

## L 11 KA 174/97

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

11  
1. Instanz  
SG Dortmund (NRW)  
Aktenzeichen  
S 14 (10) Ka 161/96

Datum  
30.09.1997  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 11 KA 174/97

Datum  
04.11.1998  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 30.09.1997 wird zurückgewiesen. Der Kläger hat die außergerichtlichen Kosten der Beklagten für das Berufungsverfahren zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Rechtmäßigkeit von Kürzungen des vom Kläger geforderten Honorars für die Quartale IV/1993, III/1994 und IV/1994 aufgrund von Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

Der Kläger ist als Arzt für Orthopädie in V. zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er führt die Zusatzbezeichnungen Chirotherapie, Sportmedizin und Physikalische Therapie.

Seine Abrechnungswerte stellen sich wie folgt dar:

Quartal IV/1993  
eig. Wert Fachgruppe Überschreitung  
eingehende Untersuchungen 11,13 RE 5,67 RE 96%  
phys.-med. Leistungen 28,51 RE 16,10 RE 77%

Quartal III/1994 Gebühren-Nr. td)  
272 111% 16% 593%  
267 77% 34% 126%  
406 59% 6% 883%

Quartal IV/1994 phys.-med. Leistungen 27,51 RE 16.03 RE 72% Gebühren-Nr.  
11 13% 4% 225%  
272 173% 17 % 917%  
406 81% 6% 1250%

Der Prüfungsausschuß kürzte durch Bescheide vom

- 17.03.1994 (Quartal IV/1993) die Honorarforderung für die eingehenden Untersuchungen um 10 % und erteilte für die Sparte phys.-med. Leistungen eine Beratung;

- 06.12.1994 (Quartal III/1994) die Honorarforderung für die GNr. 272 um 50 % und erteilte für die GNr. 406 neben der GNr. 267 eine Beratung;

- 14.03.1995 (Quartal IV/1994) die Honorarforderungen für die GNr. 11 um 30 %, die GNr. 272 um 75 %, die GNr. 406 um 50 % und phys.-med. Leistungen um 15 %.

Die Widersprüche des Klägers blieben hinsichtlich der für die Quartale IV/1993 und III/1994 festgesetzten Kürzungen erfolglos. Soweit es das Quartal IV/1994 anlangt, gab der Beklagte dem Widerspruch durch Beschluss vom 06.03.1996 teilweise statt. Er reduzierte die Kürzung der

- GNr. 11 von 30 % auf 7,7 %
- GNr. 271 von 75 % auf 60 %
- GNr. 406 von 50 % auf 35 %

und hob die Kürzung der Sparte physikalisch-medizinische Leistungen auf.

Mit der hiergegen gerichteten Klage hat der Kläger geltend gemacht: Der Beklagte habe die Besonderheiten seiner Praxis nicht hinreichend gewürdigt und insbesondere die Auswirkungen seines großen flächendeckenden Einzugsbereichs auf das Leistungs- und Abrechnungsvolumen verkannt. Angesichts seiner Patientenzahl und überdurchschnittlich schwerer Krankheitsbilder würden seine Fallwerte von vornherein negativ beeinflusst. Die von ihm durchgeführten Infusionsbehandlungen seien medizinisch notwendig gewesen, hätten Operationen vermieden und dadurch Kosten eingespart. Der Anstieg seiner Leistungsanforderung beruhe nicht auf einer übermäßigen Ausdehnung seiner vertragsärztlichen Tätigkeit, sondern sei zwangsläufige Konsequenz der steigenden Zahl von Patienten mit schweren Erkrankungen.

Der Kläger hat beantragt,

den Beschluss des Beklagten vom 06.03.1996 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, hinsichtlich des Honorars für die Quartale IV/1993, III/1994 und IV/1994 einen neuen rechtsmittelfähigen Bescheid zu erteilen.

Der Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Er hat darauf hingewiesen, daß ein weiter Einzugsbereich keine Praxisbesonderheit darstelle und sich eine hohe Fallzahl statistisch günstiger als eine niedrige auswirke. Daß der Kläger überwiegend schwere Fälle behandle, sei nicht erwiesen.

Das Sozialgericht Dortmund hat die Klage mit Urteil vom 30.09.1997 abgewiesen. Der angefochtene Bescheid sei rechtmäßig. Die vom Kläger behaupteten Praxisbesonderheiten und kompensatorischen Einsparungen seien nicht nachgewiesen.

Diese Entscheidung greift der Kläger mit der Berufung an. Er verfüge nicht nur über ein ungewöhnlich umfangreiches Patientenkontingent mit überdurchschnittlich schweren Erkrankungen. Die von ihm durchgeführten Infusionen würden eine Praxisbesonderheit darstellen. Dies habe schon der Prüfer des Beklagten, Dr. F., in seinem Prüferat vom 06.03.1996 festgestellt. Hiernach seien die großen Patientenzahlen erst durch die vermehrte Verwendung von Infusionen zu bewältigen. Er behandle seine Patienten mit außerordentlich komplexen Methoden. Dies führe zu einer Verringerung von Patienten mit leichten Fällen. Soweit die Honoraranforderung der GebührenNr. 406 um 50 % gemindert worden sei, sei dies fehlerhaft. Die durchgeführten Infiltrationen seien medizinisch angezeigt und dementsprechend auch notwendig gewesen. Der niedrige Ansatz der Nr. 410 stehe in einem Zusammenhang mit dem erhöhten Ansatz der Nr. 406. Auch der Prüfer habe festgestellt. Daß er - der Kläger - die Leistung nach der Nr. 406 korrekt erbringe und abrechne, hingegen die Fachgruppe statt der Nr. 406 häufig die Nr. 410 abrechne. Auch die physikalisch medizinischen Leistungen seien fehlerhaft um 50 % gemindert worden, denn sämtliche Therapiemaßnahmen seien notwendig gewesen. Bereits auf der ersten Prüfungsstufe hätten Praxisbesonderheiten von Amts wegen berücksichtigt werden müssen. Nötigenfalls müsse eine verfeinerte Vergleichsgruppe gebildet werden. Die Bescheide seien rechtswidrig, weil lediglich die Kostenhöhen für Patienten, die nicht den Praxisbesonderheiten zuzurechnen sind, mit den durchschnittlichen Verordnungskosten der Fachgruppe verglichen werden dürften. Die Auffassung des Beklagten, daß in der Regel ein großes Einzugsgebiet mit entsprechend hoher Fallzahl zu einem günstigen statistischen Wert führe, sei unzutreffend. In einem Gebiet mit unterdurchschnittlicher Versorgung würden "die oft stundenlangen Wartezeiten" mangels Behandlungsalternativen zwangsläufig zu einer Konzentration von schwierigen und behandlungsintensiven Patienten führen. Der Schluß von einer hohen Patientenzahl auf einen niedrigen Fallwert sei falsch. Bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung sei die gesamte Tätigkeit des Vertragsarztes zu berücksichtigen. Das sei nicht geschehen. Mehr als 80 % seines Patientengutes würden ihn nur deswegen aufsuchen, weil sie von seinen Kollegen nicht ausreichend kuriert worden seien. Eine Analyse seines Patientengutes anhand von ihm vorgelegter Patientenlisten zeige, daß 1993 und 1994 die Zahl der Bandscheibenvorfälle und die der Behandlungsquartale erheblich zugenommen habe. Im übrigen habe Beklagte nicht beachtet, daß er insgesamt wirtschaftlich arbeite und seine Therapiefreiheit durch die Kürzungen unzulässig eingeengt werde.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 30.09.1997 abzuändern und den Beschluss des Beklagten vom 06.03.1996 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, über den Widerspruch des Klägers gegen die Entscheidungen des Prüfungsausschusses für die Quartale 4/1993, 3/1994 und 4/1994 erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er verweist darauf, daß der Kläger gegen die Feststellung des Sozialgerichts, nicht nur die schweren, sondern gleichermaßen auch die leichten Fälle würden angesichts der Unterversorgung die klägerische Praxis aufsuchen, nichts substantiiert vorgetragen habe. Soweit sich der Kläger auf die Feststellungen des Dr. F. beziehe, verkenne er, daß nicht dieser, sondern der Beschwerdeausschuß über die Wirtschaftlichkeit zu befinden habe. Der Prüfer habe nicht festzulegen, ob Praxisbesonderheiten vorliegen, er solle vielmehr die Praxissituation des überprüften Arztes so darstellen, daß der Beschwerdeausschuß in die Lage versetzt werde, dies selbst zu beurteilen.

Hinsichtlich des Sach- und Streitstandes im übrigen nimmt der Senat Bezug auf die Gerichtsakte und den beigezogenen Verwaltungsvorgang des Beklagten, dessen Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung war.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Zu Recht hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Der angefochtene Bescheid ist rechtmäßig und beschwert den Kläger nicht.

1. Nach [§ 106 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) wird die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten geprüft. Mit dieser Vorschrift hat der Gesetzgeber an die bis 31.12.1988 zugrunde zu legende Vorschrift des § 368n Abs. 5 Reichsversicherungsordnung (RVO) angeknüpft und wesentliche Resultate der dazu ergangenen Rechtsprechung aufgenommen und kodifiziert. Danach beruht die Prüfung nach Durchschnittswerten auf einer Gegenüberstellung der durchschnittlichen Fallkosten des geprüften Arztes einerseits und der Gruppe vergleichbarer Ärzte andererseits. Eine Unwirtschaftlichkeit ist dann anzunehmen, wenn der Fallwert des geprüften Arztes so erheblich über dem Vergleichsgruppendurchschnitt liegt, daß sich die Mehrkosten nicht mehr durch die 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 allgemein verbindlichen Festlegung. Die in diesem Zusammenhang angestellten Erwägungen müssen, damit sie auf ihre sachliche Richtigkeit und auf ihre Plausibilität und Vertretbarkeit hin überprüft werden können, im Bescheid genannt werden oder jedenfalls für die Beteiligten und das Gericht erkennbar sein. Im Hinblick darauf, daß die Festlegung des Grenzwertes für das offensichtliche Mißverhältnis von der Beurteilung zahlreicher mehr oder weniger unbestimmter und in ihren wechselseitigen Auswirkungen nicht exakt quantifizierbarer Einzelfaktoren abhängt und auch bei der Berücksichtigung aller relevanten Umstände letztlich eine wertende Entscheidung erfordert, verbleibt den Prüfungsgremien insoweit ein Beurteilungsspielraum. Die Kontrolle der Gerichte beschränkt sich deswegen auf die Prüfung, ob das Verwaltungsverfahren ordnungsgemäß durchgeführt worden ist, ob der Verwaltungsentscheidung ein richtig und vollständig ermittelter Sachverhalt zugrunde liegt, ob die Verwaltung die durch die Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs ermittelten Grenzen eingehalten und ob sie ihre Subsumtionserwägungen so verdeutlicht und begründet hat, daß im Rahmen des Möglichen die zutreffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist (vgl. BSG vom 15.01.1995 - [6 RKa 58/94](#) und [SozR 3-2500 § 106 Nr. 25](#) S. 139).

2. In Anwendung dieses Prüfmaßstabs ist die Entscheidung des Beklagten nicht zu beanstanden. Er hat im angefochtenen Beschluss ausdrücklich die Prüfmethode, nämlich die statistische Vergleichsprüfung, genannt. Die zutreffende Auswahl des statistischen Vergleichs als Methode zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise des Klägers steht angesichts der hohen und weit überdurchschnittlichen Fallzahlen des Klägers ebenso außer Frage wie die Berechtigung, die Überschreitungen in der Sparte phys.-medizinische Leistungen von 77 %, bei den eingehenden Untersuchungen von 96 % und den GNRn. 272 von 225 % bzw. 593 %, der GNR. 406 von 883 % und 917 % sowie der GNR. 11 von 225 % 64,4 % und 86,6 % dem Bereich des offensichtlichen Mißverhältnisses zuzuordnen.

Der Beklagte hat zutreffend die Vergleichsgruppe der Orthopäden herangezogen, das offensichtliche Mißverhältnis bei Überschreitungen von mehr als 50 % angenommen und hieraus zutreffend auf die Darlegungs- und Beweislast des Klägers geschlossen. Ohne Beurteilungsfehler hat der Beklagte schließlich weitere Praxisbesonderheiten und kompensatorische Einsparungen nicht berücksichtigt. Die Ausübung des Kürzungsermessens ist ebenfalls nicht zu beanstanden.

3. Die hiergegen gerichteten Angriffe des Klägers gehen fehl.

a) Es ist zulässig, wenn der Beklagte den Kläger der Vergleichsgruppe der Fachärzte für Orthopädie zugeordnet hat. Maßgeblich hierfür ist grundsätzlich, für welches Fachgebiet der Vertragsarzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, sofern die Vergleichsgruppe hinreichend groß und in sich homogen ist (ständige Rechtsprechung des Senats, zuletzt Senatsurteile vom 24.04.1996 - [L 11 Ka 82/95](#) - und vom 26.06.1996 - [L 11 Ka 57/96](#) -; BSG vom 15.11.1995 - [6 RKa 58/94](#) -). Beides trifft hier zu. Daß die aus den im Bezirk der Verwaltungsstelle Münster der KV Westfalen-Lippe niedergelassenen Orthopäden gebildete Vergleichsgruppe hinreichend groß ist, unterliegt keinem Zweifel. Die Homogenität der Vergleichsgruppe folgt aus den aktenkundigen Häufigkeitsstatistiken. Auch wenn eine Reihe von Ziffern des BMÄ nur von wenigen Orthopäden abgerechnet werden, belegt dies keine Inhomogenität (vgl. BSG vom 15.11.1995 - [6 RKa 58/94](#) -). Wenn die Prüfungsgremien keine eigenständige Fachgruppe für Orthopäden mit den vom Kläger geführten Zusatzbezeichnungen bilden, halten sie sich im Rahmen des ihnen zustehenden Beurteilungsspielraumes (vgl. BSG SozR 2200 § 368n RVO Nr. 50; Senatsurteil vom 26.06.1991 - [L 11 Ka 100/89](#) -). Die Notwendigkeit der Bildung engerer Vergleichsgruppen kann allenfalls dann begründet sein, wenn sich die Praxisstruktur einzelner orthopädisch tätiger Ärzte sowohl hinsichtlich der Zusammensetzung der Patientenklientel wie des ärztlichen Diagnose- und Behandlungsangebotes soweit von der Typik einer orthopädischen Praxis entfernt hat, daß der originär orthopädische Versorgungsauftrag nicht mehr umfassend wahrgenommen wird (vgl. BSG vom 15.11.1995 - [6 RKa 58/94](#) -). Daran fehlt es. Auch der Beklagte hat dies nicht feststellen könne. Im übrigen behauptet der Kläger genau das Gegenteil, nämlich daß er nahezu das gesamte orthopädische Leistungsspektrum abdeckt. Ein Anspruch des Klägers, nur mit solchen Orthopäden verglichen zu werden, die ebenfalls die von ihm geführten Zusatzbezeichnungen haben, besteht bei dieser Sachlage nicht (vgl. Senatsurteil vom 24.04.1996 - [L 11 Ka 82/95](#) - zur schmerztherapeutischen Ausrichtung einer Allgemeinpraxis; BSG vom 15.11.1995 - [6 RKa 58/94](#) - zur neuraltherapeutischen Behandlungsweise und Zusatzbezeichnung "Psychotherapie"). Dennoch hat der Beklagte einen anwenderbezogenen Vergleich durchgeführt, mithin nicht die gesamte Fachgruppe der Orthopäden als Vergleichsmaßstab herangezogen, vielmehr nur jene, die auch die dem Kläger gekürzten Leistungen erbringen. Der Beklagte hat hierdurch eine spezialisierte Vergleichsgruppe gebildet und die notwendig pauschale statistische Prüfung auf dieser Stufe des Prüfgeschehens zugunsten des Klägers individualisiert; seinem Vorbringen, es müsse eine gesonderte Vergleichsgruppe gebildet werden, ist sonach die Grundlage entzogen.

b) Die Gesamtfallwerte sind im angefochtenen Bescheid zu reflektieren. Insbesondere bei Einzelleistungsprüfungen, aber auch bei Spartenprüfungen dient der Gesamtfallwert dazu, die Prüfungsgremien anzuhalten, sich mit dem gesamten Behandlungsverhaltens auseinanderzusetzen, um so den Gesichtspunkt der "Gesamtwirtschaftlichkeit" nicht aus den Augen zu verlieren (hierzu BSG SozR 2200 § 368n RVO Nr. 27 und 48). Deswegen sind der Gesamtfallwert und seine Überschreitung im Vergleich zum Fachgruppendurchschnitt zu berücksichtigen und grundsätzlich im Kürzungsbescheid zu dokumentieren (BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr. 6](#)). Das ist geschehen, denn der Beklagte hat auf Seite 5 des Bescheides eine Überschreitung der Gesamtfallwerte von 13 % bis 36 % festgestellt. Das genügt den rechtlichen Anforderungen (hierzu Senatsurteil vom 17.07.1996 - [L 11 Ka 32/96](#) -).

c) Ergibt sich bei einer Sparten- bzw. Einzelleistungsprüfung (zur Zulässigkeit vgl. BSG vom 09.03.1994 - [6 RKa 18/92](#) - und vom 10.05.1995

- [6 RKa 2/94](#) - sowie BSG SozR 2200 § 368n RVO Nr. 48), daß die Abrechnungswerte des Arztes in einem offensichtlichen Mißverhältnis zu den Durchschnittswerten der Fachgruppe stehen, diese also in einem Ausmaß überschreiten, bei dem sich der Mehraufwand regelmäßig nicht mehr durch Unterschiede in der Praxisstruktur und den Behandlungsnotwendigkeiten erklären läßt, ist der Beweis der Unwirtschaftlichkeit erbracht (BSG SozR 2200 § 368n RVO Nr. 33; Senatsbeschuß vom 28.06.1996 - L 11 Ka 168/94 -; eingehend hierzu Senatsurteil vom 29.01.1997 - [L 11 Ka 52/96](#) -). Grundsätzlich ist es dann Sache des geprüften Arztes, den durch die Feststellung eines offensichtlichen Mißverhältnisses erbrachten Beweis des ersten Anschein für die Unwirtschaftlichkeit seines Verhaltens durch die Geltendmachung von aa) Praxisbesonderheiten und/oder bb) kompensatorischen Minderaufwendungen in anderen Leistungsbereichen zu widerlegen.

Zwar sind nach der neueren Rechtsprechung des BSG untypische, einen höheren Behandlungsaufwand rechtfertigende Umstände schon auf der ersten Stufe des Prüfschemas, also bei der Feststellung der Unwirtschaftlichkeit, zu berücksichtigen, damit beurteilt werden kann, ob die Annahme eines offensichtlichen Mißverhältnisses gerechtfertigt ist ([BSGE 74, 70 = SozR 3- 2500 § 106 Nr. 23](#) vom 09.03.1994; Beschluss vom 05.11.1997 -6 BKA 56/96-). In der Entscheidung vom 28.01.1998 - [B 6 KA 69/96 R](#) - hat das BSG allerdings klargestellt, daß die Nichteinhaltung der im Urteil vom 09.03.1994 herausgestellten Prüfungsfolge nicht zwingend zur Rechtswidrigkeit des Prüfbescheides führe; es reiche vielmehr aus, wenn sich der Beschwerdeausschuß erkennbar mit den vorgetragenen Praxisbesonderheiten und den geltend gemachten Einsparungen in gründlicher und nachvollziehbarer Weise auseinandergesetzt und sie ggf. berücksichtigt habe. So liegt es hier (dazu nachfolgend).

aa)

Praxisbesonderheiten sind nach der ständigen Rechtsprechung des Senats 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 (vgl. Senatsurteile vom 30.08.1995 - L 11 Ka 58/94 -, vom 24.04.1996 - [L 11 Ka 82/95](#) - und vom 12.06.1996 - L 11 Ka 42/95 -). Die Behauptung, besser, gründlicher oder sorgfältiger als Fachkollegen ausgebildet zu sein, stellt keine rechtserhebliche Praxisbesonderheit dar. Entscheidend für deren Vorliegen ist vielmehr, welche Leistungen die zu behandelnden Krankheiten erforderlich machen; maßgeblich ist damit im Ergebnis die Morbiditätsstruktur der Patienten des geprüften Arztes (Senatsurteil vom 24.04.1996 - [L 11 Ka 82/95](#) -; BSG vom 21.06.1995 - [6 RKa 35/94](#) - und vom 15.11.1995 - [6 RKa 58/94](#) -). Deswegen kann allein aus der überdurchschnittlichen Abrechnungsfrequenz einzelner Ziffern weder auf ein spezifisches Qualitätsmerkmal einer Praxis noch auf eine Praxisbesonderheit geschlossen werden. Zwar mag es im Einzelfall nicht ausgeschlossen sein, daß allein das Abrechnungsverhalten eine Praxisbesonderheit indiziert (vgl. BSG SozR 2200 § 368n RVO Nr. 19; BSG vom 19.11.1985 - [6 RKa 13/84](#) -; Senatsurteile vom 24.04.1996 - [L 11 Ka 82/95](#) - und vom 12.6.1996 - L 11 Ka 42/95 -). Grundsätzlich ist die Aussagekraft der überdurchschnittlichen Abrechnung einzelner Leistungspositionen aber schon deswegen beschränkt, weil die eigenen Angaben des Arztes die unwirtschaftliche Behandlungsweise verdecken können, mithin nicht die Vermutung der Unwirtschaftlichkeit zu entkräften vermögen (BSG SozR 2200 § 368n RVO Nr. 31; BSG vom 15.11.1995 - 6 RKa 43/95 -: subjektive Bekundungen; Senatsurteil vom 24.04.1996 - [L 11 Ka 2/95](#) -). Ausgehend hiervon ist es im Rahmen der Pflicht zur Aufklärung des Sachverhaltes ([§ 20 SGB X](#)) geboten (hierzu BSG vom 15.11.1995- [6 RKa 43/94](#) - und vom 08.04.1992 - [6 RKa 27/90](#) -), daß der Beklagte den Ursachen für die in der Abrechnungsfrequenz auffälligen Gebührensfiguren nachgeht. Das ist geschehen. Der Beklagte hat sich hiermit im Bescheid eingehend auseinandergesetzt. Er hat zudem ein Prüferferat eingeholt. Soweit der Prüferferat allerdings meint, ein überdurchschnittlich umfangreiches Patientenkontingent mit überdurchschnittlich schweren Erkrankungen festgestellt zu haben, bindet dies den Beklagten nicht. Weder der Prüfungsausschuß noch der Beklagte sind an Meinungsäußerungen des Prüferferaten gebunden. Sie sind vielmehr verpflichtet, hiervon dann abzuweichen, wenn die Auffassung des Prüferferaten der durch Gesetz und Rechtsprechung vorgegebenen bzw. präzisierten Rechtslage widerspricht (Senatsbeschuß vom 28.06.1996 - L 11 Ka 168/94 -).

Der Beklagte hat es angesichts der aufgezeigten Rechtsgrundsätze zu Recht abgelehnt, weitere Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen. Der Hinweis des Klägers auf schwere Fälle ist unzureichend (vgl. BSG vom 12.10.1994 - [6 RKa 6/93](#); BSG SozR 2200 § 368n RVO Nr. 31). Der Beklagte ist dem dennoch nachgegangen und hat mit vertretbaren Erwägungen keine Abweichung von der Vergleichsgruppe feststellen können. Auf weitere Ermittlungen konnte er verzichten. Auch der massiv erhöhte Ansatz der Ziffer 11 BMÄ vermag die Behauptung des Klägers, er betreue vermehrt schwere Fälle, nicht zu belegen. Aufgrund der Darlegungen des Klägers in der mündlichen Verhandlung vom 04.11.1998 hat der Senat erhebliche Zweifel, ob der Kläger den rechtlichen Inhalt der Leistungslegende erfaßt hat. Der Senat unterstellt zu Gunsten des Klägers, daß er diese Leistungsziffer vielfach aufgrund einer zu weiten Indikation angesetzt hat. Dies ist der Wirtschaftlichkeitsprüfung zugänglich und weder Gegenstand sachlich-rechnerischer Berichtigungen noch als bewußte Falschabrechnung aufzufassen.

Die Zusatzbezeichnungen stellen keine Praxisbesonderheit dar, da es sich nicht um aus der Morbiditätsstruktur der Patienten herrührende Umstände handelt (hierzu eingehend Senatsurteil vom 24.4.1996 - [L 11 Ka 82/95](#) - sowie BSG vom 15.11.1995 - [6 RKa 58/94](#) -). Zwar ist es möglich, daß sich die Patientenstruktur und damit der jeweilige Behandlungsbedarf infolge der Spezialisierung oder aber der Erlangung von Zusatzqualifikationen des Vertragsarztes ändert und letztlich in eine rechtserhebliche Praxisbesonderheit einmündet. Diese liegt dann aber allein in einem atypischen Behandlungsbedarf eines abweichenden Patientenkontingents und nicht in einer - wie auch immer gearteten - Zusatzbezeichnung. Denkbar wäre zwar auch, daß der betreffende Arzt seine bisherigen Patienten infolge einer Zusatzqualifikation nunmehr umfassender behandeln kann, indessen müßte dann substantiiert dargelegt werden, daß und welcher Behandlungsbedarf nun zusätzlich in welchem Umfang abgedeckt wird. Das allgemeine Vorbringen des Klägers hierzu ist unergiebig. Auch hinsichtlich der Zusatzbezeichnung "Sportmedizin" fehlt jeder Vortrag, der für den Beklagten hätte Anlaß gewesen sein können, von Amts wegen weitere Ermittlungen durchzuführen. Der Kläger hat noch nicht einmal behauptet, eine erhöhte Anzahl von Sportverletzten zu betreuen. Weitergehende Darlegungen zur Arzt der Verletzung, dem hierdurch bedingten Behandlungsaufwand nach Grund und Höhe und ggf. daraus folgenden Abweichungen zur Vergleichsgruppe fehlen (zur Zusatzbezeichnung "Sportmedizin" vgl. Senatsurteil 21.12.1994 - L 11 Ka 165/93 -).

Eine überdurchschnittliche Zahl auswärtiger Patientenzahl stellt ebenfalls keine rechtserhebliche Praxisbesonderheit dar, die einen erhöhten Behandlungsbedarf rechtfertigen könnte. Es fehlt jedes annähernd präzise Vorbringen dazu, wie sich eine erhöhte Anzahl auswärtiger Patienten nach Grund und Höhe auf den Behandlungsbedarf auswirken soll, so daß dieses Vorbringen schon deswegen nicht berücksichtigungsfähig ist. Im übrigen ist allein eine erhöhte Anzahl auswärtiger Patienten keine Praxisbesonderheit. Der Kläger verkennt, daß nicht jede Abweichung seiner Praxis von einer typisch orthopädischen Praxis bereits als rechtserhebliche Praxisbesonderheit anerkannt werden kann. Eine erhöhte Frequenz auswärtiger Patienten kann ggf. - allerdings nur mit weiteren Umständen - indizieren, daß der

Vertragsarzt sich auf ein bestimmtes Angebot spezialisiert und qualifiziert hat und er deswegen vermehrt von auswärtigen Patienten aufgesucht wird. Auch hierzu fehlt jeglicher verwendbarer Vortrag. Das Vorbringen des Klägers deutet überdies eher auf das Gegenteil hin. Ausgehend von seiner Behauptung, den orthopädischen Versorgungsbedarf in einem weiten Einzugsbereich abdecken zu müssen, verbleibt für eine Spezialisierung, die zu einem atypischen Patientenkontext geführt haben könnte, wenig Raum.

Sein Vortrag, für eine Vielzahl von Behandlungsmethoden habe er im Einzugsbereich eine monopolartige Stellung, ist schon nicht schlüssig. Ein gerechtfertigter Mehraufwand läßt sich hiermit nicht ansatzweise begründen. Vergleichsmaßstab ist die anwenderbezogen konkretisierte Fachgruppe der Orthopäden im Bezirk der Verwaltungsstelle Münster der KV Westfalen-Lippe. Von einer monopolartigen Stellung des Klägers kann keine Rede sein. Im übrigen wird der Fallwert verglichen. Selbst wenn der Kläger einige Untersuchungs- und Behandlungsmethoden isoliert anbieten würde, ist allein deswegen ein eklatant steigender Fallwert nicht begründbar. Entweder werden andere Untersuchungs- und Behandlungsmethode überflüssig oder aber der Kläger erbringt im Vergleich zur Fachgruppe zusätzliche, kostentreibende und damit den Fallwert drastisch erhöhende Leistungen. Diese aber sind gerade Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Gleichermaßen ist die Behauptung des Klägers, der Einzugsbereich der Stadt V. sei unterdurchschnittlich versorgt, definitionsgemäß keine rechtserhebliche Praxisbesonderheit. Dies mag dazu führen, daß seine Leistungen stark nachgefragt werden und ihn dazu verleiten, seine Praxistätigkeit unzulässig so weit auszudehnen, daß eine ordnungsgemäße Versorgung des einzelnen Patienten nicht mehr sichergestellt ist, mithin Kürzungen wegen übermäßiger Ausdehnung verhängt werden. Daß allerdings der durchschnittliche Fallwert infolge einer unterdurchschnittlichen Versorgungslage drastisch, nämlich weit in den Bereich des offensichtlichen Mißverhältnisses, steigen muß, erschließt sich dem Senat nicht und hat der Kläger auch in der mündlichen Verhandlung nicht darlegen können.

Ein abweichender Rentneranteil kann grundsätzlich eine rechtserhebliche Praxisbesonderheit sein, da er je nach Sachlage kosten intensiver oder kostenextensiver sein kann. Vorliegend hat der Beklagte den abweichenden Rentneranteil berücksichtigt, indem er ab dem Quartal III/1993 rentnerbereinigte Abrechnungswerte der Wirtschaftlichkeitsprüfung zugrundelegt.

Soweit der Kläger sich auf den von ihm mit Schriftsatz vom 30.10.1998 vorgelegten Bescheid des Prüfungsausschusses vom 17.06.1998 beruft, führt dies nicht weiter. Danach hat der Prüfungsausschuß zwar die Landpraxis, die Neuraltherapie sowie die chirurgische - und unfallchirurgische Tätigkeit des Klägers als Praxisbesonderheit anerkannt. Dieser Bescheid dürfte indessen ersichtlich fehlerhaft sein, denn er genügt weder den Begründungsanforderungen, noch hat der Prüfungsausschuß den Rechtsbegriff "Praxisbesonderheit" zutreffend erkannt.

zu bb)

Hinsichtlich kompensatorischer Einsparungen ist es dem Kläger ebenfalls nicht gelungen, die durch Überschreitungen im Bereich des offensichtlichen Mißverhältnisses bewiesene unwirtschaftliche Behandlungsweise zu widerlegen oder auch nur zu erschüttern. Hierzu muß festgestellt werden, durch welche vermehrten Leistungen er in welcher Art von Behandlungsfällen aus welchem Grund welche Einsparungen erzielt hat (BSG vom 05.11.1997 - [6 RKa 1/97](#) - mwN). Die Darlegungs- und Beweislast liegt beim Arzt. Er muß das Vorliegen der Einsparungen, den methodischen Zusammenhang mit dem Mehraufwand, die medizinische Gleichwertigkeit und die kostenmäßigen Einsparungen darlegen und ggf. nachweisen. Das bedeutet nicht, daß er alle Einzelfälle - nach Art einer Einzelfallprüfung - anführen und medizinisch erläutern müßte; entscheidend ist vielmehr die strukturelle Darlegung der methodischen Zusammenhänge der medizinischen Gleichwertigkeit; gelingt der erforderliche Nachweis nicht, geht das zu Lasten des Arztes ( BSG aaO; Senatsurteil vom 29.01.1997 - [L 11 Ka 52/96](#) -).

Diesen Anforderungen wird das Vorbringen des Klägers trotz der von Amts wegen gebotenen Aufklärungsbemühungen der Prüfungsgremien nicht gerecht. Seine Behauptung, weniger Überweisungen als die Fachgruppe zu veranlassen, entlastet ihn nicht. Der Kläger hätte schon im Verwaltungsverfahren die von ihm behaupteten Kompensationen nachvollziehbar - wie dargestellt - belegen müssen. Das ist nicht geschehen. Zutreffend hat der Beklagte hierzu ausgeführt, daß der Kläger keine Fälle benannt hat, bei denen er aufgrund des vermehrten Ansatzes von zB eingehenden Untersuchungen oder Infusionen stationäre Einweisungen vermieden hätte, die von anderen Orthopäden "üblicherweise" eingewiesen worden wären. Auch im gerichtlichen Verfahren ist dies nicht gelungen. Der Senat weist in diesem Zusammenhang ergänzend darauf hin, daß das umfangreiche Vorbringen des Klägers im Gerichtsverfahren (z.B. Schriftsätze vom 01.08.1996 und 04.11.1998) insoweit verspätet ist, als es hier über den Vortrag im Verwaltungsverfahren hinausgeht (vgl. BSG SozR 2200 § 368n RVO Nr. 57; LSG Baden-Württemberg MedR 1996, 142; Senatsurteile vom 19.09.1990 - L 11 Ka 43/89 -, vom 12.06.1996 - L 11 Ka 42/95 - und 11.04.1996 - L 11 Ka 124/95 -). Dieser Rechtsprechung liegt zugrunde, daß es gegen Treu und Glauben verstößt, die Nichtberücksichtigung von den Prüfungsgremien nicht bekannt gewordenen tatsächlichen Umständen als Mangel des Verwaltungsverfahrens gerichtlich geltend zu machen. Überdies ist es die originäre Aufgabe der sachverständig besetzten Prüfungsgremien und nicht die des Gerichts, eine umfassende Wirtschaftlichkeitsprüfung durchzuführen, denn den Gerichten obliegt lediglich die Kontrolle, ob die im Rahmen des Beurteilungs- und Ermessensspielraums getroffenen Verwaltungsentscheidungen mit Gesetz und Recht im Einklang stehen.

Soweit der Kläger die Auffassung vertritt, ein Minderaufwand im Bereich der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen müsse kompensierend berücksichtigt werden, trifft das nicht zu. Seine Behauptung, weniger AU-Fälle infolge seines diagnostischen und therapeutischen Aufwandes zu haben, kann nicht berücksichtigt werden, weil es an konkreten Darlegungen zu den damit angeblich verbundenen Kompensationen in anderen Leistungsbereichen nach Grund und Höhe fehlt. Im übrigen braucht allein der Umstand, daß der Kläger erheblich weniger Arbeitsunfähigkeitsfälle als der Gruppendurchschnitt hatte, den Beklagten nicht ohne weiteres zur Prüfung zu veranlassen, ob die hier zu fordernde Kausalität zwischen dem (hypothetischen) Unterlassen der Leistung und (hypothetischen) anderweitigen Kostengründen vorliegt (hierzu BSG SozR 2200 § 368n RVO Nr. 50; Senatsurteil vom 01.10.1996 - [L 11 Ka 24/96](#) -). Zutreffend hat der Beklagte hierzu dargelegt, daß eine notwendige und zweckmäßige therapeutische Maßnahme zwar in der Regel Einfluß auf den Gesundheitszustand des Patienten und damit auf dessen weitere Behandlungsbedürftigkeit hat. Daraus folgt allerdings nicht notwendigerweise, daß der Minderaufwand eines Arztes in dem einen Leistungsbereich auf den Mehraufwand in einem anderen Bereich zurückzuführen ist. Ebenso wie beim Mehraufwand können auch beim Minderaufwand Umstände eine Rolle spielen, die vom Arzt nicht beeinflussbar sind.

4. Wenn der Kläger gleichwohl meint, der Beklagte hätte aufgrund seines Vorbringens die von ihm geltend gemachten

"Praxisbesonderheiten" und angeblichen kausal-kompensatorischen Einsparungen anerkennen müssen, wird er zu bedenken haben, daß ihn hinsichtlich dieser Einwendungen die Darlegungslast trifft (vgl. BSG SozR 2200 § 368n RVO Nr. 31). Allein seine Behauptung, seine Leistungen seien erforderlich und zwischen Mehraufwand und Minderaufwand bestehe ein kausaler Zusammenhang, ist nicht geeignet, dies auch zu beweisen, denn ebenso wie im privaten Rechtsverkehr eine Rechnung ausreichend spezifiziert sein muß, ist auch der Vertragsarzt verpflichtet, seine Honorarforderung für die vertragsärztliche Tätigkeit, insbesondere einen außergewöhnlichen Mehraufwand zu begründen und zu belegen (so zutreffend BSG SozR 2200 § 368n RVO Nr. 57; Senatsbeschuß vom 28.06.1996 - L 11 Ka 168/94 -). Auch wenn der Kläger meint, er könne die Wirtschaftlichkeit seiner Behandlungsweise nicht belegen, wenn schon seine Diagnosen nicht akzeptiert werden, sieht der Senat keinen Anlaß, von vorgenanntem Rechtsgrundsatz abzuweichen. Der Kläger ist darauf hinzuweisen, daß auch im privaten Rechtsverkehr derjenige, dessen Leistungserbringung nach Grund oder Höhe bestritten wird, in jedem Einzelfall beweisbelastet ist. Im übrigen wird der Kläger - wie andere Vertragsärzte auch - gegenüber anderen Dienstleistern in zweifacher Hinsicht bevorzugt. Die Prüfungsgremien unterstützen ihn durch Ermittlungen von Amts wegen dabei, seine Honorarforderungen zu rechtfertigen. Zudem verbleibt ihm trotz Kürzung ein weit über dem Durchschnitt der Fachgruppe liegendes Honorar, das allenfalls noch sachlich-rechnerisch berichtigt werden kann, dessen Berechtigung von ihm indessen nicht mehr im einzelnen nachgewiesen werden muß.

5. Der vom Kläger herangezogene Grundsatz der Therapiefreiheit trägt die Berufung nicht. Der Beklagte greift durch die Kürzung des angeforderten Honorars nicht in die sog. Therapiefreiheit des Klägers ein. Dies ist schon aus Rechtsgründen ausgeschlossen, weil eine Therapiefreiheit des Arztes rechtlich nicht existiert. Dem Arzt ist es verwehrt, autonom zu entscheiden, wie der Patient therapiert wird. Maßgebend ist niemals der Wille des Arztes, eine bestimmte Therapie durchzuführen; maßgebend ist allein das Bestimmungsrecht des Patienten (vgl. BVerfG vom 05.03.1997 - [1 BvR 1068/96](#) - in [MedR 1997, 318](#)). Allenfalls kann daher von der Therapieverantwortung des Arztes gegenüber dem Patienten gesprochen werden (Senatsbeschuß vom 13.10.1998 - L [11 B 30/98](#) KA -; hierzu Behnen in [MedR 1998, 51, 53](#)).

Soweit der Kläger sich durch die Kürzungsmaßnahmen des Beklagten in der ihm obliegenden Therapieverantwortung beeinträchtigt fühlt, wird er zweierlei beachten müssen. Zwar ist jeder Vertragsarzt grundsätzlich berechtigt, die ihm geeignet erscheinenden vertragsärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden anzuwenden. Allerdings gilt dies selbstverständlich nicht schrankenlos. Zum einen ist dem das Selbstbestimmungsrecht des Patienten bei der Therapiewahl übergeordnet, zum anderen darf ein Arzt im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nichts Überflüssiges zu Lasten Dritter veranlassen oder Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden durchführen, die aufwendiger sind als andere, jedoch denselben Zweck erfüllen (vgl. BSG SozR 2200 § 368n RVO Nr. 19, Nr. 1; Senatsurteil vom 21.09.1988 - L 11 Ka 96/87 -; so auch OLG Köln vom 13.07.1995 - [5 U 94/93](#) - zur GOZ). Deswegen sind auch Praxisbesonderheiten nur dann zu berücksichtigen, wenn sie selbst mit dem Gebot der wirtschaftlichen Behandlungsweise in Einklang stehen (BSG SozR 2200 § 368n RVO Nr. 31). Unbeschadet einer besonderen Praxiseinrichtung oder Ausbildung hat daher jeder Vertragsarzt das Maß des Notwendigen zu beachten und hierauf seine Behandlungs- und Ordnungsweise einzustellen (Senatsurteil vom 25.01.1989 - L 11 Ka 35/88 -). Eine medizinisch optimale Versorgung der Versicherten überschreitet ggf. den Bereich des Notwendigen und Zweckmäßigen, auf den nach dem Gesetz Versicherte Anspruch haben (Senatsurteil vom 21.09.1988 - L 11 Ka 96/87 -). Der Grundsatz der "Therapiefreiheit" im Sinne einer Therapieverantwortung wird insoweit durch den gleichrangigen Grundsatz der Wirtschaftlichkeit begrenzt (vgl. BVerfG vom 05.03.1997 - [1 BvR 1068/96](#) - aaO sowie std. Rspr. des Senats, statt aller: Beschluss vom 22.04.1996 - L 11 Ka 4/95 - und Urteil vom 24.04.1996 - L 11 Ka 82/85 -).

Die Kostenentscheidung folgt aus den [§§ 183](#) und [193 SGG](#).

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

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-08-21