

L 5 KA 4791/11

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

5
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 20 KA 3695/07

Datum
23.09.2011
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KA 4791/11

Datum
26.09.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 23.09.2011 wird zurückgewiesen.

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

Der Streitwert wird auf 47.184,58 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Der Kläger wendet sich gegen Honorarkürzungen wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise in den Quartalen I/2003 bis IV/2003 in Höhe von insgesamt 47.184,58 Euro.

Der Kläger nahm in den streitgegenständlichen Quartalen als Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde mit der Zusatzbezeichnung Allergologie und der Genehmigung unter anderem für ambulantes Operieren zusammen mit einer Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde in einer seit 1998 bestehenden Gemeinschaftspraxis in M. an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Er ist daneben noch Belegarzt in der Klinik in E. und betreibt mit drei anderen Praxen einen dauerhaften Notdienst. Der Gemeinschaftspraxis standen neben dem Praxisbudget qualifikationsbezogene Zusatzbudgets für Allergologie mit Zusatzbezeichnung, Sonographie, Teilradiologie/Unfallchirurgie, Otoakustik und Phoniatrie UeGR sowie ein bedarfsabhängiges Zusatzbudget für Otoneurologie zu.

Im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung für die Quartale 3 und 4/2001 erstattete HNO Arzt Dr. B. für die Prüfungsgremien das Gutachten vom 23.06.2006 (Verwaltungsakte Bl. 84). Er kam darin zu dem Ergebnis, er würde allenfalls die häufige Abrechnung der GNR 5 EBM sachlich-rechnerisch berichtigen, ansonsten aber von Kürzungen absehen, weil sonst der Kläger wegen einer bereits vorgenommenen Kürzung nach Überschreitung des Praxisbudgets für unbezahlte, nach den Leitlinien der Fachgruppe korrekt durchgeführte Leistungen nochmals bestraft würde. Eine nochmalige Kürzung sei unzumutbar.

Mit Schreiben vom 22.05.2006 teilte der Prüfungsausschuss mit, dass der Gesamtfallwert der Praxis den Fallwert der Fachgruppe in jedem Quartal des Jahres 2003 um mehr als 1,35 Sigma überschreite und deshalb von Amts wegen eine Wirtschaftlichkeitsprüfung der Behandlungsweise nach Durchschnittswerten erfolge. Die Kläger führten in ihrer Stellungnahme vom 16.06.2006 aus, dass die Gemeinschaftspraxis aufgrund eines ständigen Notdienstes eine starke Häufung von Notfällen aufweise. Außerdem könne die Gemeinschaftspraxis als Landarztpraxis aufgrund der Breite ihres Leistungsangebots nicht mit Hals-Nasen-Ohrenärzten in der Stadt verglichen werden.

Mit Prüfbescheid vom 20.06.2006 kürzte der Prüfungsausschuss das von der Praxis angeforderte Gesamthonorar für die Quartale I/2003 bis IV/2003 auf den Durchschnitt der Fachgruppe plus 2,5 Sigma und setzte einen Regress von insgesamt 47.184,58 Euro fest (7.506,12 Euro für das Quartal I/2003, 8.885,68 Euro für das Quartal II/2003, 13.015,84 Euro für das Quartal III/2003 und 17.776,94 Euro für das Quartal IV/2003).

Hiergegen erhoben der Kläger und seine Praxiskollegin am 27.09.2006 Widerspruch. Zur Begründung legten sie die Stellungnahme des Hals-Nasen-Ohrenarztes Dr. B. vom 23.06.2006 vor, die für eine Wirtschaftlichkeitsprüfung einzelner Quartale des Jahres 2001 angefertigt worden war, und nahmen darauf Bezug. Weiter führten sie aus, dass der Prüfungsausschuss die darin benannten Praxisbesonderheiten (Zusatzbezeichnung Allergologie, Betrieb einer operativen Belegabteilung, organisierter Bereitschaftsdienst) nicht gewürdigt habe. Auch sei

zu rügen, dass eine Wirtschaftlichkeitsprüfung im Gesamtfallwert - anders als der Einzelleistungs- oder Spartenvergleich - nur ausnahmsweise zulässig sei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 18.04.2007 wies der Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Die Honorarkürzung sei rechtmäßig. Insbesondere sei eine ausschließlich auf den Gesamtfallwert beschränkte Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht zu beanstanden. Die Kürzung des Gesamthonorars auf den Fachgruppendurchschnitt plus 2,5 Sigma sei rechtmäßig. Die Praxis sei entsprechend der geführten Gebietsbezeichnung mit der Gruppe der Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde aus dem Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung N. verglichen worden. Da diese Fachgruppe im Quartal I/2003 aus 109 und in den Quartalen II/2003 bis IV/2003 aus 107 Arztpraxen bestanden habe, sei sie für einen statistischen Vergleich geeignet. Als Praxisbesonderheit seien zu Recht die häufigeren Notdienste und dadurch bedingt die Häufung akuter Notfälle anzuerkennen, so dass die gesamte Notfallabrechnung aus dem Gesamthonorar herausgerechnet werde. Die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis liege rechtsfehlerfrei bei einer 1,6-fachen Standardabweichung über dem Fachgruppendurchschnitt. In Anwendung dieser Maßstäbe liege in jedem streitgegenständlichen Quartal ein den Anscheinsbeweis der Unwirtschaftlichkeit begründendes offensichtliches Missverhältnis vor:

Quartal Fälle Punktzahl je Fall Überschreitung des Grenzwerts um Kläger (Rentner- anteil in %) Fachgruppe (Rentner- anteil in %) Kläger (nach Abzug der Notfälle) Fachgruppen- durchschnitt plus 1,6 Sigma I/2003 3.027 1.507 1.371,6 (23) (29) (1.279,8) 1.163,6 10% II/2003 3.176 1.416 1.309,3 (23) (29) (1.211,1) 1.115,3 9% III/2003 3.078 1.376 1.308,5 (22) (30) (1.256,8) 1.076,4 17% IV/2003 2.962 1.511 1.473,5 (26) (33) (1.411,9) 1.143,1 24%

Bei einer Kürzung des Honorars auf den Fachgruppendurchschnitt plus 1,6 Sigma hätte die klägerische Praxis insgesamt 58.312,20 Euro zu erstatten (9.753,17 Euro im Quartal I/2003, 9.695,97 Euro im Quartal II/2003, 16.909,02 Euro im Quartal III/2003 und 21.954,04 Euro im Quartal IV/2003). Aufgrund des Verbots der Verböserung werde jedoch die im Prüfbescheid verfügte Honorarkürzung von insgesamt 47.184,58 Euro bestätigt. Die darin vorgenommene Grenzziehung des offensichtlichen Missverhältnisses durch den Prüfungsausschuss von 2,5 Sigma komme den Ärzten über die Maßen entgegen, da die Rechtsprechung die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis bei der Gesamtbetrachtung zwischen 1,3 Sigma und 1,6 Sigma angesiedelt habe. Kompensatorische Einsparungen seien nicht ersichtlich. Sowohl bei den Arznei- als auch den Heilmittelkosten seien in allen Quartalen, außer bei den Heilmittelkosten im Quartal II/2003, trotz des geringeren Rentneranteils erhebliche Überschreitungen im Vergleich zur Fachgruppe festzustellen:

I/2003 II/2003 III/2003 IV/2003 Mehraufwand für Arznei mittel insgesamt in EUR 64.797,60 41.967,98 35.476,91 71.120,76 Mehraufwand für Heil mittel insgesamt in EUR 5.123,94 - 69,06 5.078,46 7.858,76

Da die Prüfungsgremien die Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise für jedes Quartal erneut und gesondert zu prüfen hätten, könnten die Kläger wegen der Bindung der Verwaltung an Gesetz und Recht kein schutzwürdiges Vertrauen für die Zukunft in dem Sinne begründen, dass bei gleicher Sachlage wiederum in gleicher Weise (wie für das Jahr 2001) entschieden werden müsste. Werde im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung das Honorar für Leistungen gekürzt, die Bestandteil des Praxisbudgets oder eines Zusatzbudgets seien, müsse der Kürzungsbetrag von dem Honorar abgezogen werden, das den Klägern nach Anwendung der Vorschriften über die Budgetierung zu vergüten sei. Die Kürzungen seien mit dem Wert vorgenommen worden, den die gekürzten Leistungen unter Budgetbedingungen gehabt hätten.

Der Kläger und seine Praxispartnerin haben ihr Begehren weiterverfolgt, am 09.05.2007 beim Sozialgericht Stuttgart (SG) Klage erhoben und geltend gemacht, der Beklagte habe bei der Prüfung nach Durchschnittswerten eine falsche Vergleichsgruppe gebildet. Ihre Gemeinschaftspraxis dürfe nicht mit der Gesamtheit der zugelassenen Hals-Nasen-Ohrenärzte im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung N., sondern müsse nur mit denjenigen Hals-Nasen-Ohrenärzten verglichen werden, die wie der Kläger über eine Zusatzbezeichnung für Allergologie verfügten, als Spezialisten für Otoakustik tätig seien, eine belegärztliche Abteilung in einer Klinik betrieben und überdies zwei Behindertenheime betreuten. Diese Eigenschaften seien auch als Praxisbesonderheiten anzuerkennen. Die für die Quartale 3/2001 und 4/2001 angefertigte Stellungnahme des Dr. B. gelte in gleicher Weise auch für die Quartale des Jahres 2003. Im Übrigen genüge es nicht, lediglich die Notfallabrechnungen als Praxisbesonderheit herauszurechnen. Da die ursprünglichen Notfallpatienten häufig normal weiterbehandelt worden seien, müssten auch diese normalen Behandlungsfälle früherer Notfallpatienten herausgerechnet werden. Gleiches gelte für Behandlungsfälle von Patienten, die in der belegärztlichen Abteilung ambulant operiert und danach normal in ihrer Gemeinschaftspraxis weiterbehandelt worden seien. Aufgrund der Zusatzbezeichnung Allergologie und der spezialisierten Tätigkeit des Klägers im Bereich der Otoakustik seien des weiteren alle Behandlungsfälle von Patienten herauszurechnen, die an Schwindel oder an einem Hörsturz litten oder eine Hyposensibilisierungstherapie absolvierten. Ferner sei der Gesamtfallwert auch um die Behandlungsfälle der in den beiden Behindertenheimen lebenden Patienten zu bereinigen. Unabhängig davon könne keine unwirtschaftliche Abrechnungsweise vorliegen, da sie in höchstem Maße leitlinienkonform gearbeitet hätten. Zudem stelle bereits die Absenkung der Grenze des offensichtlichen Missverhältnisses von 2,5 Sigma auf 1,6 Sigma eine unzulässige Verböserung des Prüfbescheides durch den Beklagten dar.

Der Beklagte ist der Klage entgegengetreten und hat vorgetragen, die Bildung der Vergleichsgruppe obliege dem Beurteilungsspielraum der Prüfungsgremien. Im vorliegenden Fall seien keine Anhaltspunkte ersichtlich, eine engere Vergleichsgruppe heranzuziehen, da die klägerische Praxis weit überwiegend das typische Leistungsspektrum einer allgemeinen HNO-Praxis abrechne, ohne dass in den Abrechnungsziffern selbst eine schwerpunktmäßige Tätigkeit zum Ausdruck käme. Die Ärzte selbst hätten im Verwaltungsverfahren die Breite ihres Leistungsangebotes betont und nicht konkret dargelegt, inwieweit sich aus ihrem Leistungsspektrum bzw. ihren abgerechneten Leistungen eine schwerpunktmäßige Tätigkeit ergeben soll. Über die Herausrechnung von Notfalleleistungen hinaus seien keine Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen. Der Umstand, dass eine Landarztpraxis betrieben werde, stelle keine Praxisbesonderheit dar. Auch die Durchführung ambulanter Operationen sei keine Praxisbesonderheit. Zum einen zeige die Anzahlstatistik, dass die Kläger entgegen ihrem Vorbringen keinesfalls in ungewöhnlich hohem Umfang im Vergleich zur Fachgruppe ambulante Operationsziffern abgerechnet hätten. Zum anderen seien ambulante Operationen ebenso von mehr als 20 Prozent der Fachgruppe der HNO-Ärzte ausgeführt worden. Entsprechendes gelte für die Abrechnung von Hyposensibilisierungstherapien. Die Beigeladene zu 1 hat den Vortrag des Beklagten vertieft und ergänzend darauf hingewiesen, dass der pauschale Hinweis auf Zusatzbezeichnungen, die Tätigkeit in einer Landarztpraxis, die verstärkte Abrechnung von Notfällen, die belegärztlichen Behandlungen und die Betreuung von Behindertenheimen nicht den erforderlichen substantiierten Vortrag von Praxisbesonderheiten ersetze. Insbesondere sei nicht dargelegt, aus welchen Gründen die Behandlungsfälle von Patienten, die auch nach Abschluss der akuten Notfallversorgung bzw. der ambulanten Operation als normale Behandlungsfälle in der Praxis verblieben,

Praxisbesonderheiten darstellen sollen. Die im Vergleich zur Fachgruppe erhöhte Fallzahl der Kläger weise jedoch bei statistischer Betrachtung auch sogenannte "Verdünnerefälle" von Patienten auf, die wenig kostenintensiv behandelt würden und dadurch mit Blick auf den Gesamtfallwert einen entsprechenden Ausgleich ermöglichen. Die Überschreitungen im Gesamtfallwert könne die große Fallzahl daher umso weniger erklären. Auch kompensatorische Einsparungen lägen nicht vor. Der Beklagte habe diese zu Recht mangels Kausalzusammenhangs nicht berücksichtigt. Die Notwendigkeit einer Krankenhauseinweisung hänge ausschließlich von medizinischen Gesichtspunkten wie Befund und Diagnose ab. Art und Verlauf der zur Krankenhauseinweisung führenden Erkrankung ließen sich durch eine Behandlung im Notfalldienst nicht anders beeinflussen als durch eine normale Untersuchung und Behandlung in der Praxis während der üblichen Praxisprechstunden.

Mit Urteil vom 23.09.2011 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt, Rechtsgrundlage des angefochtenen Bescheids sei die Regelung des [§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in der Fassung des Art. 1 Nr. 63 Gesundheitsstrukturgesetz vom 21.12.1992 ([BGBl. I S. 2266](#) (2283)). Demnach werde die Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten beurteilt (statistische Vergleichsprüfung). Auch die gemäß [§ 106 Abs. 2 Satz 4 SGB V](#) zwischen der damaligen Kassenärztlichen Vereinigung N.-W. und den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. dem V. der E. geschlossene, ab dem Quartal 1/2002 gültige Prüfvereinbarung sehe gemäß [§ 16 Nr. 1 Satz 1](#) die Wirtschaftlichkeitsprüfung anhand statistischer Vergleichswerte als Prüfmethode vor. Die arztbezogene Prüfung nach Durchschnittswerten (statistische Vergleichsprüfung) sei für den streitgegenständlichen Zeitraum die Regelprüfmethode (vgl. BSG, Urteil vom 12.12.2001 - [B 6 KA 7/01 R](#) -, in: juris, Rn. 17; Urteil vom 09.06.1999 - [B 6 KI 21/98 R](#) -, in: juris, Rn. 20; Engelhard, in: Hauck/Noftz (Hrsg.), SGB V, § 106 Rn. 277 m. w. N. zur stRspr). Die Abrechnungswerte des Arztes würden mit denjenigen der Fachgruppe oder mit denen einer nach verfeinerten Kriterien gebildeten engeren Vergleichsgruppe im selben Quartal verglichen (sog. Horizontalvergleich). Dieser Methode liege eine gesetzliche Fiktion zugrunde, nach der davon auszugehen sei, dass der Durchschnitt der Fachgruppe insgesamt wirtschaftlich handle (vgl. BSG, Urteil vom 9.6.1999 - [B 6 KA 21/98 R](#) -, in: juris, Rn. 20 in. w.N.; Engelhard, in: Hauck/Noftz (Hrsg.), SGB V, § 106 Rn. 282 m. w. N. zur stRspr). Ergänzt durch die sog. intellektuelle Betrachtung, bei der medizinisch-ärztliche Gesichtspunkte berücksichtigt würden, sei dies die Methode, die typischerweise die umfassendsten Erkenntnisse bringe (vgl. BSG, Urteil vom 12.12.2001 - [B 6 KA 7/01 R](#) -, in: juris, Rn. 17 m.w.N.). Ergebe 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, ihn nämlich in einem Ausmaß überschreite, das sich im Regelfall nicht mehr durch Unterschiede in der Praxisstruktur oder in den Behandlungsnotwendigkeiten erklären lasse, habe das die Wirkung eines Anscheinsbeweises der Unwirtschaftlichkeit (vgl. BSG, Urteil vom 12.12.2001 - [B 6 KA 7/01 R](#) -, in: juris, Rn. 17 m.w.N.; Engelhard, in: Hauck/Noftz (Hrsg.), SGB V, § 106 Rn. 284). Eine ausschließlich auf den Gesamtfallwert beschränkte Wirtschaftlichkeitsprüfung sei nicht zu beanstanden. Die Prüfung nach Durchschnittswerten könne erfolgen, indem allein der Gesamtfallwert des betroffenen Arztes mit dem durchschnittlichen Gesamtfallwert der Arztgruppe verglichen werde (vgl. BSG, Urteil vom 27.6.2007 - [B 6 KA 44/06 R](#) -, in: juris, Rn. 13; Urteil vom 22.5.1984 - [6 RKA 21/82](#) -, in: juris, Rn. 22 m.w.N.). Eine Nachrangigkeit des Vergleichs der Gesamtfallwerte gegenüber dem Sparten- oder Einzelleistungsvergleich bestehe aufgrund des Beurteilungsspielraums der Prüfungsgremien bei der Ausgestaltung der gewählten Prüfmethode nicht (zum Beurteilungsspielraum bei der Konkretisierung der gewählten Prüfmethode vgl. BSG, Urteil vom 16.7.2003 [B 6 KA 45/02 R](#) -, in: juris, Rn. 18; Urteil vom 12.12.2001 - [B 6 KA 7/01 R](#) -, in: juris, Rn. 18 m. w. N.). Die Entscheidung des Beschwerdeausschusses sei einer gerichtlichen Überprüfung insoweit zugänglich, als dass überprüft werde, ob das Verwaltungsverfahren ordnungsgemäß durchgeführt worden sei, ob der Verwaltungsentscheidung ein richtig und vollständig ermittelter Sachverhalt zugrunde liege, ob die Verwaltung die durch die Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs ermittelten Grenzen eingehalten und ob sie ihre Subsumtionserwägungen so verdeutlicht und begründet habe, dass im Rahmen des Möglichen die zutreffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar sei (vgl. BSG, Urteil vom 5.11.2008 - [B 6 KA 56/07 R](#) -, in: juris, Rn. 16; Urteil vom 30.11.1994 - [6 RKA 16/93](#) -, in: juris, Rn. 15, jeweils m. w. N. zur stRspr). Der angefochtene Bescheid des Beklagten vom 18.04.2007 genüge diesen Anforderungen. Sein bei der statistischen Vergleichsprüfung der Gesamtfallwerte gewonnenes Ergebnis, das Abrechnungsverhalten der klägerischen Praxis habe in den streitigen Quartalen zu den Durchschnittswerten seiner Fachkollegen in einem offensichtlichen Missverhältnis gestanden und begründe den Anschein der Unwirtschaftlichkeit, sei frei von Rechtsfehlern. Formale Mängel lägen nicht vor. Das Verwaltungsverfahren sei ordnungsgemäß durchgeführt worden. Insbesondere sei die vierjährige Ausschlussfrist jeweils eingehalten (vgl. BSG, Urteil vom 16.06.1993 - [14a/6 RKA 37/91](#) -, in: juris, Rn. 30). Der Bescheid sei auch materiell rechtmäßig. Die Verwaltungsentscheidung halte sich im Rahmen des dem Beklagten zustehenden Beurteilungsspielraums. Der Beklagte habe bei der hier anzuwendenden statistischen Vergleichsmethode zu Recht die Gruppe der Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde zugrundegelegt. Der einzelne Vertragsarzt müsse sich grundsätzlich mit den Ärzten seines Fachgebietes vergleichen lassen (vgl. BSG, Urteil vom 15.11.1995 - [6 RKA 58/94](#) -, in: juris, Rn. 22 m. w. N.), weil hierdurch die Vergleichbarkeit in hohem Maße gewährleistet sei. Zudem habe die klägerische Gemeinschaftspraxis in den streitgegenständlichen Quartalen I/2003 bis IV/2003 das typische Leistungsspektrum dieser Fachgruppe abgerechnet. Auch hätten die Ärzte selbst im Verwaltungsverfahren die Breite ihres Leistungsspektrums betont (Schreiben vom 16.06.2006, Bl. 32 d. Verw.-Akte). Die Bildung einer engeren Vergleichsgruppe sei nicht aus Rechtsgründen geboten gewesen. Da die Prüfungsgremien bei der Entscheidung über die Bildung engerer Vergleichsgruppen einen Beurteilungsspielraum hätten (vgl. Bayerisches LSG, Urteil vom 4.2.2009 - [L 12 KA 27/08](#) -, in: juris, Rn. 38), nötige nicht jede abweichende Behandlungsausrichtung oder sonstige Behandlungsbesonderheit einer Arztgruppe stets zur Bildung einer engeren Vergleichsgruppe. Auf die Bildung einer besonderen, engeren Vergleichsgruppe könne jedoch dann nicht verzichtet werden, wenn die jeweils maßgebenden Leistungsbedingungen so verschieden seien, dass von einem statistischen Vergleich von vornherein keine verwertbaren Aussagen über die Wirtschaftlichkeit oder Unwirtschaftlichkeit der Behandlungsweise zu erwarten seien. Solches sei insbesondere zu besorgen, wenn ein erheblich unterschiedliches individuelles Abrechnungsverhalten in der Vergleichsgruppe nur noch rein rechnerisch zu einem statistisch-mathematischen Mittelwert führe, den in der Realität kein Arzt bzw. - innerhalb größerer Gruppen - nur einzelne, für die Gesamtgruppe nicht mehr repräsentative Ärzte abgerechnet hätten (vgl. BSG, Urteil vom 27.4.2005 - [B 6 KA 39/04 R](#) -, in: juris, Rn. 12). Vorliegend habe die klägerische Praxis nicht konkret dargelegt, woraus sich eine Inhomogenität der Vergleichsgruppe ergeben solle. Ihr Abrechnungsverhalten sei im Quartal I/2003 mit 109 und in den Quartalen II/2003 bis IV/2003 mit 107 Arztpraxen ihrer Fachgruppe verglichen worden (Bl. 7, 14, 21, 28 d. Verw.-Akte). Die Vergleichsgruppe sei damit ausreichend groß, so dass mögliche Ausreißer statistisch nicht ins Gewicht fielen. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts seien sogar Vergleichsgruppen von lediglich acht Praxen möglich (vgl. BSG, Urteil vom 23.02.2005 - [B 6 KA 72/03 R](#) -, in: juris, Rn. 25, weitere Nachweise Rn. 22). Auch die Fallzahlen der klägerischen Praxis seien ausreichend groß zur Ermittlung verlässlicher statistischer Vergleichswerte. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten sei nur dann ausgeschlossen, wenn die Fallzahl des Arztes 20 Prozent des Fallzahldurchschnitts der Vergleichsgruppe nicht erreiche (vgl. BSG, Urteil vom 09.09.1998 - [B 6 KA 50/97 R](#) in: juris, Rn. 17 I). Im vorliegenden Fall würden die Fallzahlen des Fachgruppendurchschnitts von den Ärzten der klägerischen Gemeinschaftspraxis in jedem streitgegenständlichen Quartal erheblich überschritten (Quartal I/2003: 3.027 Fälle

der Ärzte, 1.507 Fälle der Fachgruppe; Quartal II/2003: 3.176 Fälle der Ärzte, 1.416 Fälle der Fachgruppe; Quartal III/2003: 3.078 Fälle der Ärzte, 1.376 Fälle der Fachgruppe; Quartal IV/2003: 2.962 Fälle der Ärzte, 1.511 Fälle der Fachgruppe). Anders als diese - ohne es für die streitgegenständlichen Leistungsvierteljahre tatsächlich zu substantiieren - meinten, ergebe sich die Notwendigkeit einer engeren Vergleichsgruppe weder unter dem Gesichtspunkt einer Gemeinschaftspraxis noch unter dem einer Landarztpraxis (vgl. Engelhard, in: Hauck/Noftz (Hrsg.), SGB V K § 106 Rn. 321 m.w.N., Stand: IV/08). Auch besondere Behandlungs- und Untersuchungsmethoden, die nach ärztlichem Berufsrecht zum Führen einer Zusatzbezeichnung (hier: Allergologie) berechtigten, machten die Bildung einer engeren Vergleichsgruppe nicht erforderlich (vgl. Engelhard, in: Hauck/Noftz (Hrsg.), SGB V, K § 106 Rn. 322 f. m.w.N.; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 19.03.1997 - L 5 KA 1202/95 -, in: juris, Rn. 31; Urteil vom 13.09.2000 - [L 5 KA 2287/00](#) -, in: juris, Rn. 64). Aus der bloßen Berechtigung zum Führen einer Zusatzbezeichnung könne nicht geschlossen werden, dass die betreffenden Ärzte ihre Tätigkeit auf einen Bereich konzentrierten, der durch die Zusatzbezeichnung erfasst werde, zumal die Verpflichtung fehle, nur in diesem Zusatzgebiet tätig zu werden (vgl. BSG, Urteil vom 11.12.2002 - [B 6 KA 1/02 R](#) -, in: juris, Rn. 25). Die Vergleichsgruppe müsse auch nicht auf diejenigen Hals-Nasen-Ohrenärzte beschränkt werden, die zugleich ambulante Operationen durchführten. Dies folge schon daraus, dass eine abgegrenzte Gruppe der HNO-Ärzte, die ambulante Operationen vornähmen, nicht mit hinreichender Genauigkeit gebildet werden könne. Es möge zwar HNO-Ärzte geben, die sich auf ambulante Operationen spezialisiert hätten. Andererseits hätten die Ärzte nicht substantiiert vorgetragen, sich genau darauf spezialisiert zu haben. Vielmehr hätten sie im Verwaltungsverfahren noch die Breite des Leistungsangebots ihrer Praxis betont. Die Breite des abgerechneten Leistungsspektrums stehe der Annahme einer Spezialisierung der Gemeinschaftspraxis entgegen, zumal weder vorgetragen noch ersichtlich sei, dass neben dem Kläger auch seine Praxispartnerin über eine Genehmigung zur Durchführung ambulanter Operationen verfüge. Außerdem nehme ein großer Teil der HNO-Ärzte (mehr als 20 Prozent, Bl. 34 d. SG-Akte) ambulante Operationen vor. Damit sei es unklar, ab welchem Operationsumfang die Grenze zwischen "normalen" HNO-Ärzten und solchen, die in erheblichem Umfang ambulante Operationen vornähmen, gezogen werden solle. Diese Umstände rechtfertigten es, die Gemeinschaftspraxis mit den allgemeinen HNO-Ärzten zu vergleichen (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 18.03.1998 - [L 5 KA 2439/96](#) -, in: juris, Rn. 42, für Orthopäden). Nicht zu beanstanden sei auch die vom Beklagten angewandte Prüfmethode "Randlage in der Normalverteilung" (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 18.3.1998 - [L 5 KA 2439/96](#) -, in: juris, Rn. 43). Ohne Verletzung des ihm zustehenden Ermessensspielraums habe der Beklagte bei den Überschreitungen des Gesamtfallwertes von 1,6 Sigma in jedem der streitgegenständlichen Quartale (Quartal I/2003: Überschreitung um 10 Prozent, Quartal II/2003: Überschreitung um 9 Prozent, Quartal III/2003: Überschreitung um 17 Prozent, Quartal IV/2003: Überschreitung um 24 Prozent) ein offensichtliches Missverhältnis angenommen. Werde dem statistischen Kostenvergleich die Methode "Randlage in der Normalverteilung" zugrunde gelegt, könne die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis rechtsfehlerfrei etwa ab einer Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts von 1,6 Sigma angesetzt werden (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 13.09.2000 - [L 5 KA 2287/00](#) -, in: juris, Rn. 65). Das Verbot der reformatio in peius stehe der Herabsetzung der Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis von 2,5 Sigma (Bescheid des Prüfungsausschusses vom 20.09.2006) auf 1,6 Sigma (Widerspruchsbescheid des Beschwerdeausschusses vom 18.04.2007) nicht entgegen. Das Verbot, die im Verwaltungsverfahren gesetzten Rechtsfolgen eines Verwaltungsaktes auf den Widerspruch des Adressaten hin belastender zu gestalten, werde durch die Herabsetzung des Grenzwertes nicht berührt. Denn die mit Bescheid des Prüfungsausschusses vom 20.09.2006 gesetzte Rechtsfolge eines Regresses in Höhe von 47.184,58 Euro werde durch die Zurückweisung des Widerspruchs mit Widerspruchsbescheid vom 18.04.2007 nicht zu Lasten der Kläger verbösert, sondern bestätigt. Die Festsetzung des Grenzwertes, bei dessen Überschreitung Unwirtschaftlichkeit anzunehmen sei, stelle für sich betrachtet keine eigenständige Regelung, sondern ein unselbständiges Begründungselement des Regresses dar. Die Ärzte würden durch den Widerspruchsbescheid des Beklagten vom 18.04.2007 nicht mehr beschwert als durch den Bescheid des Prüfungsausschusses vom 20.09.2006. Gegenüber dem Vorliegen eines offensichtlichen Missverhältnisses und der Schlussfolgerung, dass ein unwirtschaftlicher Mehraufwand gegeben sei, könnten sie sich nicht mit Erfolg auf Praxisbesonderheiten oder kompensierende Einsparungen berufen. Das Vorbringen des Arztes zu Praxisbesonderheiten und kompensierenden Einsparungen müsse schon im Verwaltungsverfahren vorliegen. Erst später erhobene Einwendungen gegen den Vorwurf unwirtschaftlichen Mehraufwandes blieben grundsätzlich unberücksichtigt. Ein substantiiertes Vorbringen erfordere darüber hinaus konkrete Darlegungen (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 17.4.1996 - [L 5 Ka 2147/95](#) -, in: juris, Rn. 25). Es sei nämlich grundsätzlich Sache des Vertragsarztes, den durch die Feststellung eines offensichtlichen Missverhältnisses erbrachten Anscheinsbeweis der Unwirtschaftlichkeit seines Verhaltens durch die Geltendmachung von Praxisbesonderheiten oder kompensatorischen Minderaufwendungen zu widerlegen. Ihn treffe hinsichtlich der Einwendungen die Darlegungslast. Die zumutbaren Ermittlungsmöglichkeiten des Beklagten im Rahmen der Amtsermittlungspflicht endeten dort, wo Tatsachen beurteilungsrelevant würden, die mit den nicht von außen erkennbaren individuellen Praxisgegebenheiten des Vertragsarztes zusammenhingen. Alle bedeutsamen Umstände des Praxisbetriebes und die Zusammensetzung der Patientenschaft müssten vom Vertragsarzt vorgetragen werden. Behauptungen reichten dafür nicht aus. Die Prüfgänge müssten nicht in die Praxis hinein ermitteln. Die Mitwirkungspflicht des Vertragsarztes sei gerichtet auf die umfassende Darlegung aller internen Umstände nebst deren vollständiger Verifizierung (vgl. Hessisches LSG, Urteil vom 07.07.2010 - [L 4 KA 99/09](#) -, in: juris, Rn. 37). Sei der Anscheinsbeweis der Unwirtschaftlichkeit erbracht, habe nunmehr der betroffene Arzt darzulegen und die Beweislast dafür zu tragen, dass gleichwohl von wirtschaftlicher Behandlungsweise auszugehen sei (vgl. BSG, Urteil vom 16.07.2003 - [B 6 KA 45/02 R](#) -, in: juris, Rn. 26 m.w.N.; ebenso § 16 Nr. 6 der im streitgegenständlichen Zeitraum gültigen Prüfvereinbarung). Die erforderliche substantiierte Darlegung von Praxisbesonderheiten oder kompensatorischen Einsparungen könne insbesondere wegen des den Prüfgremien zustehenden Ermessensspielraums, aber auch wegen der gesamten Struktur des Verfahrens zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit vertragsärztlicher Leistungserbringung in zeitlicher Hinsicht nur im Verwaltungsverfahren bis zur Entscheidung des Beschwerdeausschusses erfolgen und im Gerichtsverfahren nicht nachgeholt werden (vgl. Hessisches LSG, Urteil vom 07.07.2010 - [L 4 KA 99/09](#) -, in: juris, Rn. 37). Über die vom Beklagten vorgenommene Bereinigung des Gesamtfallwertes um Notfallabrechnungen hinaus fehle es vorliegend an jeglicher hinreichend substantiierten Darlegung von Praxisbesonderheiten oder kompensatorischen Einsparungen in den Prüfverfahren. Die generelle Bezugnahme (Widerspruchsbegründung vom 12.03.2007, Bl. 86 d. Verw.-Akte) auf die Stellungnahme von Dr. B. reiche nicht aus. Da sich diese auf Abrechnungsquartale des Jahres 2001 beziehe, erlaube diese keine Rückschlüsse auf den hier streitgegenständlichen Zeitraum des Jahres 2003. Die Überprüfung der vertragsärztlichen Behandlungsweise und damit auch eine etwaige Anerkennung von Praxisbesonderheiten erfolge quartalsbezogen (vgl. BSG, Urteil vom 09.09.1998 - [B 6 KA 20/98 B](#) -, in: juris, Rn. 8 m.w.N.). Daraus sei abzuleiten, dass ein für ein Quartal erg gehender Prüfbescheid keine Bindungswirkung für spätere Quartale entfalten könne. Im Übrigen stünde der Bindung an Prüfbescheide aus vorangegangenen Quartalen entgegen, dass sich sowohl die Verhältnisse der Praxis des zu prüfenden Arztes als auch die in den Praxen der Vergleichsgruppen ändern könnten. Der Umstand, dass ein Vertragsarzt in Quartalen, die den nunmehr streitbefangenen Quartalen vorausgegangen seien, nicht mit Regressen belegt worden sei, rechtfertige danach keinen Vertrauensschutz darauf, dass mit entsprechenden Maßnahmen in künftigen, hier streitgegenständlichen Quartalen nicht zu rechnen wäre (vgl. BSG, a.a.O.). Die Ärzte hätten im vorliegenden Fall Praxisbesonderheiten bloß behauptet, nicht aber substantiiert dargelegt. Es fehle jeglicher Vortrag dazu, aufgrund welcher Tatsachen in den streitgegenständlichen Quartalen des Jahres 2003 besondere, einen höheren Behandlungsaufwand

rechtfertigende Umstände vorliegen sollten, die für die zum Vergleich herangezogenen Ärzte untypisch seien. Sie hätten nicht ansatzweise vorgetragen, inwieweit sich aus ihrem Leistungsspektrum bzw. den von ihnen abgerechneten Leistungen eine schwerpunktmäßige Tätigkeit ergeben solle. Ebenso wenig hätten sie mit Blick auf kompensierende Einsparungen substantiiert dargelegt, dass die Aufwendungen in dem geltend gemachten Einsparungsbereich geringer als beim Durchschnitt der Fachgruppe seien und dass diese Einsparungen durch den beanstandeten Mehraufwand kausal bedingt seien (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 11.10.2005 - [B 6 KA 5/05 B](#) -, in: juris, Rn. 11). Schließlich sei auch die Kürzung des budgetierten Honorars um den Betrag, den die gekürzten Leistungen unter Budgetbedingungen gehabt hätten, nicht zu beanstanden (vgl. BSG, Urteil vom 5.11.2003 - [B 6 KA 55/02 R](#) -, in: juris, Rn. 18).

Gegen dieses ihm am 05.10.2011 zugestellte Urteil hat der Kläger am 04.11.2011 Berufung beim Landessozialgericht eingelegt und vorgetragen, es sei eine statistische Vergleichsprüfung nach der Methode "Randlage in der Normalverteilung" erfolgt, bei der eine Normalverteilung nur gegeben sei, wenn die Streubreite (Standardabweichung) nicht mehr als 50 % des arithmetischen Mittels (Fachgruppendurchschnitt) betrage (vgl. Spellbrink, Wirtschaftlichkeitsprüfung im Kassenarztrecht 94, Randnr. 559; Urteil des LSG Bad.-Württ. vom 01.10.1997, Bl. 8). Im vorliegenden Fall sei die Streubreite aber größer als 50 % des arithmetischen Mittels, weshalb ein statistischer Kostenvergleich in diesem Fall nach der Methode Randlage in der Normalverteilung ausgeschlossen sei. Könne eine statistische Vergleichsprüfung nicht durchgeführt werden, habe nach § 22 Abs. 4 der Prüfvereinbarung vom 30.06.1993 eine repräsentative Einzelfallprüfung zu erfolgen. Dies sei unterblieben. Es habe sich zudem eine auf den Gesamtfallwert beschränkte Wirtschaftlichkeitsprüfung verboten. Das SG verkenne weiter, dass der Beklagte sein Beurteilungsmessen fehlerhaft ausgeübt habe, denn der vorliegende Fall lasse eine intellektuelle Betrachtung vermissen. Er sei zu Unrecht mit der Gruppe der Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde verglichen worden. Es sei schlicht unzutreffend, wenn das Gericht ausführe, die Gemeinschaftspraxis habe in den streitgegenständlichen Quartalen 1/03 bis 4/03 das typische Leistungsspektrum dieser Fachgruppe abgerechnet. Er habe im Detail dargestellt, inwiefern er sich gravierend von der Fachgruppe der HNO-Ärzte unterscheide. Die Praxis habe in dem hier streitgegenständlichen Jahr 2003 mithin in 4 Quartalen, insgesamt 185 belegärztliche Operationen, 72 ambulante Operationen, 2554 Hyposensibilisierungen und 875 Notfallbehandlungen durchgeführt. Für die ambulanten Operationen folge dies aus den Nummern 1485, 1556 EBM. Für Hyposensibilisierungen folge es aus den Nummern 359 EBM und für die Notfälle folge dies schließlich aus den Nummern 5 und 6 EBM. Im Rahmen ihres Beurteilungsmessens und der Verpflichtung zur intellektuellen Gesamtbetrachtung seien sowohl der Beklagte als auch das Gericht 1. Instanz verpflichtet gewesen, die mehrfach schriftsätzlich vorgetragenen vorbezeichneten Praxisbesonderheiten zu validieren und anzuerkennen. Sämtliche diesbezüglichen Verordnungen hätten als Praxisbesonderheiten anerkannt und vor der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise herausgerechnet werden müssen. Es sei gewiss richtig, wenn das SG ausführe, dass auch andere HNO-Ärzte belegärztliche Operationen, ambulante Operationen, Hyposensibilisierungen und Notfälle durchführten bzw. behandelten, aber es verkenne, in welchem massiv gesteigerten Umfang er diesbezüglich sehr spezialisiert die vorbezeichneten Leistungen erbringe. Auf Grund dessen sei er auch hinsichtlich seines Abrechnungsverhaltens mit der Fachgruppe der HNO-Ärzte schlicht und ergreifend nicht zu vergleichen. Die zumutbaren Ermittlungsmöglichkeiten der Beklagten im Rahmen der Amtsermittlungspflicht beinhalteten diese Untersuchungen, denn er habe als originäre Aufgabe zu vergleichen, wie häufig die vorbezeichneten Leistungsziffern des EBM in den entsprechenden Quartalen von ihm im Vergleich zur Fachgruppe abgerechnet würden. Dies vermöge er nicht im Detail vorzutragen, da ihm nicht bekannt sei, in welchem Umfang die Fachgruppe eine bestimmte Leistungsziffer abrechne. Es werde von dem Prüfungsorgan auch nicht verlangt, "in die Praxis hinein" zu ermitteln. Die vorliegenden Praxisbesonderheiten fielen bei der Grundkontrolle der Honorarabrechnungen anhand der einzelnen Leistungsziffern sofort ins Auge. Selbstverständlich fänden die Feststellungen von Dr. B. zu den Abrechnungen im Jahre 2001 keine unmittelbare Anwendung auf das Abrechnungsverhalten im Jahre 2003. Der Beklagte habe jedoch bei sachgerechter Ausübung seines Beurteilungsmessens und intellektueller Gesamtbetrachtung zu überprüfen, ob die Feststellungen des Sachverständigen hinsichtlich der Abrechnung im Jahr 2001 auch hinsichtlich des Jahres 2003 zutreffend seien, was der Fall sei. Sodann lasse das SG die Entscheidung des LSG Darmstadt vom September 2007 - Az. [L 4 KA 23/05](#) - außer Acht, in welcher das Gericht die Spezialisierung des dortigen HNO-Arztes auf die Durchführung spezifischer Immuntherapien und ambulanter Operationen als Praxisbesonderheit anerkenne. Das Urteil erkenne damit insbesondere die Hyposensibilisierungstherapien als Praxisbesonderheiten an. Bei ihm sei neben der Wirtschaftlichkeitsprüfung zum Honorar in den Jahren 2006, 2007 und 2008 auch eine Wirtschaftlichkeitsprüfung Arznei- und Verbandmittel durchgeführt worden. Die vermehrte Verordnung von Antibiotika anlässlich zahlreicher Notdienste und die Kosten der Hyposensibilisierungstherapien seien dabei vollumfänglich als Praxisbesonderheiten anerkannt worden. Die vermehrte Verordnung von Hyposensibilisierungs-medikamenten und von Antibiotika resultiere aus der stark erhöhten Anzahl entsprechender Behandlungsfälle. Auf Grund dessen würden in vermehrtem Umfang Arzneimittel verordnet und aus dem gleichen Grunde erfolgten vermehrte Honoraranforderungen. Die vermehrten Honoraranforderungen auf Grund einer stark überhöhten Anzahl von Hyposensibilisierungstherapien, dem Notdienst und den Operationen folge auch unschwer aus den entsprechenden Gebührenordnungspositionen, die vorstehend bezeichnend seien. Schließlich würdige das Gericht nicht hinreichend den organisierten Notdienst, an dem er teilnehme und der natürlich neben den Notfallbehandlungen selbst, die als Praxisbesonderheit anerkannt worden seien, auch dazu führe, dass eine Vielzahl von Patienten dauerhaft in der Praxis verblieben. Eben auf Grund des organisierten Notdienstes komme es vermehrt zu Akutfällen, wie Hörstürzen, Schwindelbeschwerden, akutem Tinnitus sowie Abszessen im Bereich der Tonsillen und zu akuten Nebenhöhlenentzündungen. Bei diesen Erkrankungen seien antibiotische und durchblutungsfördernde Infusionen nötig. Dies erfasse im damaligen EBM die Ziff. 173. Eben wegen der Notfälle komme es auch zu einer erhöhten Anzahl von Patienten mit Nasenbluten, die sich auch nach der Primärversorgung wieder vorstellten. Auf Grund der vermehrten Hörstürze und Schwindelpatienten würden die Ziffern 1585 und 1587 EBM 1996 abgerechnet. Schließlich erkläre sich das hohe Aufkommen von Hyposensibilisierungstherapien durch seine hohe Spezialisierung insbesondere seine Spezialisierung im Bereich der Allergologie. Natürlich vermöge die Allergologie als Zusatzbezeichnung selbst keine Praxisbesonderheit zu begründen, aber die vermehrte Anzahl der Hyposensibilisierungspatienten tue dies. Der Beklagte hätte den auf die vorbezeichneten Praxisbesonderheiten entfallenden Kostenanteil von dem Gesamtfallwert abziehen müssen und ausgehend von dem verbleibenden Fallwert die jeweilige Überschreitung im Verhältnis zum Fachgruppendurchschnitt ermitteln müssen. Es werde erneut auf den im erstinstanzlichen Verfahren vorgelegten Beitrag "Regress wegen Hyposensibilisierung rechtswidrig" aus der Zeitschrift HNO-Nachrichten 2008, Seiten 52 und 53 sowie auf das Urteil des LSG Darmstadt - Az. [L 4 KA 23/05](#) - Bezug genommen. Schließlich werde darauf hingewiesen, dass er stets leitlinienkonform verordnet habe, weshalb eine unwirtschaftliche Verordnung ausgeschlossen sei. Es werde verwiesen auf das Urteil des BSG - Az. [B 6 KA 7/06](#) -. Schließlich werde auf die zwei Behindertenheime in M. und Sch. hingewiesen, die seit Jahrzehnten von ihm medizinisch betreut würden sowie darauf, dass die Honorarkürzungen im vorliegenden Fall und die Arzneimittelkürzungen in den letzten Jahren ihn auf die Dauer dazu zwingen würden, seinen Notdienst einzustellen, obwohl er medizinisch unbedingt benötigt werde. Sofern das Gericht ausführe, er sei mit HNO-Ärzten, die ambulante Operationen in vergleichbarem Umfang durchführten, nicht zu vergleichen, da eine solche spezielle Fachgruppe nicht existiere, werde darauf hingewiesen, dass dann eine Einzelfallprüfung hätte erfolgen müssen. Beigefügt wurde eine Verlaufskurve zur Hyposensibilisierungstherapie aus der sich eine Compliance von 80 % in den ersten 18 Monaten und eine solche von bis zu 60 % in den

Monaten 31-36 ergebe. Die Erfolgsquote der Therapie sei daher sehr hoch und erspare erhebliche Kosten bei der Folgemedikation, insbesondere bei der Medikation mit Rupafin und Liponsal, die als kompensatorische Einsparungen berücksichtigt hätten werden müssen.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 23.09.2011 und den Bescheid des Beklagten vom 18.4.2007 aufzuheben.

Der Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Er ist der Ansicht, dass eine Vergleichbarkeit in der Fachgruppe vorgelegen habe und Praxisbesonderheiten und/oder kompensierende Einsparungen weder ausreichend substantiiert vorgetragen noch sonst wie ersichtlich seien. Zu Recht habe das SG auch auf den Beurteilungsspielraum und die Ermessensausübung hingewiesen und insbesondere zutreffend festgestellt, dass eine überdurchschnittlich große Praxis (mit entsprechenden "Verdünnerefällen") vorliege und trotz unterdurchschnittlichen Rentneranteils eine deutliche Überschreitung im Arzneimittel- und Heilmittelverordnungsbereich vorliege. Auch diesen Feststellungen könne die Klägerseite nicht substantiiert entgegenreten. Soweit der Kläger ausführe, er habe im Rahmen seiner "Amtsermittlungspflicht" das Abrechnungsverhalten genauer analysieren und die Ansatzhäufigkeit der Praxis derjenigen innerhalb der Fachgruppe gegenüberstellen müssen, weil dem Kläger nicht bekannt sei, "in welchem Umfang die Fachgruppe eine bestimmte Leistungsziffer abrechnet", sei dies unrichtig: Dem Kläger stünden im Zusammenhang mit der Honorarabrechnung die Anzahlstatistiken sämtlicher streitgegenständlicher Quartale zur Verfügung. Dort seien die Ansatzhäufigkeiten der einzelnen Abrechnungsziffern im Einzelnen sowohl individualisiert für die Praxis, als auch für die Fachgruppe absolut und prozentual angegeben. Unzutreffend sei auch der Hinweis auf eine angeblich inhomogene Vergleichsgruppe, was aus der Heranziehung des Variabilitätskoeffizienten abzuleiten sei: Der Variabilitätskoeffizient müsse für die Annahme einer ausreichenden Homogenität der Vergleichsgruppe unter 50 % liegen. Er ergebe sich aus der Division der Standardabweichung durch den Mittelwert in Prozent. Bezogen auf das 1. Quartal 2003 ergebe sich bei einem Wert der einfachen Standardabweichung (1 S) von 131,8 und einem Mittelwert in der Fachgruppe (952,7) ein Koeffizient von 13,83 %, sodass von einer entsprechenden Homogenität auszugehen sei. Entsprechende, deutlich unter 50 % liegende Werte ergäben sich für die streitgegenständlichen Folgequartale. Zu Recht habe das SG festgestellt und gewürdigt, dass sich das Leistungsspektrum der klägerischen Praxis nicht von dem Leistungsspektrum in der Vergleichsgruppe signifikant unterscheide: Die Praxis rechne ein breites Leistungsspektrum der in Betracht kommenden fachgruppentypischen Abrechnungsziffern ab. Zum "Kernbereich" von Leistungen in der Fachgruppe rechneten insbesondere auch ambulante Operationen, Desensibilisierungsbehandlungen und/oder Notdienstteilnahme. Zugestandene Verordnungsvolumina im Rahmen eventueller Richtgrößenregresse erlaubten keinen Rückschluss auf Behandlungsnotwendigkeiten im Sinne einer Praxisbesonderheit. Abgesehen davon habe die Klägerseite hierzu nicht substantiiert vorgetragen und keine aussagekräftigen Nachweise vorgelegt, aus denen er hätte erkennen müssen, dass aus der Morbiditätsstruktur der Patienten herrührende Umstände vorlägen, die atypischen Behandlungsbedarf bedingten. Zu den behaupteten kompensatorischen Einsparungen fehle jeder Vortrag zu Art und Umfang etwaiger Einsparungen. Der methodische Zusammenhang mit dem Mehraufwand, die medizinische Gleichwertigkeit und die kostenmäßige Einsparung hätten dargelegt und nachgewiesen werden müssen (dazu im Einzelnen BSG, Urteil vom 05.11.1997, AZ: 6 R Ka 1/97). Schließlich seien etwaige Feststellungen und Prüfaussagen für Vorquartale (Stellungnahme Dr. B.) für nachfolgende Quartale nicht relevant. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung erfolge quartalsbezogen und jeweils unter Berücksichtigung eines etwa variierenden Abrechnungsverhaltens sowohl beim geprüften Arzt wie innerhalb der homogenen Fachgruppe. Hier seien Abrechnungsfaktoren innerhalb des jeweils konkreten Behandlungsfalles (unter anderem medizinische Notwendigkeit) zu berücksichtigen, die es nicht erlaubten, eine generalisierende Betrachtung aufgrund des Behandlungsverhaltens in den Vorquartalen anzustellen. Im streitgegenständlichen Zusammenhang gehe es auch nicht (mehr) um die Frage der Durchführung einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung und/oder die Frage, ob und in wie weit eine Kürzung unter Budgetbedingungen noch statthaft sei. Die beiden letzteren Gesichtspunkte habe der Gutachter Dr. B. in seiner Stellungnahme vom 23.06.2006 für die Abrechnungsprüfung der Vorquartale 3 und 4/2001 in das Zentrum seiner Überlegungen gestellt. Diese Fragestellungen seien im vorliegenden Zusammenhang nicht streitrelevant.

Die Beigeladenen haben sich im Berufungsverfahren nicht geäußert und keine Anträge gestellt.

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:

I.

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 der Vertragsarztrechts handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz, SGG). Streitgegenstand ist allein der Bescheid des Beklagten (Beschwerdeausschuss, vgl. BSG, Urt. v. 29.6.2011, - [B 6 KA 16/10 R](#) -).

Die Berufung des Klägers ist gem. [§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) bei einem mit der Klage angefochtenen Kürzungsbetrag von insgesamt 47.184,58 EUR ohne Zulassung durch das Sozialgericht statthaft und gem. [§ 151 SGG](#) auch sonst zulässig.

Gegenstand des Rechtsstreits ist der Widerspruchsbescheid des Beklagten.

Da nur noch der Kläger das Verfahren im Berufungsverfahren weiter betreibt, stellt sich hier nicht die Frage, ob die Mitglieder der Gemeinschaftspraxis im Rubrum als Gemeinschaftspraxis zu führen sind. Die Befugnis des Klägers, sowohl die Berufung als auch die zugrunde liegende Anfechtungsklage allein zu führen, ist nicht zweifelhaft. Er ist persönlich haftender Schuldner für Forderungen gegen die Gemeinschaftspraxis, die sich z.B. im Falle unwirtschaftlichen Behandlungs- oder Ordnungsverhaltens von Praxispartnern ergeben. Als Gesellschafter muss er für solche Forderungen gegen die Gemeinschaftspraxis auch in eigener Person eintreten. Er kann Forderungen, die gegenüber der Gemeinschaftspraxis geltend gemacht werden, wahlweise zusammen mit seinen Praxispartnern gemeinschaftlich abwehren, oder er kann sie - sowohl wenn sie nur gegenüber der Gemeinschaftspraxis als auch wenn sie auch ihm selbst gegenüber geltend gemacht

werden - allein abwehren. Aus der Befugnis, eigenständig zu handeln, folgt zugleich, dass der Mitgesamtschuldner weder als sogenannter notwendiger Streitgenosse einbezogen noch notwendig beigeladen werden muss (vgl. BSG, Urteil vom 03.02.2010 - [B 6 KA 37/08 R](#) -, m.N. veröffentlicht in Juris).

II.

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

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 kompensierende 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.).

Nach diesen Grundsätzen haben die Prüfungsgremien die Leistungserbringung des Klägers in den Quartalen I/2003 bis IV/2003 zu Recht der Wirtschaftlichkeitsprüfung unter Anwendung der Prüfmethode der statistischen Vergleichsprüfung unterzogen. Sie haben die Maßgaben des [§ 106 SGB V](#) und der einschlägigen Prüfvereinbarung beachtet.

Der Beklagte ist bei dem statistischen Vergleich hier zu Recht von der Gruppe der Hals-Nasen-Ohrenärzte ausgegangen. Der Kläger und seine Praxispartnerin sind als Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und haben damit dieser Fachgruppe angehört. Die Fachgruppe bildet grundsätzlich die geeignete ([BSGE 62, 24, 27](#)) und im vorliegenden Fall mit über hundert Ärzten auch ausreichend große Vergleichsgruppe für die Annahme einer Normalverteilung.

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). Der Bildung einer engeren - verfeinerten - Vergleichsgruppe bedarf es nur, wenn die Struktur der Praxis des geprüften Arztes sowohl hinsichtlich der Zusammensetzung des Patientenkontingents 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, 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. Zwar führt der Kläger die Zusatzbezeichnung Allergologe und hat eine Genehmigung für ambulantes Operieren. Allein hieraus können jedoch keine Schlüsse auf das Patientengut gezogen werden. Einen entsprechenden Praxisschwerpunkt hat der Kläger, der die Breite des Leistungsangebots betont, selbst nicht substantiiert dargelegt. Sein Vortrag lässt eine hinsichtlich der Gesamtpunktzahl relevante Spezialisierung ggf. mit mehreren Schwerpunkten nicht hinreichend erkennen. Der Kläger hat lediglich die nicht bestrittene Häufigkeit von Hyposensibilisierungen und die Anzahl der Operationen mitgeteilt und dargelegt, dass diese zusammen mit den

Notfallbehandlungen (s. dazu unten) wesentliche Ursache der Überschreitung des Gesamtfallwerts seien. Die Besonderheiten seines Patientengutes, die ihm bei der Dichte der Erbringung von Hyposensibilisierungen (GNr 359 EBM im Quartal I und IV bei 32 bzw. 33 von hundert Patienten) hätten präsent sein müssen, hat er nicht nachprüfbar dargelegt. Für die Praxiskollegin sind keine Besonderheiten erkennbar und vorgetragen. Weiterhin werden die Nummern 1485 EBM (Adenotomie) und 1556 EBM (Parazentese) von der klägerischen Praxis nicht signifikant häufiger als von den erbringenden Vergleichspraxen abgerechnet, wobei sie von fast einem Viertel bzw. 7/10 der Vergleichspraxen erbracht werden. Auffällig sind dagegen die GNr. 273 (Infusion), die GNr. 1412 EBM (Nase, operativer Eingriff) und die GNr. 1587 EBM (Zuschlag zu GNr 1585 - Gleichgewichtsprüfung), die in das bedarfsabhängige Zusatzbudget Otoneurologie falle. Die deutlich dichtere Erbringung dieser Leistungen, die vom größten Teil bzw. fast allen Vergleichspraxen abgerechnet werden, lässt sich schon in Anbetracht der großen Patientenzahl der klägerischen Praxis nicht mit der Weiterbehandlung von Notfallpatienten erklären.

Auch die gewählte Prüfmethode des Vergleichs der Gesamtfallwerte des Vertragsarztes mit denen der Fachgruppe, der er angehört, nach dem Verfahren der Randlage in der Normalverteilung ist grundsätzlich nicht zu beanstanden.

Bei der Entscheidung, ob der Vergleichsprüfung die Gesamtfallwerte oder nur der Aufwand in einzelnen Leistungssparten oder bei bestimmten Einzelleistungen zugrunde gelegt werden, steht den Prüfgremien grundsätzlich ein Beurteilungsspielraum zu (BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr. 54](#) S. 300). Auch unter Berücksichtigung des damit begrenzten Umfangs der gerichtlichen Überprüfung dieser Entscheidung ist zu beachten, dass nach der Rechtsprechung des BSG die ärztliche Behandlung sowohl insgesamt als auch in jedem Teilbereich wirtschaftlich sein müsse, 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).

Gibt es, wie hier, im Rahmen der Vorprüfung signifikante Überschreitungen (vgl. § 8 Nr. 2 a bis c) sowohl beim Gesamtfallwert, als auch in Sparten und bei Einzelleistungen, erscheint unter dem Gesichtspunkt der "Gesamtwirtschaftlichkeit" ein Gesamtfallwertvergleich nahe liegend. Wohingegen Sparten- und Einzelleistungsvergleiche insbesondere dann in Betracht kommen, wenn offensichtliche oder bei Durchführung der Prüfmethode festgestellte Unwirtschaftlichkeiten in einzelnen Leistungssparten oder bei bestimmten Leistungspositionen bestehen, der Gesamtfallwert jedoch nicht die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis überschreitet. Insofern war hier für die Wahl der Gesamtfallwertprüfung offensichtlich maßgeblich, dass eine Überschreitung des Gesamtfallwerts um mehr als 2,5 s vorlag. Dies ist grundsätzlich nicht zu beanstanden. Nur deshalb, weil eine Überschreitung der Grenze des offensichtlichen Missverhältnisses beim Gesamtfallwert im wesentlichen auf die Überschreitungen bei bestimmten Einzelleistungen zurückzuführen war, musste der Beklagte den Vergleich nicht auf Gruppen- oder Einzelleistungen beschränken. Weiterhin wird im Widerspruchsbescheid ausgeführt (S. 9), dass die Kürzung beim Gesamthonorar zu Gunsten der Ärzte beschlossen worden sei, weil die Kürzungen bei den einzelnen vier auffälligen Leistungssparten wesentlich höher ausgefallen wären.

Die Vergleichsgruppe war auch ausreichend homogen. Dies ist der Fall, wenn die Streubreite (Standardabweichung) nicht mehr als 50 % des arithmetischen Mittels (Fachgruppendurchschnitts) beträgt (vgl. Spellbrink, Wirtschaftlichkeitsprüfung im Kassenarztrecht, RdNr. 559). In den streitigen Quartalen I/2003 bis IV/2003 hat beim Gesamtfallwert die einfache Standardabweichung 131,8 Punkte, 118,0 Punkte, 103,8 Punkte, und 125,2 Punkte und die durchschnittliche Fallpunktzahl je Fall der Fachgruppe 952,7 Punkte, 926,5 Punkte, 909,6 Punkte und 942,8 Punkte betragen. Die Standardabweichung hat damit 13,83 %, 12,74 %, 11,41 % und 13,28 % des Fachgruppendurchschnitts betragen, so dass von einer Normalverteilung ausgegangen werden konnte.

Auch bei der Festlegung des offensichtlichen Missverhältnisses haben die Prüfgremien einen Beurteilungsspielraum (BSG, Urteil vom 19.10.2011 - [B 6 KA 38/10 R](#) - veröffentlicht in juris). 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 Einzelleistungswerte dementsprechend 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 ab einer Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts von 1,6 Sigma angesetzt werden (Gaus, aaO, S. 9).

Der Beklagte hat bei Zugrundelegung der Methode der "Randlage in der Normalverteilung" seinen Beurteilungsspielraum auch nicht dadurch überschritten, dass er beim Vergleich der Gesamtleistungswerte des Klägers mit den Durchschnittswerten der Fachgruppe der Hals-Nasen-Ohrenärzte die Grenze des offensichtlichen Missverhältnisses von ursprünglich 2,5 s auf 1,6 s herabgesetzt hat. Der Beklagte hat in der Widerspruchscheidung die Grenze für ein offensichtliches Missverhältnis auf D+1,6 s herabgesetzt und ausgeführt, den von den Ärzten geltend gemachten häufigeren Notdiensten und der dadurch bedingten Häufung von akuten Notfällen in der Landarztpraxis habe er insoweit Rechnung getragen, als er die gesamte Notfallabrechnung aus dem Gesamthonorar herausgerechnet und danach einen neuen Fallwert gebildet habe. Anschließend habe er aufgrund der gängigen Rechtsprechung und seiner Erfahrungswerte die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis bei 1,6 s festgelegt. Diese Grenze werde weiterhin überschritten. Dies belege, dass der Prüfungsausschuss mit der zunächst zugestandenen Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis auf Fachgruppendurchschnitt plus 2,5 s die ländliche Lage der Praxis mit häufigeren Notdiensten sehr großzügig bemessen habe. Die Grenze des offensichtlichen Missverhältnisses durch den Prüfungsausschuss von 2,5 s stelle deshalb ein Entgegenkommen gegenüber den geprüften Ärzten dar, weil das BSG die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis bei der Gesamtfallwertbetrachtung zwischen 1,3 s und 1,6 s angesiedelt habe. Mit dieser Einschätzung hat der Beklagte seinen Beurteilungsspielraum nicht überschritten.

Damit ist nicht zu beanstanden, dass der Beklagte aus der Überschreitung der Grenze von D+1,6 s nach Abzug der für den Notfalldienst abgerechneten Punkte den Schluss auf eine unwirtschaftliche Behandlungsweise gezogen hat. Es ist davon auszugehen, dass die klägerische Praxis damit nach Kürzung noch in einer Gruppe von unter 6% liegt; d.h. es rechnen mehr als 94,6 % der Ärzte in der

Vergleichsgruppe weniger Punkte pro Fall ab, als dem Kläger verbleiben.

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 zu Lasten des Klägers gehende 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 ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Zu ergänzen ist lediglich, dass die Betreuung von Behindertenheimen von den Prüfgremien schon deswegen nicht zu berücksichtigen war, weil daraus Besonderheiten im Abrechnungsverhalten des Klägers weder von diesem vorgetragen worden sind noch sich der Sache nach ergeben. Ein Zusammenhang mit den hier in Rede stehenden Leistungsüberschreitungen, insbesondere bei Hyposensibilisierungen oder Operationen ist nicht ersichtlich und auch die unterdurchschnittlichen Fallwerte in der Leistungsgruppe Besuche in allen vier Quartalen sprechen dagegen, dass sich hieraus Praxisbesonderheiten ergeben. Soweit der Kläger geltend macht, dass er und seine Praxispartnerin ihre Patienten rund um die Uhr und auch an Wochenenden betreuten, kann auch dieses in einem auf den Fallwert bezogenen Vergleich eine Besonderheit nicht begründen.

Der Beklagte hat schließlich 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. 23.02.2005, - [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 vergütet 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 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 20.9.2006 nicht zu beanstanden. Dies hat das SG zutreffend erkannt, weswegen die Berufung des Klägers keinen Erfolg haben konnte.

III.

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 (insbesondere) 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