

L 11 KA 62/08

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

11
1. Instanz
SG Dortmund (NRW)

Aktenzeichen
S 9 KA 51/03

Datum
27.11.2007

2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen

L 11 KA 62/08

Datum
13.04.2010

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie
Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 27.11.2007 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

I.

Der als Facharzt für Orthopädie in E niedergelassene und an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Kläger wendet sich gegen den Beschluss des Beklagten vom 14.05.2003, mit dem gegen ihn Regresse wegen veranlasster physikalisch-medizinischer Leistungen (vpml) für die Quartale I/1998 bis IV/2000 und Arzneikostenregresse für die Quartale I/1998 bis IV/1999 sowie für die Quartale II/2000 und III/2000 festgesetzt worden sind.

Auf Anträge der Krankenkassen /-verbände setzte der Prüfungsausschuss II der Ärzte und Krankenkasse folgende Regresse gegen den Kläger fest:

Quartal I/1998:

Antrag vom 10.03.1999 / Beschluss vom 12.09.2001: 50 % von den Kosten für vpml wegen einer Abweichung vom Arztgruppendurchschnitt i.H.v. 221,1 % = 59.564,73 DM

Quartal II/1998:

Antrag vom 21.06.1999 / Beschluss vom 12.09.2001: 55 % von den Kosten für vpml wegen einer Abweichung vom Arztgruppendurchschnitt i.H.v. 267,5 % = 75.401,43 DM

Quartal III/1998:

Antrag vom 24.09.1999 / Beschluss vom 12.09.2001: 50 % von den Kosten für vpml wegen einer Abweichung vom Arztgruppendurchschnitt i.H.v. 236,2 % = 73.936,93 DM

Quartal IV/1998:

Antrag vom 22.12.1999 / Beschluss vom 12.09.2001: 55 % von den Kosten für vpml wegen einer Abweichung vom Arztgruppendurchschnitt i.H.v. 261,5 % = 90.071,99 DM

Quartal I/1999:

Antrag vom 22.03.2000 / Beschluss vom 03.09.2002: 62,5 % von den Kosten für vpml wegen einer Abweichung vom Arztgruppendurchschnitt i.H.v. 328,7 % = 118.134,47 DM

Quartal II/1999:

Antrag vom 28.06.2000 / Beschluss vom 03.09.2002: 60 % von den Kosten für vpml wegen einer Abweichung vom Arztgruppendurchschnitt i.H.v. 294,3 % = 94.751,36 DM

Quartal III/1999:

Antrag vom 22.09.2000 / Beschluss vom 03.09.2002: 67,5 % von den Kosten für vpml wegen einer Abweichung vom

Arztgruppendurchschnitt i.H.v. 382,3 % = 122.935,98 DM

Quartal IV/1999:

Antrag vom 19.12.2000 / Beschluss vom 03.09.2002: 60 % von den Kosten für vpml wegen einer Abweichung vom Arztgruppendurchschnitt i.H.v. 306,3 % = 103.764,86 DM

Quartal I/2000:

Antrag vom 20.03.2001 / Beschluss vom 03.09.2002: 70 % von den Kosten für vpml wegen einer Abweichung vom Arztgruppendurchschnitt i.H.v. 420,3 % = 156016,78 DM

Quartal II/2000:

Antrag vom 22.06.2001 / Beschluss vom 03.09.2002: 67,5 % von den Kosten für vpml wegen einer Abweichung vom Arztgruppendurchschnitt i.H.v. 397,2 % = 127.520,37 DM

Quartal III/2000:

Antrag vom 04.09.2001 / Beschluss vom 03.09.2002: 60 % von den Kosten für vpml wegen einer Abweichung vom Arztgruppendurchschnitt i.H.v. 287,9 % = 73.701,31 DM

Quartal IV/2000:

Antrag vom 18.12.2001 / Beschluss vom 03.09.2002: 47,5 % von den Kosten für vpml wegen einer Abweichung vom Arztgruppendurchschnitt i.H.v. 204,9 % = 51.898,35 DM

Quartal I/1998:

Antrag vom 10.03.1999 / Beschluss vom 12.09.2001: 35 % Regress von den Kosten für Arznei wegen einer Abweichung vom Arztgruppendurchschnitt i.H.v. 248,8 % = 15.099,19 DM

Quartal II/1998:

Antrag vom 21.06.1999 / Beschluss vom 12.09.2001: 40 % Regress von den Kosten für Arznei wegen einer Abweichung vom Arztgruppendurchschnitt i.H.v. 265,9 % = 17.447,62 DM

Quartal III/1998:

Antrag vom 24.09.1999 / Beschluss vom 12.09.2001: 32,5 % Regress von den Kosten für Arznei wegen einer Abweichung vom Arztgruppendurchschnitt i.H.v. 232,5 % = 12.811,05 DM

Quartal IV/1998:

Antrag vom 20.03.2000 / Beschluss vom 12.09.2001: 30 % Regress von den Kosten für Arznei wegen einer Abweichung vom Arztgruppendurchschnitt i.H.v. 223,6 % = 12.172,50 DM

Quartal I/1999:

Antrag vom 22.03.2000 / Beschluss vom 03.09.2002: 35 % Regress von den Kosten für Arznei wegen einer Abweichung vom Arztgruppendurchschnitt i.H.v. 211,8 % = 14.645,10 DM

Quartal II/1999:

Antrag vom 28.06.2000 / Beschluss vom 03.09.2002: 27,5 % Regress von den Kosten für Arznei wegen einer Abweichung vom Arztgruppendurchschnitt i.H.v. 178,2 % = 11.038,32 DM

Quartal III/1999:

Antrag vom 22.09.2000 / Beschluss vom 03.09.2002: 17,5 % Regress von den Kosten für Arznei wegen einer Abweichung vom Arztgruppendurchschnitt i.H.v. 146,9 % = 6.306,46 DM

Quartal IV/1999:

Antrag vom 18.12.2000 / Beschluss vom 03.09.2002: 5 % Regress von den Kosten für Arznei wegen einer Abweichung vom Arztgruppendurchschnitt i.H.v. 107 % = 1.547,51 DM

Quartal II/2000:

Antrag vom 22.06.2001 / Beschluss vom 03.09.2002: 7,5 % Regress von den Kosten für Arznei wegen einer Abweichung vom Arztgruppendurchschnitt i.H.v. 113 % = 2.264,01 DM

Quartal III/2000:

Antrag vom 04.09.2001 / Beschluss vom 03.09.2002: 7,5 % Regress von den Kosten für Arznei wegen einer Abweichung vom Arztgruppendurchschnitt i.H.v. 113,3 % = 2.181,97 DM.

Gegen alle Beschlüsse legte der Kläger, der zuvor in einigen Fällen die Rechtzeitigkeit der Prüfanträge in Frage gestellt und die nicht rechtzeitige Übersendung der Anträge zur Stellungnahme beanstandet hatte, Widerspruch ein, ohne diesen weiter zu begründen. Stattdessen beantragte er seine persönliche Anhörung.

In der Sitzung vor dem Beklagten trug der Kläger vor, dass er fast ausschließlich ausländisches Patientengut betreue. Dabei handele es sich um hart arbeitende Patienten bzw. schwere Krankheitsbilder, die einer umfangreichen medikamentösen und/oder physikalischen Therapie bedürften. Die besonders schweren und kostenintensiven Behandlungsfälle habe er auf einem in der Sitzung vorgelegten insgesamt siebenseitigen Schreiben dargestellt. Im Übrigen sei er über die Kosten der Therapien nicht hinreichend informiert worden. Zu berücksichtigen sei auch, dass es bis zu diesem Prüfverfahren zu keinen Beanstandungen seitens der beigeladenen Krankenkassen bzw. der

Beigeladenen zu 8) gekommen sei.

Der Beklagte wies die Widersprüche des Klägers mit Beschluss vom 14.05.2003 zurück. Als Prüfmethode sei der statistische Fallkostenvergleich angewandt worden; es seien die Verordnungswerte des Klägers mit denen seiner Gebietsgruppe verglichen worden. Aufgrund der festgestellten Überschreitungen liege ein offensichtliches Missverhältnis vor, das die Vermutung der Unwirtschaftlichkeit begründe. Die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis sei bei +40 % anzusetzen. Die eingehende Prüfung der Abrechnungsunterlagen und des Vorbringens des Klägers führe zu einer Bestätigung der Prüfmaßnahmen. Der hohe Ausländeranteil, auf den der Kläger hingewiesen habe, stelle keine Praxisbesonderheit dar. Es bestehe kein Erfahrungssatz, dass ausländische Patienten mit mangelnden deutschen Sprachkenntnissen einen erhöhten Therapieaufwand bedingten. Zu beachten sei auch, dass der Arzt bei einem Patienten, der hinreichend seine Beschwerden artikuliere, durch eine entsprechende Untersuchung eine gezielte Therapie einleiten könne. Im Übrigen handele es sich bei dem Kläger um einen ausländischen Arzt, so dass größere Sprachprobleme hier seltener anzutreffen seien. Es gebe auch keine Erfahrungswerte, dass ausländische Patienten mehr Krankheitsbilder hätten als deutsche Patienten. Anhand der Diagnosen sei auch kein zur Gebietsgruppe abweichendes Patientengut festzustellen. Die von dem Kläger überreichte Patientenliste zeige - nach ausführlicher Begutachtung der ärztlichen Mitglieder des Prüfungsausschusses - typische Krankheitsbilder der Gebietsgruppe. Dazu gehörten u.a. Diagnosen wie Osteoporose, Gonarthrose, BS-Vorfall, Skoliose, Osteochondrose, Deformenz der WS, chronische WS-Erkrankungen, Lumboschialgie, Cervikobrachialgie, Morbus Bechterew, chronische Polyarthrose mit Gelenksteife oder Cervikalneuralgie mit BS-Vorfall. Außerdem liege der Anteil dieser Fälle - bezogen auf eine gemittelte Fallzahl von 1.669 (Durchschnittswert der Quartale I/2000 bis IV/2001) - nur bei rund 6 %. Der Hinweis des Klägers, er sei über die Verordnungskosten nicht informiert bzw. es habe keine Beanstandung gegeben, könne nicht überzeugen. Der Arzt erhalte über die Beigeladene zu 8) regelmäßig eine Statistik über seine Verordnungskosten (Arznei und vpml). Außerdem habe jeder Arzt die Möglichkeit, sich über die Kosten der Verordnungen zu informieren. Der Mehraufwand bei den Verordnungen finde im Wesentlichen seine Ursache darin, dass nicht in ausreichendem Maße dem Gebot der Wirtschaftlichkeit Rechnung getragen worden sei. Bei Anlegung eines strengeren Maßstabes an das für alle Ärzte verbindliche Wirtschaftlichkeitsgebot hätten sich - wie die Durchsicht der Verordnungen ergebe - nicht unerhebliche Einsparungen erzielen lassen können, ohne die Effizienz der Diagnostik und der Therapie zu tangieren oder zum Nachteil der Patienten zu führen. Die Notwendigkeit der Arzneiverordnungen lasse sich aus den Diagnosen nicht immer ableiten. Auch bezüglich der fachfremden Verordnungen sollte der Kläger mehr Zurückhaltung üben. Zu beanstanden seien nicht verordnungsfähige Produkte wie z.B. "ABC-Wärmepflaster". Die unkritische Verordnungsweise des Klägers fände sich in hohem Maße bei der Verordnung der physikalischen Therapie wieder. Hier seien durchgängig immer gleich 10 Kombinationsbehandlungen wie z.B. 10mal Massage und Fango oder Bewegungsübungen und Fango verordnet worden. Kleinere Serien von Kombinationsbehandlungen fänden sich gar nicht und die für eine orthopädische Praxis eigentlich typische Verordnung von Krankengymnastik sei kaum anzutreffen. Nur selten würden Moorbäder, Bewegungsbäder und Eisanwendungen rezeptiert. Die stereotype Verordnung von 10 Anwendungen sei unwirtschaftlich. Auch die Verordnung von Fango als wärmevorbereitende Maßnahme vor einer Massage entspreche nicht dem Gebot der Wirtschaftlichkeit. Als wärmevorbereitende Maßnahme hätte auch die preisgünstigere Heißluftbehandlung verordnet werden können. Zur Information des Klägers werde darauf hingewiesen, dass bei 6 Kombinationsbehandlungen die Differenz zwischen Fango/Massage und Heißluft/Massage bei etwa 50,00 DM liege. Aufgrund der dokumentierten Krankheitsbilder hätte der Kläger die Patienten auch mehr zur aktiven Tätigkeit anleiten können. Die von ihm bevorzugte Behandlungs- bzw. Verordnungsform sei auch nicht durch einen im kausalen Zusammenhang stehenden anderen Leistungsbereich ausgeglichen worden. Er habe dazu auch nicht weiter vorgetragen.

Gegen den am 12.08.2003 zugestellten Beschluss hat der Kläger am 11.09.2003 Klage erhoben und im Wesentlichen vorgetragen, die in der Prüfvereinbarung geregelten Prüffristen seien nicht eingehalten worden. Nach § 15 Abs. 2 der Gemeinsamen Prüfvereinbarung seien Anträge auf Prüfung der Verordnungsweise bis zum Ablauf von 12 Monaten nach Abschluss des Quartals zu stellen, in dem die Verordnung erfolgt sei. Zudem seien nach § 13 Prüfvereinbarung die Prüfanträge dem Arzt unverzüglich zuzuleiten, damit er hinreichend Gelegenheit erhalte, Einfluss auf das Prüfverfahren zu nehmen. Gerügt werde, dass an der Entscheidung des Beklagten kein einziger Orthopäde beteiligt gewesen sei. Damit sei eine Beurteilung seiner speziellen Situation aus fachlicher Sicht nicht gewährleistet. Entsprechend gering sei das Interesse gewesen; ein Ausschussmitglied habe den Sitzungsraum vorzeitig verlassen. Die bestehenden Praxisbesonderheiten, nämlich

- überdurchschnittlich viele Osteoporosekranke (Folge: Krankengymnastik)
- überdurchschnittlich viele Ausländer, die körperlich schwer arbeiten,
- überdurchschnittlich viele Rentner,
- überdurchschnittlich viele Schmerzmittel (damals keine Analyse),
- überdurchschnittlich viele Operationen, auch von Krankenhäusern überwiesen,

häufige Prophylaxe für Patienten seien, wie die von ihm vorgelegten Zufallsstichproben belegten, nicht hinreichend berücksichtigt worden. Daraus ergebe sich, dass besonders ausländische Patienten insbesondere im Rentenalter vermehrt an Osteoporose litten, da diese aus klimatisch warmen Herkunftsländern stammten. Zudem handele es sich um schwer- oder schwerstarbende Patienten, deren Erkrankungen durch den beruflichen Alltag bedingt seien. 20% seiner Patienten litten an Osteoporose; dies seien - wie seine Nachfrage bei Kollegen im E Norden ergeben habe - 10% mehr als im Durchschnitt. Das Maß des Notwendigen habe er somit nicht überschritten; die notwendigen Mehrkosten über dem Durchschnitt würden damit belegt. Darüber hinaus hätte er hinsichtlich der Osteoporosefälle mit der Gruppe der Allgemeinärzte verglichen werden müssen; denn so hätten kompensatorische Einsparungen nachgewiesen werden können. Ermessensfehlerhaft sei, dass bei ihm nicht das schonenste Mittel der Beratung eingesetzt worden sei. Nach § 106 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) solle grundsätzlich eine Beratung erfolgen. Infolge fehlender frühzeitiger Beratung habe er sich nicht einrichten können und sei somit von den Regressen überrascht worden. Die Maßnahmen seien in dieser Höhe auch nicht angemessen, denn diese könnten zum wirtschaftlichen Ruin der Praxis führen. Im Ergebnis verlören seine ausländischen Patienten den Arzt, dem sie vertrauten. Damit wäre die ärztliche Versorgung in der E Nordstadt nicht mehr gewährleistet.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht (SG) Dortmund hat die Beklagte die Gesamtregressforderung von 635.641,31 EUR auf 535.577,64 EUR reduziert, indem sie dem Kläger eine einheitliche Nettotoleranz von zumindest + 60 % im Rahmen des statistischen Fallkostenvergleichs bei den Regressen zu den vpml zugestanden und Patientenzuzahlungen i.H.v. 15% von der Forderung in Abzug gebracht hat.

Der Kläger hat beantragt,

den Beschluss des Beklagten vom 14.05.2003, soweit dieser hinsichtlich der vpml-Regresse für die Quartale I/1998 bis IV/2000 in Höhe von 494.067,56 EUR und der Arzneiregresse für die Quartale I/1998 bis IV/1999 sowie für die Quartale II/2000 und III/2000 in Höhe von

41.510,08 EUR Euro bestehen geblieben ist, aufzuheben,

hilfsweise den Beschluss des Beklagten vom 14.05.2003 aufzuheben und diesen zu verpflichten, über die Widersprüche erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

Der Beklagte und die Beigeladenen zu 1), 2), 3), 6) und 7) haben beantragt,

die Klage abzuweisen.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 27.11.2007 abgewiesen. Der Kläger sei durch den angefochtenen Beschluss des Beklagten vom 14.05.2003, nach Abänderung durch das angenommene Teilerkenntnis im Termin zur mündlichen Verhandlung, nicht beschwert, denn insoweit sei der Beschluss rechtmäßig. Aufgrund der arztbezogenen Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten sei Unwirtschaftlichkeit anzunehmen, da der Fallwert des geprüften Arztes so erheblich über dem Vergleichsgruppendurchschnitt liege, dass sich die Mehrkosten nicht mehr durch Unterschiede in der Praxisstruktur und den Behandlungsnotwendigkeiten erklären ließen.

Unschädlich sei, dass Dr. M während der Sitzung des Beklagten einmal den Raum verlassen habe. Er sei nämlich nur für eine unerhebliche Zeitspanne abwesend gewesen. Ebenfalls liege kein formeller Fehler darin, dass der Ausschuss nicht mit einem Orthopäden besetzt gewesen sei. Eine solche Beteiligung sei nach ständiger Rechtsprechung des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen (LSG NRW - z.B. Urteil vom 25.03.1981 - L 11 KA 5/80 -) nicht notwendig, da das Prüfungsgremium zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit über genügend eigenen Sachverstand verfüge. Die Prüffristen seien eingehalten worden; jeder Arzt müsse innerhalb eines Zeitraums von vier Jahren nach seinen Verordnungen bzw. nach seinen Behandlungen noch mit Wirtschaftlichkeitsprüfmaßnahmen rechnen.

Die Arzneiregresse seien rechtmäßig. Der Kläger habe hinsichtlich seiner prozentualen Überschreitungswerte von 113 % bis 248 % grundsätzlich im Rahmen des statistischen Fallkostenvergleichs regressiert werden können. Durch den belassenen Restüberhang von 97 % bis 127 % seien ihm die Mehraufwendungen zugestanden worden, die er zu einer wirtschaftlichen Versorgung seiner Osteoporosepatienten benötigt habe. Auch die vpmL-Regresse seien rechtmäßig; insbesondere seien Praxisbesonderheiten nicht anzuerkennen. Überdurchschnittlich viele Osteoporoseerkrankte im Sinne einer Atypik gegenüber sonstigen Fachärzten seiner Gebietsgruppe habe der Kläger nicht dargelegt. Zudem werde die Osteoporoseerkrankung im Wesentlichen durch den Arzneimittelbereich und die dort belassenen Überhänge abgedeckt. Darüber hinaus habe der Kläger seine Osteoporoseerkrankten im Rahmen der vpmL durch die belassenen Restüberhänge von ca. 60 % pro Quartal, also bei einem Ordnungsvolumen von 160 % pro Quartal, auch angemessen versorgen können. Ein hoher Ausländeranteil stelle keine Praxisbesonderheit dar (BSG, Urteil vom 10.05.2000 - [B 6 KA 25/99 R](#) -). Es bestehe kein Grundsatz, dass ein besonders hoher Ausländeranteil zu einer anderen Patienten- bzw. einer anderen Morbiditätsstruktur und damit zu einem anderen wirtschaftlichen Aufwand bei den vpmL führe. Auch bei Auswertung der von dem Kläger vorgelegten Patientenlisten sei im Hinblick auf die gesamten Fallzahlen nicht festzustellen, dass er einen atypisch hohen Anteil an besonders schweren und besonders kostenintensiven Behandlungsfällen aufweise. Vielmehr entspreche der Durchschnitt der benannten Diagnosen dem Durchschnitt der sonst dem Gericht bekannten Fachpraxen. Eine abweichende Patientenstruktur bzw. Morbiditätsstruktur sei weder zu erkennen noch nachgewiesen. Der Rentneranteil in der Praxis des Klägers liege allenfalls im Umfang von 50 % der Arztgruppe. Festzustellen sei allerdings, dass die Behandlung der Rentner in der Praxis des Klägers besonders kostenintensiv gewesen sei. Eine besondere Atypik habe der Kläger mit seinem Vorbringen, überdurchschnittlich viele Operationen durchgeführt bzw. operierte Patienten betreut zu haben, nicht hinreichend dargelegt. Dies sei den Fallzahlen und den Leistungserbringungszahlen nicht zu entnehmen. Vielmehr müsse festgehalten werden, dass der Kläger eher unterdurchschnittlich selber operiert habe. Ohne Einfluss sei, dass die Fallzahlen des Klägers über den Fallzahlen der Vergleichsgruppe lägen, weil eine statistische Pro-Fall-Wert-Betrachtung angewendet worden sei. Eine Beratung vor Regress sei nicht erforderlich. Regressierungen dürften erfolgen, wenn die jeweiligen Überschreitungshöhen - wie vorliegend - für die Ergreifung von Regressierungsmaßnahmen sprächen und der Unwirtschaftlichkeit nicht alleine mit einer Beratung begegnet werden könne. Zudem sei der Kläger schon wegen Verordnungen von physikalisch-medizinischen Leistungen im Quartal IV/1997 angemahnt worden.

Gegen das am 29.04.2008 zugestellte Urteil hat der Kläger mit seiner Berufung vom 29.05.2008 vorgetragen, es sei eine unzutreffende Prüfmethode angewandt worden; es hätte eine Prüfung nach Richtgrößenvolumen erfolgen müssen. Dem Regress stehe eine fehlende vorhergehende Beratung entgegen; es sei zu keiner Zeit der Versuch unternommen worden, ihn unter Berücksichtigung seiner Praxisbesonderheiten individuell und konkret anzuleiten. Deshalb sei der Beschluss des Beklagten ermessensfehlerhaft. Seit dem Quartal III/2006 beachte er die ihm vom SG gemachten Vorgaben und habe keine Regresse mehr produziert. Da der Beklagte schuldhaft und pflichtwidrig gegen seine Aufklärungs- und Beratungspflicht verstoßen habe, stehe ihm gegen den Beklagten ein Schadensersatzanspruch zu, mit dem er gegen die Regressforderung aufrechne. Im Übrigen seien die Prüfanträge verspätet gestellt worden bzw. zumindest teilweise verspätet beim Prüfungsausschuss eingegangen.

Der Kläger hat schriftsätzlich sinngemäß beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 27.11.2007 abzuändern und nach seinen erstinstanzlichen Anträgen zu erkennen.

Der Beklagte und die Beigeladene zu 1) haben schriftsätzlich beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat, der den auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe gerichteten Antrag des Klägers mit Beschluss vom 30.12.2009 abgelehnt hat, hat die Beteiligten auf seine Absicht hingewiesen, die Berufung des Klägers ohne mündliche Verhandlung durch Beschluss gemäß [§ 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) zurückzuweisen.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakten, die Akten des Rechtsstreits L 11 KA 63/08 LSG NRW und die Verwaltungsvorgänge des Beklagten Bezug genommen.

II.

Der Senat kann über die Berufung des Klägers nach [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss entscheiden, weil er die Berufung einstimmig für unbegründet hält und eine mündliche Verhandlung entbehrlich ist. Der Senat hat die Beteiligten hierzu angehört.

Die zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet.

Das SG hat die Klage mit zutreffender Begründung, auf die Bezug genommen wird ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)), abgewiesen. Das Berufungsvorbringen des Klägers führt ebenso wie sein Vortrag in dem ebenfalls bei dem Senat anhängig gewesenen Rechtsstreit L 11 KA 63/08 zu keiner abweichenden Beurteilung.

1) Rechtsgrundlage der durchgeführten Wirtschaftlichkeitsprüfung ist [§ 106 SGB V](#), der bis zum 31.12.2003 die Prüfung nach Durchschnittswerten als Regelprüfmethode vorsah. Diese zum maßgebenden Zeitpunkt der Entscheidung der Prüfgremien geltende und vorliegend auch zugrundegelegende Rechtslage hat entgegen der Auffassung des Klägers durch das GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003 keine hier relevante, insbesondere keine rückwirkende Änderung erfahren. Durch das GKV-Modernisierungsgesetz wurden zwar erhebliche Veränderungen bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorgenommen und die Zufälligkeitsprüfung (Stichprobenprüfung, [§ 106 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 SGB V](#)) und die Auffälligkeitsprüfung (Prüfung nach Richtgrößenvolumen, [§ 106 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V](#)) bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen in den Vordergrund gestellt. Dies bedeutet allerdings entgegen der Auffassung des Klägers nicht, dass das Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren nach Durchschnittswerten grundsätzlich überhaupt nicht mehr durchgeführt werden darf. Vielmehr können die Vertragspartner auf Landesebene - wie auch vorliegend in § 23 der Gemeinsamen Prüfvereinbarung vom 02.02.1998, fortgeschrieben in § 11 der Prüfvereinbarung für Wirtschaftlichkeits- und Richtgrößenprüfung nach [§ 106 SGB V](#) (Prüfvereinbarung) vom 01.01.2002 (Westfälisches Ärzteblatt Westfälisches Ärzteblatt 2/2003, S. 56 ff) und in § 8 der Prüfvereinbarung vom 01.01.2004 (Westfälisches Ärzteblatt 9/2004, S. 55 ff) wirksam geschehen - darüber hinaus auch für nach dem 01.01.2004 erfolgende Prüfungen der Wirtschaftlichkeit eine Prüfung nach Durchschnittswerten vereinbaren ([§ 106 Abs. 2 Satz 4 SGB V](#); vgl. dazu im Weiteren auch BSG, Urteil vom 09.04.2008 - [B 6 KA 34/07 R](#) -).

2) Die Prüfverfahren sind rechtzeitig eingeleitet worden.

Die für die Wirtschaftlichkeitsprüfung maßgebliche Rechtsgrundlage des [§ 106 SGB V](#) sah in der bis 31.12.1999 geltenden Fassung des Abs. 5 Satz 1 (a.F.) für die Durchführung eines Prüfverfahrens die Antragstellung der Krankenkasse, ihres Verbandes oder der Kassenärztlichen Vereinigung vor. Die auf der Rechtsgrundlage des [§ 106 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) ergangene gemeinsame Prüfvereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, der AOK Westfalen-Lippe, dem Landesverband der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen, dem IKK Landesverband Westfalen-Lippe, der Westfälischen Landwirtschaftlichen Krankenkasse, der Bundesknappschaft, dem VdAK/AEV - Landesbereichsvertretung Westfalen-Lippe - vom 01.07.1993 (mit den Ergänzungsvereinbarungen vom 01.01.1996, 29.11.1996, 04.12.1996, 01.01.1997 und 02.02.1998) regelte den Vorgaben des [§ 106 Abs. 5 Satz 1 SGB V](#) a.F. entsprechend das Antragsfordernis als solches in § 13, die Antragsfordernisse im Einzelnen in § 14 und die Antragsfristen in § 15. Nach § 15 Abs. 2 Prüfvereinbarung konnten Anträge auf Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise spätestens bis zum Ablauf von zwölf Monaten nach Abschluss des Quartals gestellt werden, in dem die Verordnung erfolgt ist.

Unbeschadet der Frage, ob die Nichteinhaltung dieser Antragsfristen überhaupt dem Schutz des geprüften Arztes zu dienen geeignet ist, sind vorliegend in allen Prüfquartalen - wie bereits unter I. ausgeführt - die Antragsfristen eingehalten worden. Für die von dem Kläger geäußerten Zweifel an dem rechtzeitigen Eingang der Prüfanträge besteht keine objektive Grundlage. Der Beklagte hat nämlich durch Überreichen der mit Eingangsstempel bzw. -vermerk versehenen Prüfanträge den rechtzeitigen Zugange innerhalb der Antragsfrist belegt. Dies gilt auch für den Antrag vom 22.09.2000 für das Quartal III/1999, der den Eingangsstempel "Poststelle Ärztehaus E" trägt. Insoweit hat der Beklagte hinreichend dargelegt, dass alle Posteingänge für alle Abteilungen der Beigeladenen zu 8) und für die Prüfungsausschüsse entweder unmittelbar bei der Beigeladenen zu 8) oder bei deren Poststelle eingehen. Unbeachtlich ist das Vorbringen des Klägers, zum Teil wiesen die Eingangsstempel als Empfänger die Beigeladene zu 8) aus; denn er erkennt, dass der Prüfungsausschuss nach der vorliegend relevanten Rechtslage ([§ 106 Abs. 4 SGB V](#) a.F.) noch der Beigeladenen zu 8) zugeordnet waren ("Die in Absatz 2 Satz 3 genannten Vertragspartner bilden bei den Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsame Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse"). Ungeachtet dessen wäre der Antrag einer Krankenkasse auf Überprüfung der Honorarforderungen eines Vertragsarztes nicht deshalb verspätet, weil er innerhalb der Antragsfrist statt an die zuständige Stelle (Prüfungsausschuss oder Kassenärztliche Vereinigung) an eine unzuständige Stelle gerichtet worden und der zuständigen Stelle nicht vor Fristablauf zugegangen ist (BSG, Urteil vom 16.01.1991 - 6 Rka 24/89 -).

Dem Schreiben der Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen in Westfalen-Lippe vom 22.12.1999 ist entgegen der Interpretation des Klägers auch keineswegs zu entnehmen, dass gegen den Kläger gestellte Prüfanträge für die Quartale I/1998 bis III/1998 zurückgezogen werden. Aus dem Text des Schreibens, dass eine Liste mit den Namen der Ärzte, die für eine Prüfung der Verordnungsweise in den Quartalen I/1998 bis IV/1998 angemeldet werden, überreicht werde, in der dann auch der Kläger aufgeführt wird, ergibt sich unschwer, dass der Kläger nicht von dem weiteren Passus des Schreibens betroffen ist, dass darüber hinaus gestellte Prüfanträge für die Quartale I/1998 bis III/1998 zurückgezogen werden.

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass zumindest für die Quartale ab I/2000 überhaupt kein Prüfantrag erforderlich war und die Prüfgremien von Amts wegen zur Wirtschaftlichkeitsprüfungen verpflichtet waren (vgl. im Einzelnen im Parallelverfahren L 11 KA 63/08 ergangener Beschluss des Senats vom 01.07.2009 m.w.N.).

3) Anträge auf Prüfung der Wirtschaftlichkeit sind auch nicht von allen Vertragsparteien der Prüfvereinbarung gemeinsam zu stellen. Antragsberechtigt sind jeweils die Beigeladene zu 8), die Krankenkassen und ihre Verbände, die die Krankenkassen vertreten können (§ 13 Abs. 1 Prüfvereinbarung, [§ 106 Abs. 5 Satz 1 SGB V](#) a.F.).

4) Zutreffend weist der Kläger darauf hin, dass ihm die Anträge auf Prüfung der Verordnungsweise nicht entsprechend der Maßgabe des § 13 Abs. 4 Prüfvereinbarung unverzüglich zugeleitet worden sind, weil zwischen den Prüfanträgen und seiner Unterrichtung über den Antrag teilweise mehr als ein Jahr vergangen ist. Nach Sinn und Zweck dieser Regelung, die im Übrigen auch keine Sanktionen für den Fall eines

Verstoßes beinhaltet, kann er daraus aber keine rechtlichen Vorteile herleiten. § 13 Abs. 4 Prüfvereinbarung soll im Wesentlichen gewährleisten, dass der geprüfte Arzt möglichst zeitnah zu den erhobenen Beanstandungen Stellung nehmen kann. Erst wenn dies nicht mehr gewährleistet ist, könnten ggf. aus einem Verstoß gegen die Regelungen der Prüfvereinbarung rechtliche Folgen zugunsten des Arztes herzuleiten sein. Dies ist indes weder ersichtlich noch von dem Kläger dargetan. Darauf kann auch nicht verzichtet werden, denn in der Regel kann ein Arzt für den Zeitraum von vier Jahren nach Zugang des jeweiligen Honorarbescheides grundsätzlich nicht darauf vertrauen, dass weder ein Prüfbescheid noch ein Richtigstellungsbescheid ergeht (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 06.09.2006 - [B 6 KA 40/05 R](#) -), er muss also mithin grundsätzlich über diesen Vierjahreszeitraum in der Lage sein, zu Beanstandungen seiner Abrechnungen im Einzelnen detailliert Stellung zu nehmen.

5) Sonstige Verfahrensfehler hat der Kläger nicht aufgezeigt. Dass der Allgemeinarzt Dr. M in der Sitzung vor dem Beklagten am 14.05.2003 den Sitzungssaal für eine kurze Zeit verlassen haben soll, ist bereits angesichts der Pauschalität des Vorbringens unbeachtlich. Es sind auch keine weiteren Erwägungen zu der Frage erforderlich, ob an der Entscheidung des Beklagten ein Orthopäde mitgewirkt hat. Denn für die Forderung des Klägers, dass die Prüfungsgremien mit Ärzten des Fachgebiets des zu prüfenden Arztes zu besetzen seien, gibt es keine rechtliche Grundlage.

6) Der Bescheid des Beklagten ist auch in materieller Hinsicht rechtmäßig.

Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird durch arztbezogene Prüfungen ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten beurteilt. Rechtliche, insbesondere verfassungsrechtliche Bedenken dagegen bestehen nicht (vgl. dazu BSG, Urteil vom 16.07.2003 - [B 6 KA 45/02 R](#) - mit Hinweis auf die st. Rspr.). Nach den hierzu von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen werden die Abrechnungswerte des Vertrags(Zahn-)Arztes mit denjenigen der Fachgruppe verglichen. Ergibt die Prüfung, dass die Abrechnungswerte dieses Arztes in einem offensichtlichen Missverhältnis zu den durchschnittlichen Werten seiner Fachkollegen stehen, sie nämlich in einem Ausmaß überschreiten, das sich im Regelfall nicht mehr durch Unterschiede in der Praxisstruktur und den Behandlungsnotwendigkeiten erklären lässt, so hat das die Wirkung eines Anscheinsbeweises der Unwirtschaftlichkeit (st. Rspr. a.a.O.). Dieser wird nur dann entkräftet, wenn der betroffene Arzt darlegt - und sich dies als zutreffend erweist -, dass bei seiner Arztpraxis besondere, einen höheren Behandlungsaufwand rechtfertigende Umstände vorliegen, die für die zum Vergleich herangezogenen Ärzte untypisch sind.

a) Die Verordnungskosten des Klägers für vpml überschritten in den Prüfquartalen die der Vergleichsgruppe um 204 bis 420 %, die für Arzneien um 107 bis 265 %. Dabei hat der Beklagte zutreffend die Abrechnungswerte der zugelassenen Orthopäden, also der Fachgruppe des zu prüfenden Arztes ([BSGE 50, 84](#), 87 = SozR 2200 § 368e Nr. 4; BSG, [SozR 2200 § 368n Nr. 39](#)), zu Grunde gelegt.

b) Im Rahmen des ihm zukommenden Beurteilungsspielraums hat der Beklagte diese Überschreitungen dem Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses zugeordnet. Die vom ihm zu Grunde gelegte 40-Prozent-Grenze unterliegt keinen Beanstandungen (s. dazu im Einzelnen BSG, Urteil vom 23.02.2005 - [R 6 KA 79/03](#) -). Selbst gegen Grenzwerte von unter 40 % können keine Bedenken greifen, wenn die Prüfungsgremien Besonderheiten der Praxis von vornherein mit berücksichtigt haben, es also um eine Grenzwertfestsetzung geht, die erfolgt, nachdem die statistische Vergleichsprüfung der Wirtschaftlichkeit bereits um anzuerkennende individuelle Umstände des Arztes bereinigt worden ist bzw. wenn - wie hier - solche nicht Umstände nicht vorliegen (BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr. 41](#)).

c) Der Beklagte hat sich nicht nur auf eine statistische Betrachtung beschränkt, sondern auch eine sog. intellektuelle Prüfung durchgeführt. Diese dient im Wesentlichen dazu, die rechtliche Prüfung des Behandlungs- bzw. Verordnungsverhaltens durch medizinisch-ärztliche Gesichtspunkte zu ergänzen und abzurunden (vgl. BSG vom 09.06.1999 - [B 6 KA 21/98 R](#) - und vom 11.12.2002 - [B 6 KA 1/2 R](#) -; LSG NRW vom 05.04.2000 - [L 11 KA 90/99](#) -). Unschädlich ist, dass der Beklagte die in diesem Zusammenhang angestellten Überlegungen nicht ausdrücklich unter die Überschrift "intellektuelle Prüfung" gestellt hat. Er hat jedenfalls inhaltlich die quantitative Dimension der Abrechnungsabweichung unter Einbeziehung der Behandlungsweise des Klägers - u.v.a. stereotype Verordnungen von 10 x Fango und Massage oder Fango und Bewegungsübungen, geringe aktive Therapie (Krankengymnastik) - gewürdigt und dann zutreffend festgestellt, dass keine Gründe bestehen, die die beanstandeten Überhöhungen als notwendig und wirtschaftlich erscheinen lassen; vielmehr bestätigte sich der Vorwurf der Unwirtschaftlichkeit dadurch, dass insgesamt in zu hohem Maße physikalisch-medicinische Medizin betrieben worden sei.

d) Praxisbesonderheiten liegen nicht vor.

Praxisbesonderheiten sind nur solche Umstände, die aus der Patientenstruktur herrühren und nicht arztbezogen sind. Umstände, die sich ausschließlich auf den Arzt, seine Ausbildung oder seine Praxisausstattung beziehen, sind dem grundsätzlich nicht zuzuordnen (BSG, Urteil vom 21.06.1995 - [6 Rka 35/94](#) -; LSG NRW, Urteil vom 04.11.1998 - [L11 KA 174/97](#) -). Entscheidend für das Vorliegen von Praxisbesonderheiten ist, welche Leistungen die zu behandelnde Krankheit erforderlich macht; maßgeblich ist damit die Morbiditätsstruktur der Patienten des betroffenen Arztes (BSG, Urteil vom 21.06.1995 - [6 Rka 35/94](#) -).

(1) Ein hoher Ausländeranteil stellt keine Praxisbesonderheit dar; er sagt nichts über die Morbidität des Patientengutes aus. Ein besonderes ärztliches Vorgehen wird nicht wegen eines überdurchschnittlich hohen Anteils ausländischer Patienten erforderlich. Aus einer ausländischen Staatsangehörigkeit bzw. einer ausländischen Herkunft eines Patienten lässt sich kein gegenüber Patienten inländischer Herkunft erhöhter Leistungsbedarf ableiten (vgl. BSG, Urteil vom 10.05.2000 - [B 6 KA 25/99 R](#) -).

(2) Auch der Einwand des Klägers, er behandle eine hohe Anzahl von Patienten, die zu den überdurchschnittlich schwer arbeitenden Bevölkerungsschichten zählten, führt nicht weiter; denn dies ist nicht gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer ungewöhnlichen Häufung von besonders schwer erkrankten oder behandlungsaufwändigen Patienten.

Darüber hinaus hat der Beklagte die von dem Kläger vorgelegte Patientenliste geprüft und lediglich für die Fachgruppe typische Krankheitsbilder, aber keinen atypisch hohen Anteil an besonders schweren oder kostenintensiven Behandlungsfällen feststellen können. Diese Feststellungen werden durch die für das orthopädische Fachgebiet typischen, in einer orthopädischen Praxis regelmäßig anfallenden Erkrankungen wie Osteoporose, Gonarthrose, Bandscheibenvorfall, Skoliose, Osteochondrose, Deformanz der Brustwirbelsäule, chronische Wirbelsäulenerkrankung, Lumboischialgie, Cervikobrachialgie, Morbus Bechterew, chronische Polyarthrosen mit Gelenksteife oder

Cervikalneuralgie mit Bandscheibenvorfall belegt. Dass der Kläger dennoch in der Relation zur Vergleichsgruppe mehr schwerere, besonders aufwändige Behandlungsfälle zu betreuen hat, die z.B. den Fallwert überproportional in die Höhe treiben, hat er hingegen gerade nicht dargetan.

Unabhängig davon verbleibt mit der dem Kläger von dem Beklagten belassenen Toleranz von + 60 % - also bei einem Honorarvolumen von 160 % - mehr als hinreichender Raum für eine wirtschaftliche Behandlung von ihm in den Vordergrund gestellter Patienten mit Osteoporose (vgl. dazu BSG, [SozR 3-2500 § 106 Nr. 15](#)).

(3) Ein abweichender hoher Rentneranteil kann grundsätzlich eine rechtserhebliche Praxisbesonderheit sein, da er kostenintensiver sein kann (LSG NRW, Urteil vom 04.11.1998 - [L 11 KA 174/97](#) -). Darauf kommt es aber ebenso wenig an wie darauf, dass der Anteil der Rentner in der Praxis des Klägers unterdurchschnittlich ist. Denn der zugrundegelegte Arztgruppendurchschnitt ist rentnergewichtet, d.h. über- oder unterdurchschnittliche Rentneranteile wurden von vornherein berücksichtigt.

e) Kompensatorische Einsparungen bestehen nicht.

Es ist weder ersichtlich noch hat der Kläger substantiiert dargelegt bzw. nachgewiesen, dass durch einen konkreten Mehraufwand konkrete Einsparungen in anderen Bereichen erzielt worden sind.

f) Die Regresshöhe unterliegt keiner Beanstandung. Dem Kläger wurden bei den vpmL eine Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts von zumindest 60 % und bei den Arzneien sogar von mindestens 96 % zugestanden; in Regress genommen wurden die darüberhinausgehenden Verordnungen.

Auch der Umstand, dass ein unwirtschaftlich behandelnder Vertragsarzt aufgrund der sich aus eben dieser Behandlungsweise ergebenden Verbindlichkeiten einer Gefährdung seiner beruflichen Existenz ausgesetzt sein kann, ist kein anzuerkennender Gesichtspunkt für eine Verminderung oder gar das Unterbleiben eines Ordnungsregresses (BSG, Urteil vom 27.06.2001 - [B 6 KA 66/00 R](#) -). Nach ständiger Rechtsprechung des BSG ist die mögliche Gefährdung der Fortexistenz einer Praxis nicht geeignet, fortdauernde Verstöße des betroffenen Vertragsarztes gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot mildernd zu bewerten. Solche Verstöße können vielmehr Disziplinarmaßnahmen bis zum Ruhen der Zulassung (vgl. [§ 81 Abs. 5 Satz 2 SGB V](#)) oder sogar die Entziehung der Zulassung zur Folge haben (BSG [SozR 3-2500 § 81 Nr. 6](#)).

7) Die Regressansprüche sind nicht verjährt. Es gilt eine vierjährige Ausschlussfrist (BSG, Urteile vom 14.05.1997 - 6 Rka 63/95 - und vom 27.06.2001 - [B 6 KA 66/00 R](#) -), die dann gewahrt ist, wenn der Bescheid über die Honorarkürzung dem Vertrags(Zahn)arzt - wie vorliegend - innerhalb von vier Jahren nach der vorläufigen Honorarabrechnung zugegangen ist.

8) Auch eine Verwirkung scheidet aus. Dieses im Bürgerlichen Recht als Ausprägung des Grundsatzes von Treu und Glauben ([§ 242](#) Bürgerliches Gesetzbuch) entwickelte Rechtsinstitut ist auch im Sozialrecht anerkannt. Danach entfällt eine Leistungspflicht, wenn der Berechtigte die Ausübung seines Rechts während eines längeren Zeitraums unterlassen hat und weitere besondere Umstände hinzutreten, die nach den Besonderheiten des Einzelfalles und des in Betracht kommenden Rechtsgebietes das verspätete Geltendmachen des Rechts nach Treu und Glauben dem Verpflichteten gegenüber als illoyal erscheinen lassen. Solche die Verwirkung auslösenden Umstände liegen vor, wenn der Verpflichtete infolge eines bestimmten Verhaltens des Berechtigten (Verwirkungsverhalten) darauf vertrauen durfte, dass dieser das Recht nicht mehr geltend machen werde (Vertrauensgrundlage), der Verpflichtete tatsächlich darauf vertraut hat, dass das Recht nicht mehr ausgeübt wird (Vertrauensstatbestand) und sich infolgedessen in seinen Vorkehrungen und Maßnahmen so eingerichtet hat (Vertrauensverhalten), dass ihm durch die verspätete Durchsetzung des Rechts ein unzumutbarer Nachteil entstehen würde (vgl. BSG, Urteile vom 01.04.1993 - [1 RK 16/92](#) - mwN und vom 29.01.1997 - [5 RJ 52/94](#) -). Diese zu einer Verwirkung führenden Voraussetzungen liegen offenkundig nicht vor.

9) Eine vorgängige Beratung bei Überschreitung des Vergleichsgruppendurchschnitts im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses ist nicht notwendig. Dies gilt nicht nur für Honorarkürzungen, sondern auch für Arzneikostenregresse und gilt auch dann, wenn der Arzt noch nicht auf das Ergebnis einer für das Vorquartal durchgeführten Wirtschaftlichkeitsprüfung reagieren konnte und auch sonst bisher keine "Mahnung" erfolgte sowie auch dann, wenn früher Praxisbesonderheiten anerkannt wurden (vgl. BSG vom 19.06.1996 - 6 Rka 40/95 -, vom 18.06.1997 - [6 Rka 95/96](#) -, vom 27.6.2001 - [B 6 KA 66/00 R](#) -, vom 21.5.2003 - [B 6 KA 32/02 R](#) -, vom 28.4.2004 - [B 6 KA 24/03 R](#) -, vom 30.05.2006 - [B 6 KA 14/06 B](#) - und zuletzt vom 05.11.2008 - [6 KA 63/07 R](#) und [6 KA 64/07](#) -).

10) Die gegenüber dem Beklagten mit der Begründung, ihm ständen wegen pflichtwidriger Unterlassung der Aufklärungs- und Beratungspflicht Schadensersatzansprüche zu, erklärte Aufrechnung geht schon deshalb ins Leere, weil der Beklagte nicht Anspruchsgegner ist. Beratungspflichten i.S.d. [§ 106 Abs. 5 Satz 2 SGB V](#) (s. dazu auch den durch Art. 1 Nr. 82 GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003 mit Wirkung zum 01.01.2004 eingefügten [§ 106 Abs. 1a SGB V](#)) obliegen nicht dem Beklagten, sondern ggf. dem Prüfungsausschuss.

Im Übrigen ist auch eine schuldhafte Verletzung der Beratungspflichten nicht ersichtlich. Gesicherte Erkenntnis von der unwirtschaftlichen Behandlungsweise des Klägers hatte der Prüfungsausschuss letztlich erst aufgrund seiner Beratungen in der hier ersten relevanten Sitzung vom 12.09.2001. Schon lange zuvor - z.B. Anhörung vom 10.07.2000 für das Jahr 1999 - hatte sich der Prüfungsausschuss um weitere Aufklärung bemüht, dies allerdings erfolglos, weil der Kläger auf die Anhörung in der Sache nicht reagiert hat. Angesichts bereits dieses eigenen Verhaltens des Klägers bedarf es keiner Kommentierung seines Bemühens, die Schuld für die eigene unwirtschaftliche Behandlungsweise bei dem Prüfungsausschuss zu suchen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) und 2 Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved
2010-04-27