07, von 8,00 Euro für das Quartal II/07, von 12,00 Euro für das Quartal III/07 und von 11,00 Euro für das Quartal IV/07 vor Quotierung fest. Dies ergab eine Honorarkürzung im Bereich des Gesamtfallwerts für die vier Quartale I bis IV/07 in Höhe von insgesamt 93.710,00 EUR vor Quotierung bzw. 13.426,84 EUR quotiert. Den Widerspruch der Klägerin wies der Beklagte mit Bescheid vom 05.03.2013 auf Grund des Beschlusses vom 10.10.2012 als unbegründet zurück. Die hiergegen erhobene Klage zum Az.: S 12 KA 184/13 beendeten die Beteiligten vor der Kammer am 28.08.2013 durch Vergleich. Der Beklagte reduzierte die strittige Honorarkürzung auf 8.951,23 EUR und übernahm 1/3 der Gerichtskosten und der notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin.

Die Prüfungsstelle der Ärzte und Krankenkassen in Hessen führte von Amts wegen ein weiteres Prüfverfahren für die streitbefangenen Quartale bzgl. der Leistungen der Leistungsgruppen 2 und 13 sowie der Leistungen nach Nr. 01100 EBM durch, was sie dem Kläger mit Schreiben vom 10.04.2012 mitteilte.

Eine zunächst angekündigte Stellungnahme reichte die Klägerin nicht ein.

Die Prüfungsstelle setzte mit Bescheid vom 15.08.2012 folgende Honorarkürzungen, jeweils pro Fall in EUR, fest:

Quartal I/08 II/08 III/08 IV/08

Leistungsgruppe 2 4,30 3,81 4,10 3,05

Leistungsgruppe 13 0,69 0,46 0,51 0,25 Nr. 01100 4,79 6,37 4,31 6,04

Gesamt (Berechnung der Kammer) 9,78 10,64 8,92 9,34

In allen drei Kürzungsbereichen erkannte er Mehrbeträge in Höhe des Fachgruppendurchschnitts zzgl. 100 % an.

Hiergegen legte die Klägerin am 31.08.2012 Widerspruch ein. Sie reichte eine offensichtlich nicht zu den Akten gelangte Stellungnahme vom 04.05.2012 nach, in der er auf seine seit 1978 bestehende Samstagssprechstunde und seine langjährige Auseinandersetzung über die Anerkennung seiner Praxisbesonderheiten hinwies. Trotz höherer Honorierung hätten sich ihre Samstagsbesuche nicht erhöht. Durch die fast ganzjährig durchgeführte Samstagssprechstunde erziele sie Einsparungen bei den Krankenhauseinweisungen und vermeide Fehlbehandlungen durch den Wochenenddienst. Unter dem Gesichtspunkt der Gesamtwirtschaftlichkeit erziele sie Ersparnisse in sechsstelliger Höhe jährlich. Weiter führte sie mit Schreiben ihres Prozessbevollmächtigten unter Datum vom 19.04.2013 aus, sie rüge einen Verstoß des Grundsatzes Beratung vor Regress. Durch die Kürzungen werde das Gesamthonorar unter den Durchschnitt der Fachgruppe gedrückt. Als übergroße Landarztpraxis betreuten sie eine Vielzahl älterer/multimorbider Patienten, was zur überdurchschnittlichen Anforderung von Besuchen und Wegegebühren führe. Durch die Besuche könnten Krankenhauseinweisungen erspart werden. Aufgrund einer Plausibilitätsprüfung ergäben sich bereits folgende Honorarrückforderungen der Beigeladenen zu 1):

Quartal I/08 II/08 III/08 IV/08

In EUR 22.411,20 24.295,04 21.673,56 23.993,44

Gesamt: 92.373,70 EUR

Die Plausibilitätsprüfung habe für die Quartale I/08 bis IV/10 insgesamt zu einer Kürzung von 319.187,64 EUR geführt. Aufgrund einer Tilgungsvereinbarung müssten sie 31.900,00 EUR pro Quartal zurückzahlen. Eine weitere Kürzung sei unzulässig.

Der Beklagte lud die Klägerin zu einer Prüfsitzung am 24.04.2013, an der ihr Prozessbevollmächtigter teilnahm. Den in der Prüfsitzung geschlossenen Vergleich mit einer Kürzungssumme in Höhe von 20.000,00 EUR netto (nach Quotierung) widerrief die Klägerin am 07.05.2013.

Der Beklagte wies mit Bescheid vom 20.09.2013 auf Grund des Beschlusses vom 24.04.2013, der Klägerin am 21.09.2013 zugestellt, den Widerspruch als unbegründet zurück. Er ging von folgenden Kürzungsbeträgen vor Quotierung aus:

Quartal I/08 II/08 III/08 IV/08

Leistungsgruppe 2 u. 13 11.222,51 9.116,45 9.874,62 7.266,60

Nr. 01100 10.772,71 13.599,95 9.232,02 13.300,08

Gesamt (Berechnung der Kammer) 21.995,22 22.716,4 19.106,64 20.566,68

Gesamt: 84.384,94

Zur Begründung führte er aus, die Abrechnungswerte der Klägerin lägen in Bezug auf die Leistungen nach Nr. 01100 und den Leistungsgruppen 2 und 13 sehr deutlich im Bereich des sog. offensichtlichen Missverhältnisses. Vom Vorliegen eines solchen "offensichtlichen" Missverhältnisses sei bei Überschreitungswerten von ca. 40 bis 50 % oder mehr auszugehen. Die Grenze dürfe bei Überschreitungen von mehr als 40 % gegenüber den Vergleichswerten der Vergleichsgruppe festgesetzt werden. Die Überschreitungen seien nicht auf Besonderheiten zurückzuführen. Praxisbesonderheiten seien nicht festzustellen. Stelle sich auch die Frage, inwieweit die häufig unvorhergesehenen Inanspruchnahmen notwendig seien bei der Patientin M., geb. 1991, oder bei Diagnosen wie akute Bronchitis, essentielle Hypertonie, Gallenblasenstein ohne Cholezystitis bei der Patientin L., geb. 1951, oder allgemein bei Diagnosen wie Hyperurikämie ohne Zeichen von entzündlicher Arthritis, alkoholischer Fettleber oder Stoffwechselstörung. Dabei genüge angesichts der prozentual sehr hohen Überschreitungswerte bei der Nr. 01100 im Rahmen einer sog. statistischen Vergleichsprüfung nach Durchschnittswerten der pauschale Vergleich bei der beanstandeten Leistung und den Leistungsgruppen mit den Durchschnittswerten der Vergleichsgruppe. Die Überschreitungswerte bei den strittigen Leistungen bzw. Leistungsbereichen seien durch eine zu häufige Abrechnung entstanden und nicht auf Besonderheiten der Behandlungsausrichtung zurückzuführen, sondern auf eine Herangehensweise und ein Abrechnungsverhalten, die mit dem Grundsatz einer wirtschaftlichen Behandlungsweise nicht in Übereinstimmung zu bringen seien. Auf Grund des Zuschlags bzgl. chronischer Erkrankungen nach Nr. 03212 sei zwar nachzuvollziehen, dass ca. 60 % und mehr der Patienten mit chronischen Behandlungen behandelt würden, demgegenüber stehe jedoch z.B. eine geringe Betreuung für Patienten mit Diabetes mell. Auch sonstige Praxisbesonderheiten seien nicht erkennbar bzw. fielen jedenfalls quantitativ nicht ins Gewicht. Der höhere Rentenanteil stehe in keinem kausalen Zusammenhang mit der Überschreitung des Ansatzes der strittigen Leistungspositionen. Kompensatorische Einsparungen in anderen Teilbereichen seien nicht ersichtlich. Bei den Krankenhauseinweisungen sei die geringe Zahl zu beachten, weshalb die Kausalität in Bezug auf Einsparungen durch die anderweitig veranlassten Behandlungen bzw. bezüglich der Abrechnungswerte zweifelhaft sei. Auch bei den Arbeitsunfähigkeitsfällen sei ein kausaler Zusammenhang nicht erkennbar. Der Klägerin sei ein ausreichend hohes "Mehr" belassen worden.

Hiergegen hat die Klägerin am 17.10.2013 die Klage erhoben. Die Plausibilitätsprüfung sei von dem Beklagten nicht berücksichtigt worden. Der Bescheid der Prüfungsstelle sei zunächst an sie trotz der angezeigten Bevollmächtigung ergangen, erst am 06.09.2012 sei er dem Bevollmächtigten übersandt worden. Damit liege die Zustellung deutlich später als die Zustellung des Bescheids über die Plausibilitätsprüfung. Sie rüge weiterhin einen Verstoß des Grundsatzes Beratung vor Regress. Es liege ein Wechsel der Prüfmethode vor, da im Bescheid der Prüfungsstelle Punktezahlen, vom Beklagten aber Eurowerte angegeben würden, die nicht der tatsächlichen Vergütung entsprechen würden. Auch halte sie es weiterhin für unzulässig, dass durch die Kürzungen das Gesamthonorar unter den Durchschnitt der Fachgruppe gedrückt werde. Es werde nicht aufgeschlüsselt, welche Kürzungsanteile auf die einzelnen Leistungsgruppen entfielen. Die Praxisbesonderheiten seien nicht ausreichend gewürdigt worden, ebenso die seit Jahrzehnten unterdurchschnittlichen Krankenhauseinweisungen.

Die Klägerin beantragt,
unter Aufhebung des Bescheids des Beklagten vom 20.09.2013 den Beklagten zu verurteilen, sie unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über ihren Widerspruch neu zu bescheiden.

Der Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Er verweist auf den angefochtenen Bescheid und trägt ergänzend vor, der Bescheid vom 23.08.2012 über die Plausibilitätsprüfung liege nach dem Bescheid der Prüfungsstelle und könne diesen berücksichtigen. Eine Beratungsverpflichtung habe nicht bestanden. Es liege in seinem Ermessen, Punkte in Euro-Beträge umzurechnen; mangels Quotierung könne der Punktwert von 5,11 Cent nicht dem tatsächlich ausgezahlten Honorar entsprechen. Es sei keine Kürzung des Gesamthonorars vorgenommen worden, so dass es auf das verbliebene Honorar nicht ankomme. Er habe im Bescheid auf den Bescheid der Prüfungsstelle zur Berechnung der Kürzung verwiesen, was auch für die Aufteilung innerhalb der Leistungsgruppen gelte. Kompensatorische Ersparnisse seien nicht ersichtlich. Auf Grund der geringen Zahl der Krankenhauseinweisungen hätte bereits eine einzelne Einweisung erhebliche Auswirkungen auf die Statistik, weshalb die Daten zu den Krankenhauseinweisungen nicht geeignet seien, überhaupt ein relevantes Weniger im Vergleich zur Fachgruppe zu belegen. Erst recht könnten die relativ niedrigen Krankenhauseinweisungen keinen Kausalzusammenhang zwischen den gekürzten Überschreitungen und diesen Krankenhauseinweisungen belegen. Es wäre ferner der medizinische Zusammenhang mit dem Mehraufwand, die medizinische Gleichwertigkeit und die kostenmäßigen Einsparungen darzulegen und ggf. auch nachzuweisen. Dies sei dem Kläger nicht gelungen.

Die Kammer hat mit Beschluss vom 18.10.2013 die Beiladung ausgesprochen.

Die Beigeladene zu 1) keinen Antrag gestellt. Sie hat darauf hingewiesen, sie habe für die Quartale IV/06 bis IV/08 eine Plausibilitätsprüfung durchgeführt. Wegen des Verdachts der Falschabrechnung sei das Verfahren zur weiteren Ermittlung an die Staatsanwaltschaft abgegeben worden. Das Widerspruchsverfahren sei deshalb ausgesetzt worden. Aus dem prozentualen Anteil der Plausibilitätskürzung am Gesamthonorar sei dieser Anteil auf das Honorarvolumen der von der Wirtschaftlichkeitsprüfung betroffenen Honorarbereiche übertragen und dementsprechend vom ursprünglichen festgestellten Kürzungsbetrag der Wirtschaftlichkeitsprüfung in Abzug gebracht. Im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung ergäben sich folgende Rückforderungen:

Quartal I/08 II/08 III/08 IV/08

Rückforderung in EUR 3.858,21 3.392,87 6.001,10 4.464,65

Gesamt: 17.716,83 EUR

Mit Schreiben vom 18.03.2014 hat die Beklagte ihre Angaben wie folgt korrigiert (im Ergebnis lediglich für das Quartal I/08):

Quartal I/08 II/08 III/08 IV/08

Rückforderung in EUR 6.265,93 3.392,87 6.001,10 4.464,65
Gesamt: 20.124,55 EUR

Die übrigen Beteiligten haben sich zum Verfahren schriftsätzlich nicht geäußert und keinen Antrag gestellt.

Die Kammer hat mit Beschluss vom 18.10.2013 die Beiladung ausgesprochen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit je einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sowie der Krankenkassen verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit des Vertragsarztrechts handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz – SGG](#)). Die Kammer konnte trotz Ausbleibens eines Vertreters der Beigeladenen in der mündlichen Verhandlung verhandeln und entscheiden, weil diese ordnungsgemäß geladen und hierauf hingewiesen worden sind.

Die zulässige Klage ist unbegründet. Der angefochtene Bescheid des Beklagten vom 16.08.2013 ist rechtmäßig und war daher nicht aufzuheben. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über ihren Widerspruch. Die Klage war daher abzuweisen.

Gegenstand des Verfahrens ist nur der Bescheid des Beklagten, nicht auch der des Prüfungsausschusses. In Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung beschränkt sich die gerichtliche Kontrolle auf die das Verwaltungsverfahren abschließende Entscheidung des Beschwerdeausschusses. Dieser wird mit seiner Anrufung für das weitere Prüfverfahren ausschließlich und endgültig zuständig. Sein Bescheid ersetzt den ursprünglichen Verwaltungsakt des Prüfungsausschusses, der abweichend von [§ 95 SGG](#) im Fall der Klageerhebung nicht Gegenstand des Gerichtsverfahrens wird. Eine dennoch gegen diesen Bescheid erhobene Klage ist unzulässig (vgl. BSG, Urt. v. 19.06.1996 - [6 RKA 40/95](#) - [SozR 3-2500 § 106 Nr. 35](#) = [NZS 1997, 135](#) = USK 96134, zitiert nach juris Rdnr. 12; BSG, Urt. v. 28.06.2000 - [B 6 KA 36/98 R](#) - USK 2000-165, juris Rdnr. 14).

Im System der gesetzlichen Krankenversicherung nimmt der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt - Vertragsarzt - die Stellung eines Leistungserbringers ein. Er versorgt die Mitglieder der Krankenkassen mit ärztlichen Behandlungsleistungen, unterfällt damit auch und gerade dem Gebot, sämtliche Leistungen im Rahmen des Wirtschaftlichen zu erbringen. Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, darf er nach dem hier anzuwendenden Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, gesetzliche Krankenversicherung, in der hier maßgebenden Fassung des Gesetzes vom 26.03.2007 - [BGBl. I, S. 378](#) ([§ 12 Abs. 1 SGB V](#)) nicht erbringen.

Rechtsgrundlage für Honorarkürzungen wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise ist [§ 106 Abs. 2 Satz 4 SGB V](#) i.V.m. der Prüfvereinbarung. 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. Die Abrechnungs- bzw. Verordnungswerte des Arztes werden mit denjenigen seiner Fachgruppe - bzw. 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 bei Einzelleistungswerten in offensichtlichem Missverhältnis zum durchschnittlichen Aufwand der Vergleichsgruppe steht, d. h., ihn 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 (vgl. BSG, Urt. v. 16.07.2003 - [B 6 KA 45/02 R](#) - [SozR 4-2500 § 106 Nr. 3](#) = Breith 2004, 13, juris Rdnr. 17 m. w. N.).

Von welchem Grenzwert an ein offensichtliches Missverhältnis anzunehmen ist, entzieht sich einer allgemein verbindlichen Festlegung (vgl. BSG, Urt. v. 15.03.1995 - [6 RKA 37/93](#) - [BSGE 76, 53](#) = [SozR 3 2500 § 106 Nr. 26](#) = [NZS 1996, 33](#) = [NJW 1996, 2448](#) = USK 9573, juris Rdnr. 18). Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts liegt zwischen dem Bereich der normalen Streuung, der Überschreitungen um bis zu ca. 20 % erfasst, und der Grenze zum sog. offensichtlichen Missverhältnis der Bereich der Übergangszone. Die Grenze zum sog. offensichtlichen Missverhältnis hat das Bundessozialgericht früher bei einer Überschreitung um ca. 50 % angenommen. Seit längerem hat es - unter bestimmten Voraussetzungen - niedrigere Werte um ca. 40 % ausreichen lassen. Die Prüfungsgremien haben einen Beurteilungsspielraum, die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis höher oder niedriger festzulegen. Vor diesem Hintergrund hat das Bundessozialgericht es nicht ausgeschlossen, dass Überschreitungen um 42, 38, 33 und 31 % möglicherweise dem Bereich des sog. offensichtlichen Missverhältnisses zugeordnet werden können (vgl. BSG, Urt. v. 06.09.2000 - [B 6 KA 24/99 R](#) - [SozR 3-2500 § 106 Nr. 50](#) = USK 2000-171, juris Rdnr. 24). Bei Arztgruppen mit engem Leistungsspektrum darf eine Grenzziehung bei Überschreitungen der Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe um +40 % oder weniger vorgenommen werden (vgl. BSG, Urt. v. 16.07.2003 - [B 6 KA 45/02 R](#) - [SozR 4-2500 § 106 Nr. 3](#) = Breith 2004, 13, juris Rdnr. 26). Bei einer Arztgruppe mit einem engen Leistungsspektrum, das gegen größere Unterschiede bei den durchschnittlichen Fallkosten der einzelnen Praxen spricht, ist es unter Umständen zu vertreten, die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis bereits bei einer Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts um 40 % festzusetzen (vgl. BSG, Urt. v. 02.06.1987 - [6 RKA 23/86](#) - aaO., juris Rdnr. 23). Von daher war es nicht zu beanstanden, dass der Beklagte vom Vorliegen eines offensichtlichen Missverhältnisses bei Überschreitungen von mehr als 40 % gegenüber den Vergleichswerten der Fachgruppe ausgeht.

Ein statistischer Kostenvergleich kann dann nicht durchgeführt werden, wenn die Fallzahl des zu prüfenden Arztes so gering ist, als sie (Fall-)Zahlenbereiche unterschreitet, unterhalb derer ein statistischer Vergleich nicht mehr aussagekräftig ist. Dies ist bei der klägerischen Praxis für den streitbefangenen Zeitraum nicht der Fall (vgl. BSG, Urt. v. 09.09.1998 - [B 6 KA 50/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 106 Nr. 45](#) = [NZS 1999, 310](#) = Breith 1999, 664 = USK 98174, juris Rdnr. 15 bis 19).

Unter Beachtung dieser Grundsätze ist der angefochtene Bescheid nicht zu beanstanden.

Der Beschluss ist in formeller Hinsicht nicht zu beanstanden.

Durch die Übersendung des Prüfantrags mit der Möglichkeit zur Stellungnahme und der Möglichkeit der Widerspruchserhebung hat eine ausreichende Anhörung stattgefunden (§ 24 Abs. 1 Sozialgesetzbuch, Zehntes Buch, Verwaltungsverfahren - SGB X). Ferner hat eine Prüfsitzung stattgefunden, an der der Prozessbevollmächtigte der Klägerin teilgenommen hat.

Vor dem Ausspruch des Regresses musste auch keine Beratung erfolgen. Bei großer Unwirtschaftlichkeit – nämlich bei einem Mehraufwand, dessen Ausmaß ein "offensichtliches Missverhältnis" darstellt – hindert das Fehlen einer Beratung eine Honorarkürzung bzw. einen Regress nicht (vgl. BSG, Urt. v. 21.05.2003 - [B 6 KA 32/02 R](#) - [SozR 4-2500 § 106 Nr. 1](#) = Breith 2003, 801 = USK 2003-134, juris Rdnr. 28; BSG, Urt. v. 28.04.2004 - [B 6 KA 24/03 R](#) - [GesR 2004, 424](#) = [MedR 2004, 577](#) = USK 2004-129, juris Rdnr. 22, jeweils m.w.N.). Sonderregelungen für den Bereich der Richtgrößenprüfung gelten hier nicht.

Ein Wechsel der Prüfmethode liegt nicht vor. Der Beklagte hat eindeutig dargelegt, dass er sog. unquotierte Beträge festsetzt. Sofern budgetbedingte Honorarkürzungen und Honorarkürzungen auf Grund einer Wirtschaftlichkeitsprüfung miteinander zu verrechnen sind, stellt sich die Frage, ob die Prüfungsgremien diese Verrechnung in ihrem Bescheid durchführen oder ob sie nur die Honorarkürzung auf Grund Unwirtschaftlichkeit berechnen und der Kassenärztlichen Vereinigung die Festlegung der gegenzurechnenden budgetbedingten Honorarkürzungen überlassen. Das Bundessozialgericht hat beide Wege zugelassen und ein Wahlrecht eingeräumt. Es ist zulässig, dass die Kassenärztliche Vereinigung die konkrete Berechnung und Festsetzung des Euro-Kürzungsbetrages vornimmt (vgl. Clemens in juris-Praxiskommentar, § 106, 2. Auflage 2012, Rdnr. 53 f. m.w.N. zur BSG-Rspr.) Entsprechend hat die Kammer bisher die unquotierten Festsetzungen des Beklagten nicht beanstandet. Die Euro-Beträge vor Quotierung entsprechen einer Umrechnung der abgesetzten Punktezahl zum fiktiven Punktwert von 10 Pfg. bzw. des entsprechenden Eurowerts und damit vor Anwendung der Regelungen des Honorarverteilungsmaßstabs bzw. der honorarvertraglichen Regelungen. Das weitere Verfahren seitens der Beigeladenen zu 1) ist ohne Auswirkung auf die Rechtmäßigkeit der Brutto-Festsetzung. Im Übrigen hat die Kammer bereits wiederholt angemerkt, dass sich eine Kassenärztliche Vereinigung, die zur Umsetzung des Prüfbescheides offensichtlich die Honorarverteilung nochmals unter Abzug der wegen Unwirtschaftlichkeit gekürzten Leistungsmenge vornimmt, sich in Widerspruch zu [§ 106 SGB V](#) in der vom Bundessozialgericht vorgenommenen Rechtsauslegung setzt (vgl. BSG, Urt. v. 15.05.2002 - [B 6 KA 30/00 R](#) - [SozR 3-2500 § 87 Nr. 32](#) = juris Rdnr. 15 ff.; BSG, Urt. v. 05.11.2003 - [B 6 KA 55/02 R](#) - [SozR 4-2500 § 106 Nr. 4](#) = juris Rdnr. 18; BSG, Urt. v. 23.02.2005 - [B 6 KA 79/03 R](#) - USK 2005-108 = juris Rdnr. 26). Diese Vorgehensweise wird, da sie Vertragsärzte nur begünstigen kann, nicht im Klagewege angegangen mit der Folge, dass sie nur durch Maßnahmen der Aufsichtsbehörde beanstandet werden kann (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 07.09.2011 - [S 10 KA 913/09](#) - juris Rdnr. 72; SG Marburg, Urt. v. 03.07.2013 S 12 KA 383/12 -). Von daher ist es auch unerheblich, ob der Beklagte Eurowerte oder Punktezahlen angibt.

Der Bescheid ist auch in materieller Hinsicht nicht zu beanstanden.

Praxisbesonderheiten hat die Klägerin nicht substantiiert vorgetragen.

Als Praxisbesonderheiten des geprüften Arztes kommen nur solche Umstände in Betracht, die sich auf das Behandlungs- oder Verordnungsverhalten des Arztes auswirken und in den Praxen der Vergleichsgruppe typischerweise nicht oder nicht in derselben Häufigkeit anzutreffen sind. Für die Anerkennung einer Praxisbesonderheit ist es deshalb nicht ausreichend, dass bestimmte Leistungen in der Praxis eines Arztes erbracht werden. Vielmehr muss substantiiert dargetan werden, inwiefern sich die Praxis gerade in Bezug auf diese Merkmale von den anderen Praxen der Fachgruppe unterscheidet (vgl. BSG, Urt. v. 21.06.1995 - [6 RKa 35/94](#) - [SozR 3-2500 § 106 Nr. 27](#) = USK 9588 = [NZS 1996, 583](#), juris Rdnr. 16). Die betroffene Praxis muss sich nach der Zusammensetzung der Patienten und hinsichtlich der schwerpunktmäßig zu behandelnden Gesundheitsstörungen vom typischen Zuschnitt einer Praxis der Vergleichsgruppe unterscheiden, und diese Abweichung muss sich gerade auf die überdurchschnittlich häufig erbrachten Leistungen auswirken (vgl. BSG, Urt. v. 23.02.2005 - [B 6 KA 79/03 R](#) - USK 2005-108, juris Rdnr. 20). Ein bestimmter Patientenzuschnitt kann z. B. durch eine spezifische Qualifikation des Arztes, etwa aufgrund einer Zusatzbezeichnung bedingt sein (vgl. BSG, Urt. v. 06.09.2000 - [B 6 KA 24/99 R](#) - [SozR 3-2500 § 106 Nr. 50](#) = USK 2000-171, juris Rdnr. 18). Es muss sich um Besonderheiten bei der Patientenversorgung handeln, die vom Durchschnitt der Arztgruppe signifikant abweichen und die sich aus einem spezifischen Zuschnitt der Patientenschaft des geprüften Arztes ergeben, der im Regelfall in Wechselbeziehung zu einer besonderen Qualifikation des Arztes steht. Ein Tätigkeitsschwerpunkt allein stellt nicht schon eine Praxisbesonderheit dar (vgl. BSG, Urt. v. 06.05.2009 - [B 6 KA 17/08 R](#) - [SozR 4-2500 § 106 Nr. 23](#) = USK 2009-35 = Breith 2010, 4 = [NZS 2010, 521](#), juris Rdnr. 27).

Praxisbesonderheiten sind grundsätzlich im Verwaltungsverfahren vorzutragen. Das Bundessozialgericht hat zuletzt im Beschluss v. 27.06.2012 - [B 6 KA 78/11 B](#) - juris Rdnr. 11 darauf hingewiesen, es habe sich bereits mehrfach mit dem Gebot befasst, Wesentliches bereits im Verfahren vor den Prüfungsgremien vortragen zu müssen (unter Hinweis auf BSG v. 15.11.1995 - [6 RKa 58/94](#) - [SozR 3-1300 § 16 Nr. 1](#) = USK 95137 S. 738, insoweit in [SozR 3-1300 § 16 Nr. 1](#) nicht abgedruckt; v. 08.05.1985 - [6 RKa 24/83](#) - USK 85190 S. 1015 f.; v. 11.12.1985 - [6 RKa 30/84](#) - [BSGE 59, 211](#), 215 = [SozR 2200 § 368n Nr. 40 S. 133](#); v. 20.09.1988 - [6 RKa 22/87](#) - [SozR 2200 § 368n Nr. 57 S. 198](#); ebenso auch das erst nach Vorlage der Beschwerdebegründung schriftlich abgesetzte Urt. des BSG v. 21.03.2012 - [B 6 KA 17/11 R](#) - [SozR 4-2500 § 106 Nr. 35](#), Rn. 40 ff.; vgl. auch BSG v. 27.06.2012 - [B 6 KA 78/11 B](#) - Rn. 8). Dabei obliegt die Darlegungs- und Feststellungslast für besondere, einen höheren Behandlungsaufwand rechtfertigende atypische Umstände wie Praxisbesonderheiten und kompensierende Einsparungen dem Arzt. Die Prüfungsgremien sind allerdings zu Ermittlungen von Amts wegen hinsichtlich solcher Umstände verpflichtet, die typischerweise innerhalb der Fachgruppe unterschiedlich und daher augenfällig sind. Bei den erforderlichen Bewertungen haben die Prüfungsgremien einen Beurteilungsspielraum, sodass deren Einschätzungen von den Gerichten nur in begrenztem Umfang überprüft und ggf. beanstandet werden können (vgl. BSG v. 21.03.2012 - [B 6 KA 17/11 R](#) - a.a.O., juris Rdnr. 17 m.w.N.).

Die Klägerin hat nicht dargelegt, weshalb bei ihr die Abrechnung der Leistung nach Nr. 01100 EBM notwendig geworden sein soll. Insofern dürfte zunächst eine Verkenntung des Leistungsinhalts naheliegen. Die Nr. 01100 EBM setzt die unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten zwischen 19.00 und 22.00 Uhr oder an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 7.00 und 19.00 Uhr voraus und wird mit 555 Punkten bewertet. "Unvorhergesehene" Inanspruchnahme setzt voraus, dass in den aufgeführten Zeiträumen keine Sprechstunden abgehalten werden (vgl. Wezel/Liebold, EBM, Kommentierung zu Nr. 01101). Insofern gibt die Klägerin selbst an, an Samstagen Sprechstunden abgehalten zu haben. Für Leistungen innerhalb einer

Samstagssprechstunde kann aber nur die Nr. 01102 EBM, die mit 285 Punkten bewertet wird, abgerechnet werden. Letztlich kann dies dahingestellt bleiben, da der Beklagte zunächst im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung von der vollständigen Leistungserbringung ausgehen kann. Die Klägerin hat aber nicht ansatzweise dargelegt, weshalb der Ansatz der Leistungen nach Nr. 01100 EBM notwendig geworden sein soll, insb. in einem Umfang, der ganz erheblich von dem der Fachgruppe abweicht. Gleiches gilt für die vermehrte Erbringung von Besuchseinsparungen, insbesondere der dringenden Besuche. Auch hierzu hatte die Klägerin nur allgemeine Ausführungen gemacht. Insofern obliegt es ihr, im Einzelnen darzulegen, welche Patienten behandelt werden und mit welchen Krankheitsbildern, die die Leistungen notwendig machen.

Die Klägerin hat auch nicht dargelegt, dass kompensatorische Ersparnisse vorliegen. Insbesondere hat der Kläger nicht dargelegt, weshalb die vermehrt abgerechneten und beanstandeten Leistungen also einer Ersparnis bei Krankenhauseinweisungen geführt haben sollen.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts kann ein Mehraufwand in einem Bereich der ärztlichen Behandlung/Verordnung nur dann durch anderweitige Einsparungen als kompensiert angesehen werden, wenn belegt bzw. nachgewiesen ist, dass gerade durch den Mehraufwand die Einsparungen erzielt werden und dass diese Behandlungsart medizinisch gleichwertig sowie auch insgesamt kostensparend und damit wirtschaftlich ist. (vgl. BSG, Urt. v. 28.01.1998 - [B 6 KA 69/96 R](#) - [SozR 3-2500 § 106 Nr. 43](#) = [NJW 1998, 3444](#) = USK 98124, juris Rdnr. 15 m. w. N.).

Ein Verzicht auf das Erfordernis des Nachweises eines kausalen Zusammenhanges oder die Einschränkung der Anforderungen an den Nachweis kann nicht etwa daraus abgeleitet werden, dass es letztlich nur auf eine Art Gesamtwirtschaftlichkeit ankomme und die ärztliche Tätigkeit als einheitlicher Kostenkomplex zu begreifen sei und Durchschnittsüberschreitungen in Teilbereichen ganz oder weitgehend hinzunehmen seien, wenn der Aufwand in anderen Bereichen unter dem Durchschnitt der Vergleichsgruppe liege. Hierfür lässt sich nicht die gesetzliche Vorschrift über die Wirtschaftlichkeitsprüfung ([§ 106 SGB V](#)) anführen. Deren Regelung, dass die Prüfung auch die Häufigkeit von Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit umfasst, hatte nicht etwa die primäre Zielrichtung, dass Durchschnittsunterschreitungen in diesen Bereichen gegen anderweitige Mehrleistungen gegengerechnet werden können. Anliegen dieser Regelung war es vielmehr, die Wirtschaftlichkeitsprüfung effektiver zu gestalten und Durchschnittsüberschreitungen auch in diesen Bereichen systematisch zu erfassen. Einsparungen in einem Leistungsbereich geben dem Arzt keine Art Freibrief, in anderen Leistungsbereichen mehr Aufwendungen haben zu dürfen. Der Arzt muss vielmehr umfassend wirtschaftlich handeln. Die Wirtschaftlichkeit muss grundsätzlich sowohl insgesamt als auch in jedem Teilbereich gegeben sein, sowohl beim Gesamtfallwert, in jeder einzelnen Sparte, bei jeder Einzelleistung sowie auch bei den Arzneiverordnungen, Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und bei den Arbeitsunfähigkeits-Fällen. Die so verstandene Konzeption der Wirtschaftlichkeitsprüfung hat der Gesetzgeber mit der Schaffung des [§ 106 SGB V](#) übernommen, so wie sich auch sonst das Gesetz als Übernahme der in der Praxis seit langem angewandten und durch die Rechtsprechung bestätigten Methode des statistischen Kostenvergleichs darstellt. Aus diesem Ansatz des Gesetzes, das eine umfassende Wirtschaftlichkeit in jedem Teilbereich fordert, ergibt sich, dass ein Mehraufwand in einem Bereich im Hinblick auf anderweitige Einsparungen nur dann hingenommen werden kann, wenn belegt bzw. nachgewiesen ist, dass gerade durch den Mehraufwand die Einsparungen erzielt werden und dass diese Behandlungsart medizinisch gleichwertig sowie auch insgesamt kostensparend und damit wirtschaftlich ist. Dies bedeutet, dass zunächst zu prüfen ist, ob die Mehraufwendungen nicht auf anzuerkennenden Praxisbesonderheiten beruhen, die notwendigerweise Einsparungen in anderen Bereichen nach sich ziehen. Ist dies zu verneinen, ist festzustellen, ob unabhängig von Praxisbesonderheiten Einsparungen vorliegen, die sich anhand der Abrechnungsstatistik eindeutig belegen lassen oder aus anderen Gründen auf der Hand liegen. Weiterhin muss aufgezeigt werden, aufgrund welchen methodischen Zusammenhanges durch welche vermehrten Leistungen der Arzt in welcher Art von Behandlungsfällen aus welchem Grund welche Einsparungen erzielt hat. Ferner müssen die erbrachten Leistungen medizinisch gleichwertig sein. Schließlich muss der Kostenvergleich - sei es eine Kostenberechnung oder eine plausible Kostenschätzung - ergeben, dass der Mehraufwand insgesamt nicht höher ist als die anderweitig erzielten Einsparungen. Die Darlegungs- und Nachweislast liegt beim Arzt. Er muss das Vorliegen der Einsparungen, den methodischen Zusammenhang mit dem Mehraufwand, die medizinische Gleichwertigkeit und die kostenmäßigen Einsparungen darlegen und ggf. nachweisen. Das bedeutet nicht, dass der Arzt alle Einzelfälle - nach Art einer Einzelfallprüfung - anführen und medizinisch erläutern müsste; entscheidend ist vielmehr die strukturelle Darlegung der methodischen Zusammenhänge und der medizinischen Gleichwertigkeit. Gelingt der erforderliche Nachweis nicht, so geht das zu Lasten des Arztes (vgl. BSG, Urt. v. 05.11.1997 - [6 RKA 1/97](#) - [SozR 3-2500 § 106 Nr. 42](#) = USK 97140, juris Rdnr. 22 - 25 m.w.N.).

Diesen Anforderungen genügt der allgemeine Hinweis auf behauptete unterdurchschnittliche Krankenhauseinweisungen nicht, wie sie der Prozessbevollmächtigte in der mündlichen Verhandlung wiederholt hat. Die Notwendigkeit einer stationären Einweisung kann allein nach der Erkrankung bestimmt werden. Soweit die Klägerin auf ihre umfassende Betreuung der Patientin verweist, hätte es ihr obliegen darzulegen, welcher Patient z.B. durch eine engmaschige Besuchstätigkeit von einer ansonsten notwendigen Krankenhauseinweisung bewahrt worden sein soll. Im Übrigen kommt hinzu, dass die Klägerin nicht in allen Quartalen signifikant unterhalb der Einweisungsfrequenz der Fachgruppe liegt und dass es sich insgesamt um geringe Fallzahlen handelt, die eine Aussage auf Grund statistischer Abweichungen nur allenfalls ganz begrenzt zulassen. Nicht zu beanstanden war auch, dass im Ergebnis des Gesamthonorars der Klägerin pro Fall unter den Durchschnitt der Fachgruppe gedrückt wird. Insofern kommt es auf die Wirtschaftlichkeit in jedem Einzelleistungsbereich bzw. auch in jeder Leistungsgruppe an. Insofern besteht, wie bereits ausgeführt, keine Budgetzuweisung in dem Sinne, dass für eine Abrechnung innerhalb eines solchen Budgets die Wirtschaftlichkeit zu unterstellen wäre.

Soweit die Beigeladene zu 1) wegen patientenbezogener Prüfungen für die Quartale I/08 bis IV/10 und damit auch in den hier streitbefangenen Quartalen zusätzlich eine Honorarberichtigung in Höhe von insgesamt 319.187,64 EUR vorgenommen hat, war dies vom Beklagten im Rahmen des hier streitbefangenen Bescheides nicht zu berücksichtigen.

Bei einer sachlich-rechnerischen Berichtigung, die zur Absetzung einzelner Leistungen führt, ist der Beklagte grundsätzlich gehalten, deren Ergebnis durch vorherige Bereinigung der Fallkostenstatistik zu berücksichtigen. Eine der Wirtschaftlichkeitsprüfung vorausgehende sachlich-rechnerische Berichtigung der Honorarabrechnung kann aber nur in Bezug auf solche Abrechnungsunrichtigkeiten in Betracht kommen, die offenkundig und aus den Behandlungsunterlagen ohne weiteres zu ersehen sind. Eine scharfe Trennung zwischen Wirtschaftlichkeitsprüfung und Abrechnungskontrolle ist ansonsten weder praktisch durchführbar noch rechtlich geboten. Die Prüfungseinrichtungen dürfen deshalb im Zweifel davon ausgehen, dass der Arzt die abgerechneten Leistungen tatsächlich erbracht hat, und haben lediglich zu prüfen, ob gegebenenfalls durch die unwirtschaftlichen Gebührensätze andere, geringer bewertete Leistungen

eingespart worden sind (vgl. BSG, Urt. v. 09.03.1994 [6 RKA 18/92](#) - [SozR 3-2500 § 106 Nr. 23](#) = [BSGE 74, 70](#) = [MedR 1995, 245](#) = [SGB 1995, 301](#) = [NJW 1995, 2435](#), juris Rdnr. 23). Ob und in welchem Umfang solche Fehlabbrechnungen vorgekommen sind, kann im Nachhinein nicht oder nur mit unzumutbarem Aufwand festgestellt werden. Anders als in den Fällen der Unvereinbarkeit bestimmter Gebührenansätze oder anderer formaler Abrechnungshindernisse, in denen die Fehlabbrechnung erkennbar ist und im Wege der Richtigstellung korrigiert werden kann, lässt sich die Frage, ob der Arzt in einem konkreten Behandlungsfall die abgerechneten Leistungen tatsächlich erbracht oder nur eine geringer bewertete Leistung überhöht abgerechnet hat, anhand der Behandlungsausweise nicht beantworten. Eine nachträgliche Befragung des Arztes und des behandelten Patienten scheidet wegen der großen Zahl der Behandlungsfälle und der gleichwohl verbleibenden Ungewissheit aus. Für derartige Nachforschungen besteht auch kein Anlass, weil es der Arzt in der Hand hat, durch sorgfältige Lektüre der Gebührenordnung und gegebenenfalls Rückfrage bei seiner Kassenärztlichen Vereinigung fehlerhafte Honoraransätze zu vermeiden. Die Prüfungseinrichtungen dürfen deshalb bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung davon ausgehen, dass der Kassenarzt die abgerechneten Leistungen tatsächlich erbracht hat, und diese Leistungen ihrer Beurteilung zugrunde legen (vgl. BSG, Urt. v. 28.10.1992 - [6 RKA 3/92](#) - [BSGE 71, 194](#), 198 = [SozR 3-2500 § 106 Nr. 15](#) = USK 92203, juris Rdnr. 23 f.).

Dies gilt auch für implausible Abrechnungen aufgrund von Zeitprofilen, was das Gericht bereits entschieden hat (vgl. SG Marburg, Urt. v. [S 10 KA 913/09](#) - juris, Rdnr. 72, Berufung durch Vergleich beendet; zum Verhältnis verschiedener sachlich-rechnerischer Berichtigungen s. SG Marburg, Urt. v. 30.01.2013 - [S 12 KA 170/11](#) - Berufung beim LSG Hessen anhängig - [L 4 KA 11/13](#) -), oder patientenbezogene Implausibilitäten.

Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen des Vertragsarztes zielt auf die Feststellung, ob die Leistungen rechtmäßig, also im Einklang mit den gesetzlichen, vertraglichen oder satzungsrechtlichen Vorschriften des Vertragsarztrechts - mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebots -, erbracht und abgerechnet worden sind. Die Befugnis zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung der Honorarforderung auf bundesmantelvertraglicher Rechtsgrundlage besteht danach nicht nur im Falle rechnerischer und gebührenordnungsmäßiger Fehler, sondern erfasst auch Fallgestaltungen, in denen der Vertragsarzt Leistungen unter Verstoß gegen Vorschriften über formale oder inhaltliche Voraussetzungen der Leistungserbringung durchgeführt und abgerechnet hat. Dementsprechend erfolgt eine sachlich-rechnerische Richtigstellung z. B. bei der Abrechnung fachfremder Leistungen oder qualitativ mangelhafter Leistungen, aber auch bei Leistungen eines nicht genehmigten Assistenten sowie bei der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs mit Hilfe eines Assistenten, bei der Abrechnung von Leistungen, die nach stationärer Aufnahme erbracht werden, bei der Nichtbeachtung der bereichsspezifischen Vorschriften zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der vertragsärztlichen Abrechnung und schließlich bei einem Missbrauch vertragsarztrechtlicher Kooperationsformen (vgl. BSG, Urt. v. 23.06.2010 [B 6 KA 7/09 R](#) - [BSGE 106, 222](#) = [SozR 4-5520 § 32 Nr. 4](#) = [GesR 2010, 615](#) = [ZMGR 2010, 370](#) = [MedR 2011, 298](#) = USK 2010-73, juris Rdnr. 26 f. m.w.N.).

Bei implausiblen Abrechnungen aufgrund von patientenbezogenen Implausibilitäten kann die Implausibilität nicht einer Einzelleistung oder einzelnen Leistungen oder Leistungsbereichen zugeordnet werden. Die Implausibilität folgt vielmehr aus dem Gesamtumfang der abgerechneten Leistungen und der festgestellten Patientenidentität mit einem weiteren Leistungserbringer. Die Wirtschaftlichkeitsprüfungsgremien dürfen deshalb von der Richtigkeit der Honorarforderung ohne Bereinigung der statistischen Grundlagen ausgehen.

Andererseits können sich beide Prüfverfahren überlappen, da die Implausibilität auf der vermehrten Abrechnung von Leistungen beruht, die gerade Grundlage für die Annahme einer Unwirtschaftlichkeit ist. Insbesondere aber wird in beiden Verfahren zur Ermittlung des Berichtigungsbetrags auf die Honorarsumme Bezug genommen. Damit kann eine zweifache Honorarkürzung wegen des gleichen Sachverhalts einer unzulässigen Abrechnung nicht ausgeschlossen werden bzw. wird in unzulässiger und den Vertragsarzt benachteiligender Weise auch bei der zweiten Kürzung von einer Honorarsumme ausgegangen, die bereits berichtigt wurde. Der Beklagten kann aber, wie bereits ausgeführt, von der Richtigkeit der Abrechnung ausgehen und die Honorarkürzung nur "zur Quote" feststellen, was vorliegend der Fall ist. Die Umsetzung dieser Honorarkürzung wird in der Praxis im Bereich der Beigeladenen zu 1) von dieser vorgenommen. Sie errechnet den tatsächlichen Kürzungsbetrag quartalsweise. Soweit die Beigeladene zu 1) zur Umsetzung des Prüfbescheides offensichtlich die Honorarverteilung nochmals unter Abzug der wegen Unwirtschaftlichkeit gekürzten Leistungsmenge vornimmt, so setzt sie sich, wie bereits ausgeführt, in Widerspruch zu [§ 106 SGB V](#) in der vom Bundessozialgericht vorgenommenen Rechtsauslegung. Jedenfalls besteht dann ein ausreichender Schutz gegen eine evtl. zweifache Kürzung, wenn im jeweils nachgehenden Bescheid die vorangehende Honorarkürzung im Rahmen der Ermessensausübung beachtet wird. Insofern kommt der Beigeladenen zu 1) generell bei Festsetzung der Honorarkürzung aufgrund implausibler Abrechnungen ein Ermessen zu. Dem Beklagten kommt bei Festsetzung der Honorarkürzung aufgrund implausibler Abrechnung ebf. ein Ermessensspielraum zu. Soweit er aber eine Festsetzung nur vor Quotierung trifft, sind die Ergebnisse einer Plausibilitätsprüfung nur im Rahmen der Umsetzung in quotierte Beträge zu berücksichtigen. Von daher kommt es im Ergebnis nicht auf die Berücksichtigung der Honorarkürzung wegen implausibler Abrechnung an, da Streitgegenstand nur die vom Beklagten festgesetzte Honorarkürzung vor Quotierung ist. Es kann auch dahinstehen, ob die Beigeladene zu 1) die Umsetzung in nicht zu beanstandender Weise vorgenommen hat, ob die Berechnung überhaupt nachvollziehbar ist, ob es sich nicht um Verwaltungsakte handelt und ob sie ihre Festsetzungen ohne weiteres und jederzeit korrigieren kann. Aber auch wenn man allein auf die zeitliche Nachrangigkeit abstellen wollte, so war der Ausgangsbescheid der Prüfungsstelle zeitlich vor dem Plausibilitätsbescheid. Entgegen der Auffassung der Klägerin kommt es insofern nicht auf den Zeitpunkt der Bekanntgabe an den Prozessbevollmächtigten an, da Verwaltungsakte Wirksamkeit bereits bei Bekanntgabe an den Adressaten, also der Klägerin, erlangen ([§ 37 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#)). Selbst bei Bestellung eines Bevollmächtigten räumt das Gesetz der Behörde ein Ermessen ein, ob sie die Bekanntgabe gegenüber dem Bevollmächtigten vornimmt ([§ 37 Abs. 1 Satz 2 SGB X](#)).

Nach allem war der angefochtene Bescheid nicht zu beanstanden und die Klage abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung in [§ 155 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung. Der unterliegende Teil hat die Verfahrenskosten zu tragen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2014-04-25