

L 5 KA 3559/11

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
5
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 10 KA 7030/09
Datum
30.06.2011
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KA 3559/11
Datum
26.09.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 30.06.2011 wird zurückwiesen.

Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen, die diese selbst tragen.

Der Streitwert wird auf 30.771,01 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Der Kläger wendet sich gegen Honorarkürzungen in den Quartalen III/2003 bis I/2005 wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise.

Der Kläger nahm in den streitgegenständlichen Quartalen als Facharzt für Allgemeinmedizin, Zusatzbezeichnung: Sportmedizin, an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Ihm stand neben den qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets: Psychosomatik, Sonographie und Physikalische Therapie ein bedarfsabhängiges Zusatzbudget für Allergologie ohne Zusatzbezeichnung zu. Zum 05.02.2008 endete seine Zulassung.

Mit Schreiben vom 31.05.2006 teilte der Prüfungsausschuss dem Kläger mit, dass aufgrund einer durchgeführten Vorauswahl eine Wirtschaftlichkeitsprüfung hinsichtlich der Quartale III/2003 und IV/2003 durchzuführen sei. Es seien Grenzwertüberschreitungen festgestellt worden. Der Kläger nahm daraufhin Stellung und führte im Wesentlichen aus, die Wirtschaftlichkeitsprüfung sei für die genannten Quartale bereits verjährt. Die Auffälligkeiten ließen sich im Übrigen mit der überdurchschnittlichen Ausstattung seiner Praxis mit Therapie- und Diagnosemöglichkeiten erklären. Der Prüfungsausschuss müsse außerdem die Einsparungen bei den Arzneimittel- und Heilmittelverordnungen berücksichtigen.

Mit Prüfbescheid vom 16.11.2006 setzte der Prüfungsausschuss - Kammer Behandlungsweise K. - eine Honorarkürzung wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise in den Quartalen III/2003 und IV/2003 in Höhe von insgesamt 8.179,69 EUR fest. Die festgestellten Auffälligkeiten im Gesamthonorar seien auf eine offensichtliche Unwirtschaftlichkeit in der Leistungsgruppe "Sonderleistungen" zurückzuführen. Die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis werde um 59 % im Quartal III/2003 und um 45 % im Quartal IV/2003 überschritten, wobei der Prüfungsausschuss aufgrund der Einsparungen im Arznei- und Heilmittelbereich das offensichtliche Missverhältnis über den Durchschnitt der Fachgruppe plus 2,5 Sigma festgelegt habe. Die Überschreitungen könnten nicht mit der Ausstattung der klägerischen Praxis erklärt werden. Entscheidend sei allein, welche Leistungen die zu behandelnde Krankheit erforderlich mache.

Hiergegen legte der Kläger am 14.12.2006 Widerspruch ein. Nicht die Ausstattung seiner Praxis, sondern das dazu erforderliche "Know how" mache die Praxisbesonderheit aus. Zudem habe der Prüfungsausschuss die Einsparungen im Arzneimittel- und Heilmittelbereich nicht ausreichend berücksichtigt.

Mit Schreiben vom 09.08.2006 informierte der Prüfungsausschuss den Kläger über die Wirtschaftlichkeitsprüfung bezüglich der Quartale I bis IV/2004. Mit seiner vorsorglichen Stellungnahme vom 27.09.2006 gab der Kläger an, seine Praxis sei mit überdurchschnittlich vielen Diagnosemöglichkeiten und -geräten, sowie Therapiemöglichkeiten ausgestattet. Dies führe zwangsläufig zu mehr Diagnose und Therapie, die eine Abnahme der Überweisungen und Folgekosten bedinge. Selbstverständlich würden diese Diagnose- und Therapiemöglichkeiten nach rein notwendigen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten eingesetzt. Mehr Diagnose führe auch zu mehr Erörterungsbedarf (Ziffer 11). Die Besuche (Ziffer 26) würden von Patienten dringend angefordert. Erst wenn der Besuch erfolgt sei, stelle sich heraus, ob Dringlichkeit

bestanden habe. Heute sei mehr denn je eine gründliche Untersuchung (Ziffer 60) durchzuführen, sowohl aus patientenbezogenen als auch juristischen Gesichtspunkten. Außerdem fielen dadurch ebenfalls wieder weniger Überweisungen und damit Folgekosten an. Die Arzneimittelsparungen seien so enorm, dass bereits allein damit der Vorwurf der Unwirtschaftlichkeit ad absurdum geführt sei. Vorsorgeuntersuchungen (Ziffer 146-162) zeigten das umfassende Spektrum. Außerdem müssten die Vorsorgeleistungen aus der Statistik herausgerechnet werden, da logischerweise alle geeigneten Personen sich einer Vorsorgeuntersuchung unterziehen könnten, was ja gesundheitspolitisch ausdrücklich erwünscht sei. Sonographische Leistungen seien zur Differentialdiagnose ebenfalls notwendig. Da er deshalb weniger zum Facharzt überweisen müsse, fielen dann diese Kosten weg. Die Abrechnung der Ziffern 350-419, 514 sei Folge der Therapiemöglichkeiten und Ausbildung in Neuraltherapie. Das führe unmittelbar zu Einsparungen an Krankengymnastik, Fango, Massagen und physikalischer Therapie in den Krankengymnastikpraxen. Die Abrechnung der Ziffern 603, 691, 710 beruhe auf Untersuchungen, die differentialdiagnostisch notwendig seien, wenn man nicht sofort zum Spezialisten überweise. Dort fielen dann diese Kosten erst gar nicht an. Damit würden keine zusätzlichen Kosten verursacht. An den Impfleistungen sei sein gesundheitspolitisch gewolltes Engagement zu erkennen, möglichst viele Patienten zu impfen und vor Krankheiten zu bewahren. Weiterhin müssten Praxisbesonderheiten und Spezialisierungen berücksichtigt werden. Er habe einen weit überdurchschnittlichen Ausländeranteil, der zu höheren diagnostischen und therapeutischen Leistungen führe. Er spreche mehrere Sprachen fließend. Bei der Durchsicht habe er festgestellt, dass er überdurchschnittlich viele schwere und diagnostisch und therapeutisch aufwändige Behandlungsfälle habe. Dies sei zurückzuführen auf sein breites Leistungsspektrum, das nicht zum allgemeinen Leistungsspektrum gehöre. Z.B. stelle er Hypertonie-Patienten und Diabetespatienten selbständig ein, leite Rheumabehandlungen ein und führe sie durch, sei in der Schilddrüsendiagnostik, wie in der gesamten inneren Medizin bewandert und praktiziere diese, ohne dass er wie seine Kollegen Überweisungen tätigen müsse. Er führe auch kleine Chirurgie durch. Er habe viele alte und multimorbide Patienten, die er behandle und führe. Er führe auch psychiatrische und psychosomatische Behandlungen durch. Er kümmere sich um Alkoholiker, sei umweltmedizinisch zum Wohle der Patienten engagiert. Er mache Allergiediagnostik und -therapie, nehme Akupunktur und auch gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen vor. Auch sportärztlich sei er tätig. Seine Qualifikationen bedingten eine deutlich geringere Inanspruchnahme von Fachärzten und Krankenhauseinweisungen und damit nicht unerhebliche Einsparungen. Auf dem Sektor der physikalischen Therapie sei er ebenfalls mit guten Therapiemöglichkeiten ausgestattet, u.a. auch Massagen, aber auch Reizstrom, TENS, Ultraschall, Mikrowelle, etc, die ebenfalls viele Verordnungen wie KG, Massage, Fango etc. erübrigten und damit zu erheblichen Einsparungen führten. Die vermehrten Sonderleistungen seien Folge eines breit gefächerten Spektrums und diese Kosten fielen später bei Fachärzten nicht an. Auch hier sei eine Unwirtschaftlichkeit nicht zu erkennen. Alle diese Maßnahmen würden sich in wesentlich niedrigeren Arzneimittelkosten, Folgekosten bei Überweisungen und Kosten für Massagen, Krankengymnastik etc. niederschlagen. Z.B. liege er bei den Arzneikosten regelmäßig bis 45 % und bei den Heilmittelverordnungen bis 28% unter dem Fachgruppendurchschnitt. Bisher habe immer gegolten, dass eine Erhöhung in einem Bereich in einem anderen Bereich kompensatorisch wirke. Jetzt erfahre er von den Statistiken, die ihn mit seiner Fachgruppe verglichen. Er habe also zwischen 2-2,5 Jahren keine Möglichkeit, seine Handlungsweise zu korrigieren, wenn dies erforderlich gewesen wäre. Wenn eine ggf. notwendige Änderung seiner Handlungsweise hätte bewirkt werden sollen, dann hätte dies zeitnah und nicht 2,5 Jahre später erfolgen müssen.

Mit Prüfbescheid vom 15.01.2007 setzte der Prüfungsausschuss wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise in den Quartalen I bis IV/2004 eine Honorarkürzung in Höhe von insgesamt 16.470,88 EUR fest. Die festgestellten Auffälligkeiten im Gesamthonorar seien auf eine offensichtliche Unwirtschaftlichkeit in der Leistungsgruppe "Sonderleistungen" zurückzuführen. Das offensichtliche Missverhältnis werde um 32 % im Quartal I/2004, um 43 % im Quartal II/2004, um 73 % im Quartal III/2004 und um 54 % im Quartal IV/2004 überschritten, wobei der Prüfungsausschuss aufgrund der Einsparungen im Arznei- und Heilmittelbereich das offensichtliche Missverhältnis auf den Durchschnitt der Fachgruppe plus 2,5 Sigma festgelegt habe. Die Überschreitungen könnten nicht mit der Ausstattung der klägerischen Praxis erklärt werden.

Hiergegen legte der Kläger am 13.02.2007 Widerspruch ein, den er am 07.03.2007 begründete. Er verwies auf seine Stellungnahme vom 27.09.2006 und fügte eine Liste mit Behandlungsfällen zur Darlegung der Notwendigkeit der jeweils erbrachten Leistungen bei.

Mit Schreiben vom 23.02.2007 informierte der Prüfungsausschuss über die Wirtschaftlichkeitsprüfung bezogen auf das Quartal I/2005. Der Kläger wiederholte im Rahmen seiner Stellungnahme seinen Vortrag aus den vorausgegangenen Prüfverfahren.

Mit Prüfbescheid vom 23.05.2007 setzte der Prüfungsausschuss wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise im Quartal I/2005 eine Honorarkürzung in Höhe von 6.120,44 EUR fest. Zur Begründung werden die Argumente aus den vorausgegangenen Prüfbescheiden wiederholt, wobei auf eine Überschreitung des offensichtlichen Missverhältnisses im Quartal I/2005 um 82 % hingewiesen wird.

Hiergegen legte der Kläger am 22.06.2007 Widerspruch ein. Zur Begründung wiederholt er seinen Vortrag aus den vorausgegangenen Verfahren.

Mit Widerspruchsbescheid vom 22.09.2009 wies der Beklagte die Widersprüche des Klägers zurück. Bei der Leistungsgruppe "Sonderleistungen" liege der Kläger im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses. Damit sei der Anscheinsbeweis der Unwirtschaftlichkeit erbracht. Der Kläger habe diesen nicht widerlegen können. Es müssten detaillierte Angaben gemacht werden, dass sich das Patientengut wesentlich von dem der Fachgruppe unterscheide. Dies habe der Kläger nicht getan. Auch von dem Beklagten habe eine Abweichung nicht festgestellt werden können. Im Übrigen stelle sich die Frage, ob bei einem derart geringen Arzneimittelkostenaufwand die Erkrankungen der Patienten überhaupt so schwer gewesen seien, dass eine so umfangreiche Diagnostik und Therapie hätte erfolgen müssen. Die Einsparungen könnten nur insoweit berücksichtigt werden, als dass sie kausal auf den Mehraufwand zurückzuführen seien. Ein solcher Zusammenhang sei nicht festzustellen. Im Übrigen seien bei einem weit unter dem Durchschnitt der Fachgruppe liegenden Rentneranteil Einsparungen im Arzneimittelbereich zu erwarten. Zudem berücksichtige das Zugeständnis hinsichtlich der Kürzung auf den Durchschnitt plus 2,5 Sigma hinreichend die Ausführungen des Klägers und die Arzneimittelsparungen. Der Beklagte ging von folgenden statistischen Werten aus:

Quartal FZ Arzt FZ FG Rentner- anteil in % Rentner- anteil FG in % D-Wert Arzt in Punkten D-Wert FG in Punkten III/03 1.285 1.007 20 33
1.502,8 974,2 IV/03 1.251 1.032 19 32 1.393,4 1.011,0 I/04 1.211 947 19 32 1.449,3 1.048,6 II/04 1.235 952 19 33 1.419,4 1.014,5 III/04
1.230 949 20 34 1.611,6 1.012,1 IV/04 1.166 967 20 33 1.565,7 1.058,5 I/05 1.185 1.004 20 31 1.576,9 1.009,3

Anzahl der Praxen der Fachgruppe "Allgemeinärzte/Praktische Ärzte": III/03 IV/03 I/04 II/04 III/04 IV/04 I/05 1.098 1.098 1.101 1.098 1.101

1.096 1.081

Leistungsgruppe Sonderleistungen: Quartal Punktzahl Arzt Punktzahl der ausführenden Praxen S-Wert in Punkten D + 2S Z-Wert III/03 364,1 100,8 51,2 203,2 5,142 IV/03 343,2 104,1 53,1 210,3 4,502 I/04 330,7 110,5 56,2 222,9 3,918 II/04 355,2 107,2 56,4 220,0 4,397 III/04 407,9 104,1 52,6 209,3 5,775 IV/04 387,7 109,3 56,7 222,7 4,910 I/05 416,1 100,4 51,3 203,0 6,153

Der Kläger hat sein Begehren weiterverfolgt und am 21.10.2009 Klage beim Sozialgericht Stuttgart (SG) erhoben. Zur Begründung hat er im Wesentlichen vorgetragen, die Frist für die Wirtschaftlichkeitsprüfung sei erheblich überschritten, weshalb eine solche nicht mehr hätte durchgeführt werden dürfen. Schon aus diesem Grund seien die Bescheide rechtswidrig. Der Beklagte habe jedenfalls nicht berücksichtigt, dass er durch überdurchschnittliche Diagnose- und Therapiemöglichkeiten und langjährige Erfahrung Therapie- und Heilmittelkosten sowie Überweisungen und Krankenhauseinweisungen eingespart habe. Die Beklagte habe insbesondere den signifikanten Minderaufwand im Bereich der Verordnungskosten nicht berücksichtigt. Dass ein kausaler Zusammenhang nicht bestünde, sei eine nicht bewiesene Auffassung des Beklagten. Ferner werde die Prüfmethode in Form eines statistischen Vergleichs den qualitativen Gegebenheiten seiner Praxis nicht gerecht. In die statistische Betrachtung dürften von vornherein nur solche Praxen einbezogen werden, die entsprechende Sonderleistungen erbrächten. Nicht jede Praxis der Vergleichsgruppe erbringe die vorliegend betroffenen Sonderleistungen. Außerdem seien seine Zusatzqualifikationen und auch der hohe Ausländeranteil zu berücksichtigen. Sein Patientengut unterscheide sich durch seine sportärztliche Ausbildung, den hohen Ausländeranteil und überdurchschnittliche Therapie- und Diagnosemöglichkeiten.

Der Beklagte ist der Klage entgegengetreten und hat im Wesentlichen vorgetragen, Verjährung sei nicht eingetreten, da die maßgebliche vierjährige Ausschlussfrist noch nicht abgelaufen gewesen sei. Soweit der Kläger auf seine Diagnose- und Therapiemöglichkeiten hinweise, könne dies nicht den aufgrund des offensichtlichen Missverhältnisses vorliegenden Anscheinsbeweis für eine unwirtschaftliche Behandlungsweise widerlegen. Das bloße Vorhandensein einer apparativen Ausstattung genüge nicht. Der Kläger hätte darlegen müssen, dass und weshalb gerade sein spezifisches Krankengut diese Ausstattung erfordere. Auch "besondere Kenntnisse" des Arztes genügten nicht für die Annahme einer Praxisbesonderheit. Die vom Kläger geführten Zusatzbezeichnungen rechtfertigten für sich genommen ebenfalls nicht die Annahme von Praxisbesonderheiten. Ebenso beinhalte ein hoher Ausländeranteil keine Praxisbesonderheit. Zudem bliebe der Vortrag des Klägers auch insoweit zu unsubstantiiert. Für den Beklagten sei schließlich nicht erkennbar, dass und weshalb der Kläger durch sein Behandlungsgeschehen kausale Einsparungen bewirkt habe. Der Kläger behaupte lediglich Einsparungen bei Krankenhauseinweisungen und Überweisungen. Statistische Erfassungen oder sonstige Nachweise lägen nicht vor. Die ersparten Arzneimittel- und/oder Heilmittelkosten seien auf den erheblich geringeren Rentneranteil des Klägers zurückzuführen. Im Falle einer Rentnergewichtung lägen zwar immer noch erhebliche Einsparungen im Bereich der Arzneimittel vor. Allerdings seien Mehrkosten bei den Heilmittelverordnungen festzustellen. Der Kläger habe eine überdurchschnittlich große Praxis (so dass eine größere Zahl "Verdünnerefälle" mit geringerem Verordnungsaufwand vorliege) mit deutlich geringerem Rentneranteil als die Fachgruppe. Im angefochtenen Widerspruchsbescheid sei deshalb darauf hingewiesen (und in der Folge berücksichtigt), dass Einsparungen bei den Arzneimittelkosten - rentnergewichtet - zwar immer noch in erheblichem Umfang vorliegen, dafür aber Mehrkosten bei Heilmittelverordnungen festzustellen wären. Maßgeblich für den Beschwerdeausschuss sei die Feststellung gewesen, dass der Kläger auch im Gesamthonorar im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses liege (2.4 der Entscheidungsgründe). Aus der zahlreiche Leistungen umfassenden Leistungsgruppe der Sonderleistungen (insbesondere Kapitel C EBM) habe der Kläger beispielsweise typische Allergologieleistungen (EBM-Nr. 350 — Pricktest) erbracht, die nach der Ansatzhäufigkeit statistisch auffällig seien und von den in der Fachgruppe ebenso erbrachten Leistungen deutlich abwichen. Entsprechendes gelte für die massiv auffällige Abrechnungsziffer 419 (im Rahmen der Schmerztherapiebehandlung), die über alle streitgegenständlichen Abrechnungsquartale massive Überschreitungen aufweise (zwischen 750 bis weit über 1.000 %). Praxisbesonderheiten habe er aus den dargestellten Gründen (auch im Bereich der erbrachten Sonderleistungen) nicht festgestellt. Auch sei der Vortrag des Klägers zu den kompensatorischen Einsparungen viel zu pauschal und unsubstantiiert. Es hätte einer ins Einzelne gehenden Darlegung des Klägers bedurft, dass und in welchem Umfang Mehraufwand in der Leistungssparte "Sonderleistungen" in welchen Bereichen kausal zum Minderaufwand gewesen sei. So sei zwar denkbar, dass eine überdurchschnittliche Zahl Injektionen kausal zu einer Minderung von Arzneiverordnungen führen könne (BSG, Urteil vom 20.09.1988, AZ: [6 RKa 22/87](#)), diesen Ursachenzusammenhang hätte der Kläger aber spezifiziert vortragen und die Auswirkungen quantifizieren müssen. Auch aus der vom Kläger vorgelegten "Patientenliste aufwändiger Fälle für 2004" ergäben sich keine Gesichtspunkte, die dafür sprechen könnten, dass Arzneimittelersparungen kausal auf diese Fälle zurückzuführen seien. In jeder Allgemeinarztpraxis fänden sich in der Regel eine große Zahl multimorbider Patienten (schwere Fälle), wobei hier - erneut - darauf hinzuweisen sei, dass es sich bei der Praxis des Klägers um eine besonders große Praxis handele. Ein besonders hoher Ausländeranteil bedinge keine Praxisbesonderheit. Der Kläger habe in keiner Weise konkret vorgetragen, ob, inwieweit und welche Kosten durch angeblich umfassend durchgeführte vorstationäre Diagnostik eingespart worden seien. Denkbar wäre, dass hierdurch lange Untersuchungs- und Behandlungsdauer im Krankenhaus vermieden worden sei. Denkbar wäre auch, dass Krankenhauseinweisungen vermieden worden seien. Allerdings bedürfe jeder einzelne Behandlungsfall einer diagnostischen Abklärung. Liege die Erforderlichkeit einer Krankenhauseinweisung vor, sei einzuweisen. Wenn der Arzt nicht einweise, sei demgemäß eine Einweisung - aus medizinischen Gesichtspunkten - eben nicht notwendig (und wäre unwirtschaftlich). Im Übrigen sei bereits darauf hingewiesen, dass statistische Angaben zum Einweisungsverhalten der Ärzte (auch) aus diesen Gründen nicht vorlägen. Das pauschale Vorbringen des Klägers sei nicht geeignet, die Rechtmäßigkeit des angefochtenen Widerspruchsbescheids anzuzweifeln. Intensivere Diagnostik, bessere apparative Ausstattung, höherer Ausländeranteil, (angeblich größere Zahl) multimorbider Patienten und (angebliche) Ersparnis wegen geringerer Krankenhauseinweisung und/oder Überweisung zu Fachkollegen rechtfertigten weder die Annahme von Praxisbesonderheiten, noch die Annahme kausaler Einsparungen.

Mit Urteil vom 30.06.2011 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt, hinsichtlich des Antrags, die Bescheide des Prüfungsausschusses aufzuheben, sei die Klage bereits unzulässig. Gegenstand des Rechtsstreits sei allein der vom Beschwerdeausschuss erlassene Verwaltungsakt. Sofern er rechtswidrig sei, sei nur er aufzuheben, nicht dagegen auch ein ihm vorausgegangener - ebenfalls rechtswidriger - Bescheid des Prüfungsausschusses (BSG, Urt. v. 09.03.1994, [6 RKa 5/92](#), [BSGE 74, 59](#) m.w.N.). Das habe zur Folge, dass eine Anfechtungsklage gegen den Bescheid des Prüfungsausschusses unzulässig sei. Im Übrigen sei die Klage zulässig, jedoch unbegründet. Denn der Bescheid des Beklagten vom 22.09.2009 sei rechtmäßig und verletze den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Beklagte habe bei der hier anzuwendenden statistischen Vergleichsmethode zu Recht die Gruppe der Fachärzte für Allgemeinmedizin zugrundegelegt. Der einzelne Vertragsarzt müsse sich grundsätzlich mit den Ärzten seines Fachgebietes vergleichen lassen (BSG, Urt. v. 15.11.1995, [6 RKa 58/94](#), [SozR 3-1300 § 16 Nr. 1](#) m.w.N.), weil hierdurch die Vergleichbarkeit in hohem Maße gewährleistet sei. Der Beklagte habe keine engere Vergleichsgruppe bilden müssen. Die Prüfungsgremien hätten nach der Rechtsprechung einen

Beurteilungsspielraum bei der Entscheidung über die Bildung engerer Vergleichsgruppen (BSG, Urt. v. 27.04.2005, [B 6 KA 39/04 R, SozR 4-2500 § 106 Nr. 10](#)). Ihre Bildung sei nur dann geboten, wenn ein erheblich unterschiedliches individuelles Abrechnungsverhalten in der Vergleichsgruppe nur noch rein rechnerisch zu einem statistisch-mathematischen Mittelwert führe, der aber in der Realität von kaum einem Arzt oder innerhalb größerer Gruppen nur von einzelnen, für die Gesamtgruppe deshalb nicht repräsentativen Ärzten abgerechnet worden sei (BSG, Urt. v. 27.04.2005, [B 6 KA 39/04 R](#), a.a.O.). In einem solchen Fall sei die Vergleichsgruppe inhomogen und daher für einen Vergleich nicht geeignet. Vorliegend habe der Kläger nicht konkret dargelegt, woraus sich eine Inhomogenität der Vergleichsgruppe ergeben solle. Das klägerische Abrechnungsverhalten sei mit über 1.000 Praxen seiner Fachgruppe verglichen worden. Die Vergleichsgruppe sei damit ausreichend groß gewesen, so dass mögliche Ausreißer statistisch nicht ins Gewicht falle. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts seien sogar Vergleichsgruppen von lediglich 8 Praxen möglich (vgl. BSG, Urt. v. 23.02.2005, [B 6 KA 72/03 R, SozR 4-2500 § 106 Nr. 8](#)). Auch die Fallzahlen des Klägers reichten für eine Prüfung aus. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten sei nur dann ausgeschlossen, wenn die Fallzahl des Arztes 20 % des Fallzahldurchschnitts der Vergleichsgruppe nicht erreiche (BSG, Urt. v. 09.09.1998, [B 6 KA 50/97 R, SozR 3-2500 § 106 Nr. 45](#)). Dies sei vorliegend nicht der Fall. Schließlich sei die Praxis des Klägers - wie von ihm gefordert - hinsichtlich der Sonderleistungen auch nur mit solchen Allgemeinarztpraxen verglichen worden, die diese Leistungen erbrächten (vgl. Tabelle zur Leistungsgruppe "Sonderleistungen" im angefochtenen Widerspruchsbescheid). Dabei habe der Beklagte die Vergleichsgruppe nicht einengen müssen und nur Praxen für einen Vergleich heranziehen dürfen, die genau die gleichen Sonderleistungen wie der Kläger erbrächten. Denn gerade in der fehlenden Differenzierung unterscheide sich der Sparten- von einem Einzelleistungsvergleich. Ein Spartenvergleich sei jedoch zulässig, soweit davon ausgegangen werden könne, dass die Gebührennummern der Leistungssparte in ihrer Gesamtheit typischerweise von der Fachgruppe oder jedenfalls von einem nennenswerten Anteil der Fachgruppe abgerechnet würden (vgl. BSG, Urt. v. 16.07.2003, [B 6 KA 14/02 R, juris-Rd. 23](#); zum Einzelleistungsvergleich z. B.: BSG, Urt. v. 28.10.1992, [6 RKA 3/92, BSGE 71, 194](#); Urt. v. 15.03.1995, [6 RKA 37/93, BSGE 76, 53](#)). Anhaltspunkte dafür, dass die Leistungssparte "Sonderleistungen" für Allgemeinmediziner untypisch sei, lägen nicht vor. Die Kammer sei vielmehr der Überzeugung, dass Sonderleistungen des Kapitels C des EBM 96 Grundleistungen jeder Facharztgruppe seien, auch der Allgemeinmediziner. Weiter sei nicht zu beanstanden, dass der Beklagte bei den festgestellten Überschreitungen im Vergleich zur Fachgruppe von einem offensichtlichen Missverhältnis ausgegangen sei. Der Beklagte habe in den streitgegenständlichen Quartalen Abweichungen zum Durchschnitt der Fachgruppe plus 2,5 Sigma von zumindest 32 % (Quartal 1/2004) bis zu 82 % (Quartal 1/2005) festgestellt. Der Beklagte habe dabei die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis bei dem Durchschnitt der Fachgruppe plus 2,5 Sigma angesetzt. Dies sei nicht zu beanstanden. Werde dem statistischen Kostenvergleich die Methode "Randlage in der Normalverteilung" zugrunde gelegt, könne die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis etwa ab einer Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts von 1,6 Sigma angesetzt werden (LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 13.09.2000, [L 5 KA 2287/00, L 5 KA 2287/00](#)). Bei prozentualer Rechenweise werde von der Rechtsprechung im Fall von Einzelleistungsvergleichen die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis typisierend beim Doppelten der Fachgruppe (+ 100 %) gezogen, wobei im Einzelfall auch niedrigere Werte möglich seien (z. B. BSG, Urt. v. 23.02.2005, [B 6 KA 79/03 R, Arztr 2005, 291](#), juris-Rd. 22). Auch die Grenze von + 100 % habe der Kläger ausweislich der oben aufgeführten Punktzahlen deutlich überschritten. Darüber hinaus liege der Kläger auch beim Gesamtfallwert im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses. Der damit geführte Anscheinsbeweis der unwirtschaftlichen Behandlungsweise werde nicht dadurch entkräftet, dass bei der Praxis des Klägers besondere, einen höheren Behandlungsaufwand rechtfertigende Umstände vorlägen, die für die zum Vergleich herangezogenen Ärzte untypisch seien (Praxisbesonderheiten). Allein das Angebot eines breiten Leistungsspektrums begründe keine Praxisbesonderheit, da eine Allgemeinpraxis zur Überzeugung der fachkundig besetzten Kammer typischerweise kein spezialisiertes Tätigkeitsfeld aufweise. Ebenso stelle eine umfangreiche apparative Praxisausstattung allein keine Praxisbesonderheit dar (LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 07.11.2001, [L 5 KA 4509/00, juris-Rd. 36](#)), da der Gebrauch der Apparate nicht von ihrer Existenz, sondern vom Patientengut abhängt. Dass sich dieses aber signifikant von dem Patientengut der Fachgruppe unterscheide, habe der Kläger nicht darlegen können. Auch die fachkundig besetzten Prüfungsgremien hätten anhand der ihnen zur Verfügung stehenden Unterlagen keine Abweichungen des Patientengutes der klägerischen Praxis gegenüber der Vergleichsgruppe feststellen können. Aus demselben Grund scheidet eine Praxisbesonderheit aufgrund der Zusatzqualifikationen des Klägers und seiner langjährigen Erfahrung aus. Entscheidend sei allein, dass sich aufgrund von Spezialisierungen gerade die Patientenlientel und Behandlungsweise von der Fachgruppe unterscheide. Denn Praxisbesonderheiten seien aus der Zusammensetzung der Patienten herrührende Umstände, die sich auf das Behandlungsverhalten des Arztes auswirkten und in den Praxen der Vergleichsgruppe nicht in entsprechender Weise anzutreffen seien (BSG, Urt. v. 21.06.1995, [6 RKA 35/94, SozR 3-2500 § 106 Nr. 27](#)). Entsprechendes habe der Kläger nicht dargelegt. Die Anflistung einzelner Patienten ohne einzelfallbezogene Darlegung, inwiefern sich dieser Behandlungsfall vom typischen allgemeinmedizinischen Fall unterscheide und welche besonderen Behandlungen erforderlich gewesen seien, genüge jedenfalls nicht. Zudem sei zu berücksichtigen, dass jede Allgemeinpraxis eine gewisse Anzahl aufwändig zu behandelnder Fälle aufweise. Schließlich sei auch der vom Kläger behauptete hohe Ausländeranteil nicht als Praxisbesonderheit zu berücksichtigen. Auch insoweit fehle es an konkreten Darlegungen, inwieweit sich das Patientengut im Vergleich mit der Fachgruppe unterscheide. Aber auch ein tatsächlich gegenüber der Vergleichsgruppe signifikant erhöhter Anteil von Patienten ausländischer Herkunft wäre grundsätzlich kein Umstand eine Praxisbesonderheit anzunehmen. Es bestehe kein Erfahrungssatz dahingehend, dass bei Ausländern generell ein erhöhter Behandlungsbedarf gegeben sei. Dies gelte vor allem auch deshalb, weil "Ausländer" im statusrechtlichen Sinne auch Personen seien, die seit Jahren oder Jahrzehnten in Deutschland lebten, deren Kinder bzw. Kindeskinde bereits in Deutschland geboren und/oder hier aufgewachsen seien, und die - auch in sprachlicher Hinsicht - in die hiesige Wohnbevölkerung und die deutschen Lebensumstände integriert seien (vgl. BSG, Urteil v. 10.05.1995, [6 RKA 2/94, juris.de](#)). Es müsste sich jedenfalls aus dem Umstand der ausländischen Staatsangehörigkeit bzw. der ausländischen Herkunft eines Patienten von vornherein, d.h. ohne Berücksichtigung der jeweils zu behandelnden Gesundheitsstörungen und der zum Einsatz kommenden Behandlungsmethoden, ein gegenüber der Behandlung von Patienten inländischer Herkunft deutlich erhöhter Leistungsbedarf ableiten lassen (vgl. BSG, Urt. v. 10.05.2000, [B 6 KA 25/99 R, SozR 3-2500 § 106 Nr. 49](#)). Der Mehraufwand an Sonderleistungen sei auch nicht durch kompensatorische Einsparungen in anderen Leistungsbereichen ausgeglichen. Für die Anerkennung kompensierender Einsparungen sei erforderlich, dass die Aufwendungen in dem geltend gemachten Einsparungsbereich geringer als beim Durchschnitt der Fachgruppe gewesen seien und dass dargelegt werde, dass diese Einsparungen durch den beanstandeten Mehraufwand kausal bedingt gewesen seien (BSG, Urt. v. 11.10.2005, [B 6 KA 5/05 B, juris-Rd. 11](#)). Danach sei der Beklagte nicht verpflichtet, die Arzneimitteleinsparungen als Kompensation zu berücksichtigen. Abgesehen davon, dass der Kläger einen kausalen Zusammenhang zu den Mehraufwendungen bei den Sonderleistungen nicht hinreichend substantiiert dargelegt habe, habe der Beklagte ermessensfehlerfrei in die Abwägung mit einbeziehen dürfen, dass die klägerische Praxis zwar - auch bei rentnergewichteter Betrachtung - Einsparungen im Arzneimittelbereich von bis zu - 30 % aufweise, demgegenüber aber Mehraufwendungen im Heilmittelbereich von bis zu + 22 % habe. Im Übrigen sei dem Kläger eine Überschreitung von + 2,5 Sigma über dem Fachgruppendurchschnitt zugestanden worden, was mögliche kausale Einsparungen im Arzneimittelbereich hinreichend würdige. Auch die behaupteten geringeren Krankenhauseinweisungen seien zu Recht nicht als - kompensatorische Einsparungen anerkannt worden. Denn die

Zahl der Krankenhauseinweisungen sei von vielen, auch zufälligen Faktoren abhängig, auf die der Vertragsarzt keinen Einfluss habe (LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 13.09.2000, [L 5 KA 2287/00](#), juris-Rd. 79). Eine kompensatorische Einsparung könne ferner nicht in der behaupteten geringeren Überweisungszahl gesehen werden. Denn soweit spezielle fachärztliche Leistungen zur Behandlung notwendig seien, müsse der Kläger die Patienten an die entsprechenden Fachärzte überweisen (LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 13.09.2000, [L 5 KA 2287/00](#), juris-Rd. 80). Der Kläger könne gegenüber den Honorarkürzungen schließlich nicht mit Erfolg die Einrede der Verjährung geltend machen. Die kassenärztliche Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliege nicht der Verjährung (grundlegend: BSG, Urt. v. 16.06.1993, 14a16 RKA 37/91, [BSGE 72, 271](#)). Die einschlägige vierjährige Ausschlussfrist (dazu: BSG, Urt. v. 16.06.1993, [14a/6 RKA 37/91](#), a.a.O.) sei vorliegend jeweils gewahrt worden.

Gegen dieses ihm am 25.07.2011 zugestellte Urteil hat der Kläger am 22.08.2011 Berufung beim Landessozialgericht eingelegt, auf seine Ausführungen in erster Instanz Bezug genommen und ergänzend geltend gemacht, das SG verkenne, dass die statistisch-mathematische Bewertung des klägerischen Abrechnungsverhaltens nicht isoliert zu dessen Nachteil vorgenommen werden dürfe. Dies aber habe der Beklagte getan. Er habe unberücksichtigt gelassen, dass er auch signifikanten Minderaufwand erwirtschaftet habe. Wie bereits mit diesseitigem Schriftsatz vom 02.12.2010 ausgeführt, hätten seine Verordnungskosten nach der Verordnungskostenstatistik III/2003 je Fall bei 50,07 EUR gelegen. Dem stehe ein Wert der Fachgruppe von 85,17 EUR gegenüber. Noch auffälliger sei der Gegensatz im IV. Quartal 2003. Hier stehe seinem Wert von 56,13 EUR ein solcher der Fachgruppe von 97,39 EUR gegenüber. Entsprechendes gelte auch für die Heilmittelkosten. Für das Quartal III/2003 habe der Beklagte hier einen Minderaufwand von 1.300,50 EUR festgestellt, für das Quartal IV/2002 liege der Wert bei 1.370,40 EUR. Diese Entwicklung habe sich in den Folgequartalen fortgesetzt. In jedem der nachfolgenden streitgegenständlichen Quartale habe er sowohl bezüglich der Arzneimittelkosten als auch bezüglich der Heilmittelkosten signifikanten Minderaufwand zu verzeichnen. Bereits dieser Umstand belege, dass er nicht unwirtschaftlich gearbeitet habe. Weiterhin belege dieser Umstand, dass seine Praxis und damit zwangsläufig auch sein Abrechnungsverhalten bei isolierter statistisch-mathematischer Betrachtungsweise signifikante Besonderheiten aufweise. Allein hieraus könne aber noch nicht hergeleitet werden, dass er unwirtschaftlich gearbeitet habe oder dass hier, wie das SG meine, ein offensichtliches Missverhältnis vorliege. Es treffe auch nicht zu, dass der Beklagte die Vergleichsgruppe habe nicht insoweit einengen müssen, dass nur Praxen für einen Vergleich herangezogen würden, welche genau die gleichen Sonderleistungen wie er erbrächten. Wenn schon eine Prüfung auf rein statistisch-mathematischer Vergleichsbetrachtung erfolge, könne ein Vergleich nach Grundsätzen der Logik nur zwischen solchen Objekten erfolgen, die auch vergleichbar seien. Es liege auf der Hand, dass bei Verletzung dieses Grundsatzes Ergebnisse herauskämen, die keine verwertbare Aussagekraft hätten. Soweit das SG meine, der Beklagte sei nicht verpflichtet gewesen, Arzneimittelsparungen als Kompensation zu berücksichtigen, halte dies einer rechtlichen Überprüfung nicht stand. Eine rechtliche Grundlage für den von ihm insoweit aufgestellten Rechtssatz habe das SG nicht gegeben. Es könne auch der Wertung, wonach die Zahl der geringeren Krankenhauseinweisungen nicht als kompensatorische Einsparungen zu berücksichtigen seien, nicht gefolgt werden. Richtig sei zwar, dass die Zahl der Krankenhauseinweisungen von vielen — auch zufälligen — Faktoren abhängige. Im vorliegenden Fall habe er aber gezeigt, dass er durch Abweichen vom "Mainstream" in der Lage sei, zum Vorteil der Versicherten Therapieerfolge zu erzielen, die wiederum zu geringeren Krankenhauseinweisungen führten. Dies hätte vom SG berücksichtigt werden müssen. Zutreffend weise das SG darauf hin, dass er seine Patienten an die entsprechenden Fachärzte überweisen müsse, wenn dies notwendig sei. Genau die vorstehend erwähnten Therapieerfolge hätten indes dazu geführt, dass solche Überweisungen in seiner Praxis weitaus weniger ausgestellt werden müssten, als dies bei anderen, vergleichbaren Ärzten der Fall sei. Dies wiederum habe zu Therapieerfolgen geführt, die seinen Patienten zugute gekommen seien. Der Beklagte habe hieran in wirtschaftlicher Hinsicht partizipiert. Es sei nicht zu akzeptieren, dass genau dieser Umstand bei der statistisch-mathematischen Betrachtungsweise unberücksichtigt bleibe.

Der Kläger beantragt (sachdienlich gefasst), das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 30.06.2011 sowie den Bescheid des Beschwerdeausschusses Baden-Württemberg vom 22.09.2009 aufzuheben.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Er hält die angegriffene Entscheidung für zutreffend und seine Entscheidung für rechtmäßig. Ergänzend trägt er vor, Streitgegenstand sei ausschließlich der Widerspruchsbescheid des Beschwerdeausschusses (siehe BSG, Urteil vom 09.03.1994, AZ: [6 RKA 5/92](#) und zuletzt Urteil vom 19.10.2011, AZ: [B 6 KA 38/10](#) unter Hinweis auf Urteil vom 29.06.2011, AZ: [B 6 KA 16/10 R](#)). Ergänzend werde unter Bezugnahme auf die ausführlichen Klageerwiderungsschriftsätze des Unterzeichners vom 16.09.2010 und 29.03.2011 ausgeführt, dass er schon im Widerspruchsbescheid berücksichtigt habe, dass der Kläger zwar rentnergewichtet (der Kläger habe einen erheblich geringeren Rentneranteil als die Vergleichspraxen seiner Fachgruppe) nicht unerhebliche Arzneimittelsparnisse aufweise (im Durchschnitt der sieben streitgegenständlichen Quartale ca. 25 %), diese Ersparnisse aber zum Großteil durch (rentnergewichtet) erheblichen Mehraufwand bei verordneten Heilmitteln ausgeglichen würden. Auch in der Berufungsbegründung sei nicht deutlich geworden, dass und weshalb er verpflichtet gewesen sein sollte, eine engere Vergleichsgruppe (welche?) zu bilden. Die Bildung einer Vergleichsgruppe obliege einem Beurteilungsspielraum der Prüfungsgremien jedenfalls dann, wenn die statistische Aussagekraft zu den streitgegenständlichen Ansatzhäufigkeiten der Sonderleistungen keine begründeten Zweifel erwecke. Zu Recht habe das Sozialgericht festgestellt, dass der Kläger eine überdurchschnittlich große Fallzahl aufweise, so dass "Verdünnerefälle" zu seinen Gunsten in die Statistik eingingen. Sodann habe das Gericht auch zutreffend festgestellt, dass lediglich ein Erbringervergleich in den Sonderleistungen stattgefunden habe. Mangels Erfassung einer Krankenhauseinweisungsstatistik und/oder Überweisungszahlen könne die - unsubstantiierte - Behauptung des Klägers zu diesbezüglichen kausalen Ersparnissen keine Berücksichtigung finden. Krankenhauseinweisungen hätten im Übrigen ausschließlich unter dem Aspekt medizinischer Notwendigkeit zu erfolgen. Letztlich erschöpfe sich das Vorbringen des Klägers in der unbewiesenen Behauptung, er mache bessere Diagnostik und erfolgreichere Therapie, als der Durchschnitt der Fachgruppe. Dies werde aus dem Vorbringen des Klägers nicht deutlich. Dazu genüge auch nicht die Darstellung "schwerer" Fälle, zumal schwere Fälle in jeder Allgemeinarztpraxis anzutreffen seien. Auch mit diesen Argumenten des Klägers habe sich das Sozialgericht umfassend und zutreffend auseinandergesetzt.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten des Beklagten, des Sozialgerichts und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat entscheidet im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung über die Berufung in der Besetzung mit ehrenamtlichen Richtern aus dem Kreis der Krankenkassen und der Vertragsärzte, weil es sich vorliegend um eine Angelegenheit des Vertragsarztrechts handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz, SGG](#)). Streitgegenstand ist allein der Bescheid des Beschwerdeausschusses (ständige Rechtsprechung vgl. zuletzt BSG, Ur. v. 29.06.2011, - [B 6 KA 16/10 R](#) -).

Gegenstand des Rechtsstreits sind nach Rechtsprechung des BSG nicht die Bescheide des Prüfungsausschusses. Sie waren deshalb bei sachdienlicher Auslegung des klägerischen Begehrens nicht in den Antrag aufzunehmen. Im übrigen wäre die Berufung, soweit sie sich gegen die Abweisung der Klage gegen die Prüfbescheide richtet, unbegründet, weil die Klage insoweit bereits unzulässig war, was das SG zutreffend dargelegt hat. Auf die Gründe der angegriffenen Entscheidung nimmt der Senat insoweit Bezug.

Ebenfalls nicht Gegenstand des Rechtsstreits ist der Honorarbescheid vom 16.04.2012 (Bl. 38 LSG-Akte) geworden, weil er mit dem angefochtenen Bescheid des Beschwerdeausschusses in keinerlei Zusammenhang steht und daher diesen weder abändert noch ersetzt ([§ 96 SGG](#)).

Die Berufung des Klägers ist gem. [§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) bei einem mit der Klage angefochtenen Kürzungsbetrag von insgesamt 30.771,01 EUR ohne Zulassung durch das Sozialgericht statthaft und gem. [§ 151 SGG](#) auch sonst zulässig.

Die Berufung ist auch im Übrigen unbegründet. Der angefochtene Bescheid ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten.

I. Rechtsgrundlage der arztbezogenen Wirtschaftlichkeitsprüfung ist [§ 106 SGB V](#). Nach [§ 106 SGB V](#) a.F. (gültig bis 31.12.2003) wurde die Wirtschaftlichkeit der Versorgung unter anderem durch arztbezogene Prüfungen der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen, entweder nach Durchschnittswerten oder am Maßstab von Richtgrößenvolumina ([§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#)) und/oder anhand von Stichproben (aaO Satz 1 Nr. 2) geprüft. Nach dieser Gesetzeslage war davon auszugehen, dass die Prüfung nach Durchschnittswerten wegen ihres hohen Erkenntniswerts bei verhältnismäßig geringem Verwaltungsaufwand die Regelprüfmethode darstellte. Zwar wurde die Vorschrift durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) vom 14.11.2003 (gültig ab 01.01.2004) erheblich geändert, [§ 106 Abs. 2 Satz 4 SGB V](#) n.F. gibt den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die Möglichkeit, mit den Kassenärztlichen Vereinigungen über die in [§ 106 Abs. 2 Satz 1](#) vorgesehenen Prüfungen hinaus Prüfungen ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten oder andere arztbezogene Prüfungsarten zu vereinbaren. Eine entsprechende Vereinbarung ist vorliegend in [§§ 9 Nr. 1, 16 Nr. 2](#) der Prüfvereinbarung (PV) der Kassenärztlichen Vereinigung N. vom 11.06.2002 (gültig bis 31.12.2005) abgeschlossen worden. Somit konnten auch für die Zeit nach in Kraft treten des GMG Prüfungen nach Durchschnittswerten als vorrangige Prüfmethode durchgeführt werden (BSG, Ur. v. 09.04.2008, [B 6 KA 34/07 R](#), [SozR 4-2500 § 106 Nr. 18](#)).

Bei dieser Prüfmethode wird der Aufwand des geprüften Arztes je Fall mit dem durchschnittlichen Aufwand der Vergleichsgruppe - im Regelfall der Arztgruppe, der der Arzt angehört - verglichen. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass die Vergleichsgruppe im Durchschnitt insgesamt wirtschaftlich handelt. Ergibt die Prüfung, dass der Behandlungs- oder Verordnungsaufwand des geprüften Arztes - beim Gesamtfallwert, bei Sparten- oder bei Einzelleistungswerten - in offensichtlichem Missverhältnis zum durchschnittlichen Aufwand der Vergleichsgruppe steht, diesen nämlich in einem Ausmaß überschreitet, das sich nicht mehr durch Unterschiede in der Praxisstruktur wie Praxisbesonderheiten und/oder sog kompensierenden Einsparungen erklären lässt, so ist die Folgerung der Unwirtschaftlichkeit gerechtfertigt. 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 (BSG, Urteil vom 21.03.2012 - [B 6 KA 18/11 R](#) -, veröffentlicht in *Juris* m.N.).

II. Nach diesen Grundsätzen haben die Prüfungsgremien die Leistungserbringung des Klägers in den Quartalen III/2003 bis I/2005 zu Recht der Wirtschaftlichkeitsprüfung unter Anwendung der Prüfmethode der statistischen Vergleichsprüfung unterzogen. Sie haben insoweit die Maßgaben der einschlägigen Prüfvereinbarung beachtet.

1. Die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit des Klägers durfte auch im Wege des Vergleichs der Spartenleistungswerte des Klägers in der Sparte "Sonderleistungen" mit den auf diese Sparte bezogenen Durchschnittswerten der Fachgruppe der Hausärzte erfolgen.

Der Beklagte ist bei dem statistischen Vergleich hier auch zu Recht von der Gruppe der Allgemeinärzte/praktischen Ärzte ausgegangen. Der Kläger ist als Allgemeinarzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen gewesen und hat damit dieser Fachgruppe angehört. Die Fachgruppe bildet grundsätzlich die geeignete Vergleichsgruppe ([BSGE 62, 24, 27](#)). Wegen Besonderheiten oder Schwerpunkten des zu prüfenden Arztes sind die Prüfungsgremien nicht von vornherein verpflichtet, eine engere Vergleichsgruppe zu bilden, etwa mit solchen Ärzten, die dieselbe Zusatzbezeichnung wie der geprüfte Arzt führen (BSG, Urteil vom 15.11.1995 - [6 RKA 58/94](#) -, veröffentlicht in *Juris*).

Die Bildung einer engeren - verfeinerten - Vergleichsgruppe bedarf es nur bzw. allenfalls dann, wenn die Struktur der Praxis des geprüften Arztes sowohl hinsichtlich der Zusammensetzung des Patientenlientels als auch hinsichtlich des ärztlichen Diagnose- und Behandlungsangebots von der Typik des Durchschnitts der Fachgruppe signifikant abweicht. Dies kann der Fall sein, wenn ein Arzt eine Zusatz- bzw. Schwerpunktbezeichnung führt, sofern diese Niederschlag im Leistungsspektrum oder in der Ausrichtung der Praxis findet. Die Prüfungsgremien dürfen solche Abweichungen von der Durchschnittspraxis aber auch - statt durch Bildung einer engeren Vergleichsgruppe - im Rahmen eines späteren Prüfungsschritts als Praxisbesonderheit oder durch Belassung einer größeren Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts berücksichtigen.

Dabei obliegt es dem Arzt, substantiierte Angaben dazu zu machen, dass er einen dementsprechenden Praxisschwerpunkt hat, aus dem sich eine signifikante Abweichung vom durchschnittlichen Typus einer Praxis der Fachgruppe ergibt. Erst dann besteht für die Prüfungsgremien Anlass zur Überprüfung, ob der geprüfte Arzt wirklich ein entsprechend spezialisiertes Leistungsspektrum aufweist, d.h. ob die

Spezialisierung erkennbar Niederschlag im Leistungsspektrum oder in der Ausrichtung der Praxis gefunden hat. Ist dies zu bejahen, so haben die Prüfungsgremien in die Überlegung einzutreten, ob sie eine verfeinerte Vergleichsgruppe bilden oder ob sie eine Praxisbesonderheit anerkennen oder ob sie die Spezialisierung rein rechnerisch durch großzügige Belassung von Durchschnittsüberschreitungen berücksichtigen. Gleiches gilt – erst recht –, wenn ein abweichender Patientenzuschnitt oder ein abweichendes Leistungsspektrum nicht auf Grund einer Zusatz- bzw. Schwerpunktbezeichnung vorliegt, sondern – ohne förmliche Zuerkennung – durch eine sonstige besondere Qualifikation und die darauf gegründete Spezialisierung bedingt ist. In solchen Fällen besteht – noch weniger als in den Fällen einer förmlichen Zusatz- bzw. Schwerpunktbezeichnung – ebenfalls keine Pflicht zur Bildung einer engeren Vergleichsgruppe (Clemens Rn. 140 f.).

Nach diesen Grundsätzen ist es nicht zu beanstanden, dass die Prüfungsgremien sich nicht veranlasst gesehen haben, eine engere Vergleichsgruppe zu bilden. Der Beklagte ist im Rahmen seines Beurteilungsspielraumes nicht verpflichtet gewesen, eine engere Vergleichsgruppe im Hinblick auf die Zusatzbezeichnung und Zusatzbudgets oder gar aus den Praxen zu bilden, die ebenfalls die Einzelleistungen erbringen, die beim Kläger maßgebliche Ursache für die Überschreitung der Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis im Bereich der Sonderleistungen führen. Zwar führt der Kläger die Zusatzbezeichnung "Sportmedizin" und ihm stand u.a. ein qualifikationsgebundenes Zusatzbudget für Physikalische Leistungen und ein bedarfsorientiertes Zusatzbudget "Allergologie" zu. Aus Zusatzbezeichnungen und -budgets können aber allein keine Schlüsse auf das Patientengut gezogen werden. Der Zusatzbezeichnung "Sportmedizin" und dem hierzu gewährten qualifikationsgebundenen Zusatzbudget für Physikalische Leistungen wurde bereits dadurch Rechnung getragen, dass die Leistungsgruppe "Physikalisch med. Leistungen" durch die auf die Sonderleistungen beschränkte Spartenprüfung außer Betracht blieb. Im Übrigen hat der Kläger einen Praxisschwerpunkt nicht mit der Häufung bestimmter Erkrankungen in seiner Praxis begründet, sondern die Breite seines Leistungsangebots betont. Sein Vortrag lässt eine Spezialisierung mit wenigstens einem Schwerpunkt beim Patientengut nicht hinreichend erkennen. Weder aus seinen Angaben zum Patientengut noch aus seinem Abrechnungsverhalten gehen ausreichende Anhaltspunkte für ein deutlich spezialisiertes Leistungsspektrum hervor. Zu der Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts in Bezug auf die EBM-Nr. 26 (Sofortbesuch) hat der Kläger sinngemäß geltend gemacht, dass er seine Patienten aufsuche, wenn sie ihn riefen. Warum die Patienten ihn gerufen haben und warum es in vielen Fällen den Patienten nicht möglich gewesen sein soll, zu seiner Praxis zu kommen (wie beim Durchschnitt seiner Hausarztkollegen), wo ja weit bessere Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten bestehen, bleibt unklar, insbesondere bei dem unterdurchschnittlichen Rentneranteil des Klägers. Auch aus der von ihm vorgelegten Aufstellung aufwändiger Fälle im Jahr 2004 lässt sich nicht erkennen, dass die Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts in Bezug auf Sonderleistungen auf die Besonderheiten des Patientenguts zurückzuführen wären. Die dort dargestellten Patienten, von denen etwa die Hälfte im Jahr 2004 über 65 Jahre alt war, können für die klägerische Praxis schon deswegen nicht als repräsentativ angenommen werden, weil diese einen unterdurchschnittlichen Rentneranteil von 19% bis 20% aufweist

2. Auch die gewählte Prüfmethode des Vergleichs der statistischen Werte des Vertragsarzts mit denen der Fachgruppe, der er angehört, in einem Spartenbereich nach dem Verfahren der Randlage in der Normalverteilung ist grundsätzlich nicht zu beanstanden.

a) Nach der Rechtsprechung des BSG ist zu beachten, dass die ärztliche Behandlung sowohl insgesamt als auch in jedem Teilbereich wirtschaftlich sein muss, also nicht nur beim Gesamtfallwert, sondern auch in jeder einzelnen Sparte und bei Einzelleistungen sowie in jedem Einzelfall (vgl. BSG 3-2500 § 106 Nr. 42 S. 232 f.; BSG [SozR 4-2500 § 106 Nr.1](#) RdNr. 11; BSG [SozR 4-2500 § 106 Nr. 3](#) RdNr. 9; BSG [SozR 4-2500 § 106 Nr. 17](#) RdNr. 15). Bei der Entscheidung, ob der Vergleichsprüfung die Gesamtfallwerte oder nur der Aufwand in einzelnen Leistungssparten oder bei bestimmten Einzelleistungen zugrunde gelegt werden, steht den Prüfungsgremien grundsätzlich ein Beurteilungsspielraum zu (BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr. 54](#) S. 300).

Gibt es, wie hier, im Rahmen der Vorprüfung signifikante Überschreitungen (vgl. § 8 Nr. 2 a bis c der PV) sowohl beim Gesamtfallwert, als auch in Sparten und bei Einzelleistungen, erscheint unter dem Gesichtspunkt der "Gesamtwirtschaftlichkeit" ein Gesamtfallwertvergleich nahe liegend. Sparten- und Einzelleistungsvergleiche kommen allerdings immer dann in Betracht, wenn offensichtliche oder bei Durchführung der Prüfmethode festgestellte Unwirtschaftlichkeiten in einzelnen Leistungssparten oder bei bestimmten einzelnen Leistungspositionen bestehen, der Gesamtfallwert jedoch nicht die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis überschreitet. Insofern war hier für die Wahl der Spartenprüfung offensichtlich maßgeblich, dass zwar eine Überschreitung des Gesamtfallwerts um mehr als 2,5 s in den Quartalen III/2003 (z Wert = 2,930 - Sonderleistung z-Wert 5,142) III/2004 (z Wert = 3,195 - Sonderleistung z-Wert 5,775) und I/2005 (z Wert = 2,786 - Sonderleistung z-Wert 6,153) vorlag, diese aber ihre wesentliche Ursache in den Überschreitungen in der Leistungsgruppe Physikalisch med. Leistungen, die (weil nicht Gegenstand der Prüfung) wohl außer Betracht bleiben sollten, und der Leistungsgruppe Sonderleistungen hatte. Dies ist nicht zu beanstanden. Der Beklagte war schließlich bei dieser Sachlage auch nicht gezwungen, weil innerhalb der geprüften Sparte die Überschreitungen nicht gleichmäßig auf die Einzelleistungen verteilt sind, sondern auf zum Teil extreme Überschreitungen (über 1000 %) bei bestimmten Einzelleistungen zurückzuführen sind, den Vergleich auf diese Einzelleistungen zu beschränken.

b) Die Prüfung nach Durchschnittswerten nach der Methode "Randlage in der Normalverteilung" konnte bei der hier gebildeten Vergleichsgruppe auch in der Sparte "Sonderleistungen" erfolgen. Zwar betrug die Streubreite (Standardabweichung) mehr als 50 % des arithmetischen Mittels (Fachgruppendurchschnitts) (vgl. Spellbrink, Wirtschaftlichkeitsprüfung im Kassenarztrecht, Rdnr. 559). Ist die Streubreite in der gebildeten Vergleichsgruppe größer, ist je nach Verteilung entweder ein robuster Fachgruppendurchschnitt zu bilden oder eine engere Vergleichsgruppe zu bilden (Urteil des Senats vom 13.09.2000 - [L 5 KA 2287/00](#) -, veröffentlicht in Juris). Sofern damit die Herstellung von Vergleichbarkeit nicht möglich oder dies mit unverhältnismäßigem Aufwand verbunden ist, können aber auch die Unterschiedlichkeiten belassen und dies durch einen besonders hohen Ansatz der Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis kompensiert werden (BSG, Beschluss vom 28.09.2005 - [B 6 KA 27/05 B](#) -, veröffentlicht in Juris). So ist der Beklagte hier vorgegangen.

In den streitigen Quartalen III/2003 bis I/2005 hat beim Spartenfallwert "Sonderleistungen" die einfache Standardabweichung 51,2 Punkte, 53,1 Punkte, 56,2 Punkte, 56,4 Punkte, 52,6 Punkte, 56,7 Punkte und 51,3 Punkte und die durchschnittliche Fallpunktzahl je Fall der Fachgruppe 100,8 Punkte, 104,1 Punkte, 110,5 Punkte, 107,2 Punkte, 104,1 Punkte, 109,3 Punkte und 100,4 Punkte betragen. Die Standardabweichung betrug damit 50,5 % und 52,6 % des Fachgruppendurchschnitts. Der sich hieraus ergebenden grenzwertigen Streubreite haben die Prüfungsgremien mit der Bestimmung der Grenze für das offensichtliche Missverhältnis ausreichend Rechnung getragen.

Auch bei der Festlegung des offensichtlichen Missverhältnisses haben die Prüfungsgremien einen Beurteilungsspielraum (BSG, Urteil vom 19.10.2011 - [B 6 KA 38/10 R](#) - SozR 4-2500 § 106 Nr. 33 RdNr. 13 m.w.N.). Eine Unwirtschaftlichkeit ist anzunehmen, wenn der Fallwert des

geprüften Arztes so erheblich über dem Vergleichsgruppendurchschnitt liegt, dass sich die Mehrkosten nicht mehr durch Unterschiede in der Praxisstruktur und den Behandlungsnotwendigkeiten erklären lassen und deshalb zuverlässig auf eine unwirtschaftliche Behandlungsweise als Ursache der erhöhten Aufwendungen geschlossen werden kann. Wann dieser mit dem Begriff des offensichtlichen Missverhältnisses gekennzeichnete Überschreitungsgrad erreicht ist, hängt von den Besonderheiten des jeweiligen Prüfungsgegenstandes und den Umständen des konkreten Falles ab und entzieht sich einer allgemeinverbindlichen Festlegung (BSG, Urteil vom 21.03.2012 - [B 6 KA 18/11 R](#) -, veröffentlicht in juris).

Die für die streitgegenständlichen Quartale maßgebliche Prüfvereinbarung gibt den Wert für ein offensichtliches Missverhältnis bei einer Überschreitung des Gesamtfallwertes, der Gruppen- oder Einzelleistungsfallwerte nicht vor, sondern lediglich die Werte für die Vorauswahl. Wird dem statistischen Kostenvergleich die Methode "Randlage in der Normalverteilung" zugrunde gelegt, kann die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis grundsätzlich ab einer Überschreitung des Fachgruppendurchschnittes von 1,6 Sigma angesetzt werden (Spellbrink, a.a.O.).

Der Beklagte hat mit der Festsetzung der Grenze von $D+2,5 s$ als Maß für ein offensichtliches Missverhältnis im Ergebnis auch der grenzwertigen Streubreite der Vergleichsgruppe in der geprüften Sparte bei der Festsetzung des Werts des offensichtlichen Missverhältnisses ausreichend Rechnung getragen. Denn der Kläger, der den Fachgruppendurchschnitt in der geprüften Sparte um 3,918 bis 6,153 Standardabweichungen übersteigt, liegt nach Kürzung noch in einer Gruppe von unter 1% ; d.h. es rechnen wahrscheinlich mehr als 99,4 % der Ärzte in der Vergleichsgruppe in der Sparte "Sonderleistungen" weniger Punkte pro Fall ab, als ihm anerkannt bleiben.

Der Senat verkennt dabei nicht, dass der Beklagte die Festsetzung der Grenze von $D+2,5 s$ als Maß für ein offensichtliches Missverhältnis in der Widerspruchscheidung einmal mit seiner ständigen Übung begründet, an anderer Stelle in der Widerspruchsentscheidung sowie in den Prüfbescheiden indes ausgeführt hat, dass mit dem Zugeständnis von plus 2,5 s im konkreten Fall die Ausführungen des Arztes und die Einsparungen bei den Arzneimittelkosten als ausreichend gewürdigt anzusehen seien. Zwar erscheinen diese Ausführungen in sich nicht stimmig, da dieser Wert entweder grundsätzlich im Sinne der Gleichbehandlung allgemein zugrunde gelegt wird oder abweichend von einem allgemeinen Grenzwert den Besonderheiten des Einzelfalles, soweit sie im Rahmen der Beurteilung durch die Prüfungsgremien berücksichtigt wurden, Rechnung trägt. Es gibt auch keinen Hinweis darauf, dass bei dieser Festlegung auch die Streubreite der Vergleichsgruppe als solche berücksichtigt worden wäre. Der Beklagte hat bei der Festsetzung der Grenze von $D+2,5 s$ als Maß für ein offensichtliches Missverhältnis seinen Beurteilungsspielraum aber nicht zu Lasten des Klägers überschritten. Daran ändert nichts, wenn, wovon auszugehen sein dürfte, der Beklagte die Grenze von $D+2,5 s$ als Maß für ein offensichtliches Missverhältnis auch in Fällen anwendet, in denen nur eine geringe Streuung gegeben ist und keine Besonderheiten vorliegen. Denn dieses Vorgehen könnte eine Selbstbindung des Beklagten nicht begründen, da es zu Lasten der Krankenkassen rechtswidrig wäre.

Damit war der Anscheinsbeweis der Unwirtschaftlichkeit aufgrund der Überschreitung der festgesetzten Grenze gegeben.

3. Der Beklagte hat auch ohne Überschreitung seines Beurteilungsspielraums Praxisbesonderheiten als Ursache der Überschreitung verneint (a) und Arzneimitteleinsparungen, soweit sie nicht bereits bei der Festlegung der Grenze des offensichtlichen Missverhältnisses berücksichtigt wurden, als nicht durch die Überschreitung bedingt angesehen (b).

a) Praxisbesonderheiten sind aus der Zusammensetzung der Patienten herrührende Umstände, die sich auf das Behandlungsverhalten des Arztes auswirken und in den Praxen der Vergleichsgruppe nicht in entsprechender Weise anzutreffen sind. 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.

Der Beklagte hat die Abrechnungsunterlagen des Klägers (für die streitigen Quartale) durchgesehen auf dieser Grundlage festgestellt, dass in der Praxis des Klägers ein für eine Allgemeinpraxis im Wesentlichen durchschnittliches Patientengut mit einem unterdurchschnittlichen Rentneranteil behandelt wird. Dass der Kläger besondere Behandlungsmethoden beherrscht (hier Neuraltherapie), begründet keine Praxisbesonderheit. Auch dass die apparative Ausstattung der Praxis oder besondere Erfahrungen des Arztes für sich allein eine Praxisbesonderheit im hier maßgeblichen Sinn nicht begründen können, haben die Prüfungsgremien in ihren Bescheiden zutreffend dargelegt. Eine solche lässt sich nicht alleine daraus ableiten, dass die entsprechenden Gebührennummern in größerem Umfang abgerechnet werden als die Fachgruppe. Der Kläger hat z.B. im Quartal 3/2003, bei einer überdurchschnittlichen Anzahl von 1285 Patienten (1007 Patienten bei den Vergleichspraxen) die Einzelleistungen GO-Nr. 419 (Anleitung des Patienten zur Selbstanwendung der transkutanen elektrischen Nervenstimulation) bei etwa einem Viertel und GO-Nr. 514 (Extensionsbehandlung) bei über 50 % (Fachgruppe 4%) seiner Patienten durchgeführt. Art und Umfang dieser Überschreitungen sind nicht selbst erklärend. Vielmehr hätte es auch hinsichtlich der Häufigkeit der Erbringung der Einzelleistungen GO-Nr. 419 und GO-Nr. 514 dem Kläger obliegen, die Besonderheiten seines Patientengutes, die ihm bei der dargestellten Dichte der Erbringung dieser Leistungen, hätten präsent sein müssen, nachprüfbar zu begründen.

b) Kompensatorische Einsparungen (dazu, insbesondere zum erforderlichen Ursachenzusammenhang, BSG, Beschl. v. 18.08.2010 - [B 6 KA 21/10 B](#) - m.w.N.) haben die Prüfungsgremien schließlich zu Recht nicht berücksichtigt; auch hierfür ist auf den angefochtenen Bescheid des Beklagten und das Urteil des Sozialgerichts Bezug zu nehmen. Neues hat der Kläger nicht vorgebracht, vielmehr wiederum lediglich behauptet, durch die im Übermaß erbrachten Sonderleistungen Krankenhauseinweisungen entgegengewirkt zu haben. Der Kläger übersieht dabei, dass eine Aufnahme in ein Krankenhaus nur dann erfolgen darf, wenn die intensive Betreuung eines Krankenhauses medizinisch notwendig ist. Nur wenn zur Behandlung einer Krankheit neben ärztlicher Behandlung die Betreuung durch hinreichend geschulte medizinische Hilfskräfte in geschützter Umgebung erforderlich ist und das Behandlungsziel nicht durch ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann, darf das Krankenhaus Patienten zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen aufnehmen (vgl. z.B. BSG v. 03.08.2006 - [B 3 KR 1/06 S](#), v. 30.6.2009 - B 1KR 24/08 R sowie BSG GS v. 25.09.2007 - [GS 1/06](#)). Kann ein Patient aber ohne gesundheitlichen Schäden vom Hausarzt ambulant versorgt werden, darf ihn das Krankenhaus nicht aufnehmen ohne gegenüber der Krankenkasse schadensersatzpflichtig zu werden. Es steht deshalb nicht im beliebigen Ermessen eines Hausarztes, ob er Patienten in ein Krankenhaus überweist. Ob durch vermehrte Hausbesuche stationäre Krankenhausbehandlungen in Einzelfällen überhaupt vermieden werden können, kann offen bleiben. Der Kläger hat nämlich selbst nicht behauptet, Patienten intensiv häuslich zu betreuen, die ohne diese Versorgung stationär behandelt werden müssten. Signifikant überdurchschnittliche Besuchsleistungen weist die Praxis nur bei den

Sofortbesuchen auf. Zu der Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts in Bezug auf die EBM-Nr. 26 (Sofortbesuch) hat der Kläger sinngemäß geltend gemacht, dass er seine Patienten aufsuche, wenn sie ihn riefen. Ob dies dringend gewesen sei, könne er erst nachträglich beurteilen. Er handelt damit insoweit unwirtschaftlich, als er abweichend von dem Durchschnitt seiner hausärztlichen Fachkollegen nicht darauf dringt, dass transportfähige Kranke ihn in seiner Praxis aufsuchen, wo weit bessere Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten bestehen als vor Ort bei den Patienten. Was die anderen Hausärzte (mit weit höherem Rentneranteil) erfolgreich praktizieren, müsste auch ihm möglich sein. Auch aus der von ihm vorgelegten Aufstellung aufwändiger Fälle im Jahr 2004 lässt sich jedenfalls nicht erkennen, dass die Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts in Bezug auf Sonderleistungen in einen kausalen Zusammenhang zu einer - nicht nachprüfbar - unterdurchschnittlichen Einweisungspraxis steht. Wie dargelegt können die dort dargestellten Patienten, von denen etwa die Hälfte im Jahr 2004 über 65 Jahre alt war, für die klägerische Praxis schon deswegen nicht als repräsentativ angenommen werden, weil diese einen unterdurchschnittlichen Rentneranteil von 19% bis 20% aufweist. Zutreffend hat das SG auch dargelegt, dass kausale Einsparungen auch im Bereich der Arzneimittel nicht erkennbar oder nachprüfbar vorgetragen worden sind.

Der Kläger hat - wie die Prüfgremien festgestellt und in den ergangenen Bescheiden eingehend dargelegt haben - hinsichtlich der streitigen Leistungen das Gebot wirtschaftlicher Leistungserbringung verletzt. Ihm ist durch unwirtschaftliche Behandlungsweise erlangtes Honorar in erheblichem Maß belassen worden. Eine vorgängige Beratung hatte nicht stattzufinden (dazu BSG, Urt. v. 3.2.2010, - [B 6 KA 37/08 R](#) -; Beschl. v. 30.5.2006, - [B 6 KA 14/06 B](#) -). Der Beklagte hat damit sein Kürzungsermessen (dazu BSG, Urt. v. 28.4.2004, - [B 6 KA 24/03 R](#) -) ohne Rechtsfehler ausgeübt, weshalb die Honorarkürzung Bestand behält. Auch sonst liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die Prüfgremien von dem ihnen eingeräumten Beurteilungsspielraum zu Lasten des Klägers in fehlerhafter Weise Gebrauch gemacht hätten. Der Senat nimmt im Übrigen auf die Gründe der angegriffenen Entscheidung vollumfänglich Bezug (vgl. [§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Zu ergänzen ist lediglich, dass der Beklagte auch bei der Honorarkürzung die Budgetierungen beachtet. Auch nach der Einführung von Praxis- und Zusatzbudgets durch den EBM-Ä zum 01.07.1997 unterlagen die von den Budgets erfassten Leistungen der Wirtschaftlichkeitsprüfung (BSG, Urt. v. 23.2.2005, - [B 6 KA 79/03 R](#) -, veröffentlicht in Juris). Allerdings muss eine Doppelkürzung vermieden werden. Entscheidender Faktor bei der sachgerechten Ermittlung von Honorarkürzungen nach Wirtschaftlichkeitsprüfung des budgetierten Leistungsbereichs unter Berücksichtigung der Budgetierung ist daher die sog. Anerkennungsquote bzw. die "verbleibende Honorarquote" (BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr. 32](#) S 185). Diese gibt an, welcher Vom-Hundert-Satz der abgerechneten und daher der auch im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu untersuchenden Punkteanforderung nach Anwendung der Vorschriften über das Praxisbudget dem Arzt tatsächlich zu vergüten ist. Aus der Differenz zwischen den abgerechneten und den nach Anwendung der Begrenzungsregelung des EBM-Ä mit dem vollen Punktwert zu vergütenden Punkten hat der Beklagte für den Kläger eine sog. Anerkennungsquote bezogen auf alle Leistungen des Praxis- und der Zusatzbudgets ermittelt. Unter Anwendung dieser Quote hat der Beklagte die Bewertungspunktzahl für die Sonderleistungen reduziert und so sachgerecht berücksichtigt, dass die vom Kläger hinzunehmende Honorarkürzung den budgetierten Leistungsbereich betroffen hat (entspricht den Vorgaben in: BSG, Urteil 05.11.2003 - [B 6 KA 55/02 R](#) -, veröffentlicht in Juris).

Nach alledem ist der angefochtene Bescheid des Beklagten vom 22.09.2009 nicht zu beanstanden.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 2](#) und 3 sowie [§ 162 Abs. 3 VwGO](#). Es entspricht nicht der Billigkeit, dem Kläger auch die außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen aufzuerlegen, da diese Sachanträge nicht gestellt und damit ein Prozessrisiko nicht übernommen haben.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Die Streitwertfestsetzung beruht auf [§ 52 Abs. 3 GKG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-10-25