

S 5 KA 3864/17

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
SG Stuttgart (BWB)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

5
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 5 KA 3864/17

Datum
26.03.2019
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen

-
Datum

-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Die Publikationspflicht für Verwaltungsvorschriften gilt nur für Verwaltungsvorschriften mit unmittelbarer Außenwirkung.

2. Bei den „Prüfrichtlinien der gemeinsamen Prüfungsstelle Baden-Württemberg und des Beschwerdeausschusses Baden-Württemberg (Stand 28.10.2009)“ handelt es sich um eine interne Verwaltungsvorschrift ohne unmittelbare Außenwirkung, so dass das Publikationsgebot nicht verletzt wurde.

3. Eine Anhörungsfrist von zwei Wochen - zuzüglich der Postlaufzeit - ist als Mindestzeitraum angemessen.
Die Klage wird abgewiesen.

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

Der Streitwert wird endgültig auf 25.000 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Festsetzung eines Regresses i.H.v. 25.000 EUR wegen Überschreitung des Richtgrößenvolumens für das Jahr 2013 streitig.

Der Kläger war als Facharzt für Innere Medizin mit Praxissitz in W. zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Mitte 2016 beendete er nach eigenen Angaben alters- und krankheitsbedingt seine Tätigkeit und übergab die Praxis zum 01.01.2017.

Die (für die Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen zuständige) Prüfungsstelle leitete bei dem Kläger für das Jahr 2013 eine Wirtschaftlichkeitsprüfung (Richtgrößenprüfung; Richtgrößengruppe 191 - FA Innere Medizin mit und ohne Schwerpunkt) hinsichtlich der Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln ein. Mit Schreiben vom 10.11.2015 teilte sie dem Kläger mit, bei einer Überschreitung um mehr als 15 % sei von Amts wegen eine Wirtschaftlichkeitsprüfung durchzuführen. Bei dieser Prüfung handele es sich um eine Auffälligkeitsprüfung für den Zeitraum eines Kalenderjahres auf Grundlage der Arzneimittel-Richtgrößenvereinbarung 2013. Man habe im Rahmen der Vorabprüfung ermittelt, dass das Arzneimittelverordnungsvolumen im Kalenderjahr 2013 das individuelle Richtgrößenvolumen um mehr als 15 % übersteige (um 50,00 %), was aufgrund der vorliegenden Daten nicht in vollem Umfang auf Praxisbesonderheiten beruhe. Nach Abzug von Mehrkosten (unter Anwendung der Filter 4, 5, 6a1 bis 6a7, 6c1 bis 6c3 und Kosten Sonder-ATC) ergäben sich Verordnungskosten i.H.v. 323.162,04 EUR bei einem Richtgrößenvolumen von 215.444,40 EUR. Der Kläger erhalte bis zum 27.11.2015 Gelegenheit zur Stellungnahme.

Mit Schreiben vom 22.11.2015 teilte der Kläger mit, er habe die Verordnungskosten von 2009 bis 2013 um 117.000 EUR reduziert und auch zwischen 2012 und 2013 habe er insgesamt 46.000 EUR weniger verordnet. Bei laufender Praxis sei es aber sehr schwierig, dies zu bewerkstelligen, besonders bei weiterer Alterung seiner Patienten. Er habe für 2010 die individuelle schriftliche Beratung am 17.12.2012 erhalten, die Prüfung für das Jahr 2012 sei jedoch zuvor erfolgt, so dass die Beratung nicht habe greifen können. Auch im Folgejahr 2013 müsse eine Frist zur Umstellung der Medikation gewährt werden. Die Überschreitung von 50 % sei auch darauf zurückzuführen, dass das Regelleistungsvolumen (RLV) verringert worden sei. In den ersten 100 Fällen kämen zudem lediglich zehn Mitglieder vor, die restlichen 90 seien Rentner, welche zu 56 % über 80 Jahre alt seien. Aufgrund der Multimorbidität komme es zu einer deutlichen Verteuerung.

Mit Bescheid vom 17.12.2015 setzte die Prüfungsstelle wegen Überschreitung des Richtgrößenvolumens für das Jahr 2013 um mehr als 25 % einen Regressbetrag i.H.v. 25.000 EUR fest. Zur Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, im Bereich des Filters 4 seien bei der Berechnung keine Verordnungen ermittelt worden, die vom Ausgabenvolumen hätten abgezogen werden können. Im Bereich des Filters 5 seien Verordnungen i.H.v. 2534,57 EUR, bei Filter 6a1 1661,31 EUR, bei Filter 6a3 7130,61 EUR, bei Filter 6a5 4998,72 EUR, bei Filter 6a7 977,90 EUR und Kosten Sonder-ATC i.H.v. 149,49 EUR ermittelt worden, die vom Ausgabenvolumen (Verordnungskosten gesamt: 340.314,64 EUR) abgezogen worden seien. Dies ergebe Verordnungskosten i.H.v. 323.162,04 EUR. Das Richtgrößenvolumen von 215, 44,40 EUR werde daher um 50 % überschritten. Daraus ergebe sich ein Regressbetrag i.H.v. 53.856,54 EUR. Von diesem Betrag seien die anteiligen gesetzlich und vertraglich vereinbarten Apotheken- und Herstellerrabatte abzuziehen. Gleiches gelte für die Zuzahlungen der Versicherten. Dies führe insgesamt zu einer Reduzierung des Regressbetrags um 11,68 % und ergebe eine Nettoregresssumme von 47.566,10 EUR. Unter Anwendung der Regressbegrenzungsregelung des [§ 106 Abs. 5c S. 7 SGB V](#) sei der Regressbetrag auf 25.000 EUR zu begrenzen. Zwar sei für das Verordnungsjahr 2012 ebenfalls ein Regress festgesetzt worden. Dies sei jedoch nach einer Entscheidung des Sozialgerichts Stuttgart in einem Parallelverfahren (S 20 KA 181/13; gerichtlicher Vergleich vom 24.11.2015) rechtswidrig gewesen. Hiernach könne ein Erstattungsbeitrag erstmals für den Prüfzeitraum nach der Beratung festgesetzt werden. Die hier vom Beschwerdeausschuss mit Schreiben vom 21.11.2012 festgesetzte individuelle Beratung sei im Kalenderjahr 2012 erfolgt und habe sich demgemäß im Verordnungsjahr 2012 noch nicht auswirken können. Aus diesem Grund sei der für das Verordnungsjahr 2013 festzusetzende Regress als erstes Jahr der Regressfestsetzung im Sinne des [§ 106 Abs. 5c S. 7 SGB V](#) anzusehen.

Hiergegen legte der Kläger am 21.12.2015 Widerspruch ein und bezog sich zur Begründung auf seinen Vortrag im Prüfungsverfahren bezüglich der Arzneimittelrichtgrößen 2012, wonach die Altersstruktur der Rentner (136 behandelte Rentner seien über 80 Jahre alt) und die hausärztliche Prägung der Praxis als Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen seien. Das RLV der hausärztlichen Internisten bei den Rentnern sei mit ca. 161 EUR nahezu doppelt so hoch als das der Prüfgruppe 1910 mit ca. 89 EUR. Ergänzend trug er vor, seine Anhörungsfrist sei zu kurz gewesen. Ein ordnungsgemäßes Vorverfahren könne unter derartigen Zeitvorgaben nicht durchgeführt werden. Das Verfahren werde rechtswidriger Weise in das Widerspruchsverfahren verlagert. Soweit § 8 Abs. 10 der Prüfvereinbarung vom 16.04.2008 die nähere Ausgestaltung der Prüfungsstelle und dem gemeinsamen Beschwerdeausschuss in der Prüfrichtlinie übertrage, sei dies rechtswidrig, da diese Kompetenzverlagerung nicht durch das Gesetz gedeckt sei.

Am 21.01.2016 legte die Beigeladene Ziff. 1 Widerspruch ein und trug zur Begründung im Wesentlichen vor, für das Verordnungsjahr 2009 seien bereits Praxisbesonderheiten anerkannt worden. Auch im Verordnungsjahr 2013 seien diese zu berücksichtigen und entsprechend zu würdigen. Es handle sich um Medikamente zur Behandlung von z.B. Drogensubstitution, Gerinnungsstörungen usw. Es sei zu prüfen, ob dies eine Praxisbesonderheit darstelle. Im Jahr 2009 seien allgemeine Diätetika teilweise als Praxisbesonderheit anerkannt und herausgerechnet worden. Auch sei zu prüfen, ob ein Vergleich mit den hausärztlichen Internisten nicht vorteilhafter sei. Zudem sei die Praxis des Klägers deutlich kleiner als die durchschnittliche Praxis der Prüfgruppe (um 28,61 %). Dies bedinge zwangsläufig einen Mangel an Verdünnerfällen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 13.06.2017 wies der Beklagte die Widersprüche des Klägers und der Beigeladenen Ziff. 1 zurück und stellte fest, dass aufgrund der Überschreitung des Richtgrößenvolumens für das Jahr 2013 unter Berücksichtigung der Regressbegrenzungsregelung des [§ 106 Abs. 5c S. 7 SGB V](#) ein Regress i.H.v. 25.000 EUR festzusetzen sei. Zur Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, der Kläger habe im Jahr 2013 bei 2909 Behandlungsfällen (1145 M/F und 1564 R) Arznei- und Verbandmittel i.H.v. 340.314,64 EUR verordnet. Er habe damit die für ihn ermittelte Richtgrößensumme (1105 40 M/F x 55,76 EUR und 1564 R x 89,80 EUR) von 215.444,40 EUR um 124.870,24 EUR überschritten (57,96 %). Der Einwand, dass die Regressfestsetzung ohne jegliche vertragliche Regelung zwischen den Vertragspartnern erfolgt sei, greife nicht durch. Rechtsgrundlage für einen Arzneimittelregress wegen unwirtschaftlicher Ordnungsweise im Rahmen einer Richtgrößenprüfung sei [§ 106 Abs. 5a S. 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 106 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V](#) in der für das Kalenderjahr 2013 geltenden Fassung. Die Arzneimittel-Richtgrößenvereinbarung für das Jahr 2013 sei am 18.12.2012 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und den Landesverbänden der Krankenkassen abgeschlossen worden. Sie sei bereits vorab am 14.12.2012 veröffentlicht worden. Bei den Prüfrichtlinien handle es sich um Verwaltungsvorschriften der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses, die die internen Abläufe regelten und das Ermessen konkretisierten. Aus diesem Grund seien diese nicht veröffentlicht worden. Lediglich für Verwaltungsvorschriften, die unmittelbare Außenwirkung hätten, bestehe eine Pflicht zur Bekanntgabe an die hiervon Betroffenen. Prüfrichtlinien entfalteten jedoch keine unmittelbare Außenwirkung. Eine Frist zur Stellungnahme von zwei Wochen sei nicht unangemessen, zumal der Kläger nicht zum ersten Mal von einer Richtgrößenprüfung betroffen und ihm das Procedere deshalb bekannt sei. Auch könne ein Anhörungsmangel im Widerspruchsverfahren geheilt werden, da der Beschwerdeausschuss den maßgeblichen Sachverhalt in vollem Umfang von Amts wegen ermittle. Der Kläger habe sich im Widerspruchsverfahren lediglich zu formalen Mängeln des Prüfverfahrens geäußert, nicht hingegen zu etwaigen weiteren Praxisbesonderheiten. Soweit die Beigeladene Ziff. 1 eine Praxisbesonderheit hinsichtlich Drogensubstitution und Behandlung von Gerinnungsstörungen geltend mache, sei darauf hinzuweisen, dass die Wirkstoffe zur Drogensubstitution beim Kläger in Höhe von insgesamt 1964,46 EUR und Medikamente zur Behandlung von Gerinnungsstörungen i.H.v. 2336,17 EUR im Rahmen des Filters 5 berücksichtigt worden seien. Ob ein Vergleich mit den hausärztlichen Internisten vorteilhafter wäre, obwohl der Kläger als fachärztlicher Internist zugelassen sei, liege nicht in der Entscheidungsbefugnis des Beschwerdeausschusses. Die Vergleichsgruppe sei die Prüfgruppe, der der Kläger aufgrund seiner vertragsärztlichen Zulassung angehöre und für die entsprechende Richtgrößen bestimmt seien. Man habe die Arzneiverordnungen überprüft und keine weiteren berücksichtigungsfähigen Praxisbesonderheiten gefunden. Dabei habe man gesehen, dass die Fallkosten des Klägers im Bereich des Filters 6a3 (Wundversorgung) mit 551,77 EUR das Doppelte der Fallkosten der Vergleichsgruppe betrage. Zurückzuführen sei dies auf die für den Patienten auf Rang 1verordneten Verbandmittel, die mit 14.721,61 EUR rund 53 % der Gesamtausgaben in dieser Indikation ausmachten. Von diesen Kosten wiederum entfielen allein 11.700,52 EUR auf so genannte moderne Wundauflagen. Die dazu vorliegenden Diagnosen lauteten in allen vier Quartalen "Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzerationen und Entzündungen". Diese Angaben reichten keineswegs aus, den Kostenaufwand an Verbandmitteln auch nur annähernd zu begründen. Vom Kläger sei hierzu kein Vortrag erfolgt. Als Praxisbesonderheit könnten lediglich Verordnungskosten in Höhe von insgesamt 17.152,60 EUR anerkannt werden. Damit sei das Richtgrößenvolumen um 50 % überschritten worden. Die Behandlungsfallzahl der Praxis entspreche im Prüfzeitraum 75,83 % der durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe. Eine Prüfung sei erst dann ausgeschlossen, wenn die Fallzahl der zu prüfenden Praxis die Grenze von 20 % der durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe unterschreite. Zusammenfassend ergebe sich daher folgende Berechnung:

RIG-Volumen: 215.444,40 EUR

Bruttoverordnungskosten: 340.314,64 EUR
./ Filter 5: 2534,57 EUR
./ Filter 6a1 Parkinson: 1661,31 EUR
./ Filter 6a3 Wundversorgung: 7430,61 EUR
./ Filter 6a7 Nachsorge bei akutem Koronarsyndrom: 977,90 EUR
./ Ergänzungsfiler 1 (Sonder-ATC): 149,49 EUR
Bereinigte Verordnungskosten: 323.162,04 EUR
Abweichung RIG-Volumen: 50,00 %

Bereinigte Verordnungskosten: 323.162,04 EUR
./ Richtgrößenvolumen + 25 %: 269.305,50 EUR
Bruttoregresssumme: 53.856,54 EUR
Netto-Regress (11,68 %): 47.566,10 EUR

Unter Beachtung der Regressbegrenzungsregelung des [§ 106 Abs. 5c S. 7 SGB V](#) sei ein Regress von nicht mehr als 25.000 EUR festgesetzt worden.

Hiergegen richtet sich die am 10.07.2017 beim Sozialgericht Stuttgart eingereichte Klage, mit der der Kläger im Wesentlichen geltend macht, entscheidend sei, dass seine Praxis hausärztlich geprägt gewesen sei. Dies habe er bereits in seinen Schriftsätzen vom 14.01.2015 und 22.05.2015 ausgeführt. Entsprechend der Rechtsprechung zur Anforderung an die Konkretisierung von Praxisbesonderheiten habe er im Schreiben vom 14.01.2015 anhand seiner Honorarabrechnung die überwiegend hausärztliche Tätigkeit belegt. Die Gebührennummernübersichten, welche er mit seiner Abrechnung erhalten habe, würden nur Aussagen über das Verhältnis zur zugrunde liegenden Prüfgruppe 1930 (Internisten ohne Schwerpunkt) treffen, soweit dieselben Leistungen betroffen seien, die auch er erbracht und abgerechnet habe. Per Mail vom 20.04.2015 sei ihm eine Gebührennummernübersicht sämtlicher Positionen, welche die entsprechende Prüfgruppe abrechne, also auch der Positionen, welche er nicht erbracht habe, zugeleitet worden. Hierauf habe er mit Schreiben vom 22.05.2015 Stellung genommen. Eine intensivere Darlegung der Abweichung gegenüber der Prüfgruppe der fachärztlichen Internisten ohne Schwerpunkt bezüglich der Zusammensetzung der Patientenklientel und der Behandlung durch ihn sei nicht zu leisten. Diese Ausführungen habe der Beklagte vollständig übergangen. Der Beklagte erkenne, dass Praxisbesonderheiten sich dadurch auszeichneten, dass innerhalb der jeweiligen Vergleichsgruppe deutliche Abweichungen vorlägen. Dieser Mangel des Bescheids mache die Entscheidung rechtswidrig. Die Zusammensetzung der Richtgrößengruppe "191-FA Innere Medizin (mit und ohne Schwerpunkt)" bestehe nach der Richtgrößenvereinbarung 2012 aus Fachärzten für Innere Medizin mit und ohne Schwerpunkten ("FA Innere Medizin, fachärztl. tätig, ohne SP; FA Innere Medizin, fachärztl. tätig, SP Gastroenterologie; FA Innere Medizin, fachärztl. tätig, SP Pneumologie und FA für Lungenheilkunde; FA Innere Medizin, fachärztl. tätig, SP Endokrinologie; FA Innere Medizin, fachärztl. tätig, SP Angiologie"). Die meisten in der Gruppe seien jedoch solche mit Schwerpunkten. Sie müssten überwiegend im Schwerpunkt tätig sein, was entsprechende Auswirkungen auf die Arzneiverordnungsweise habe. Daraus werde ersichtlich, dass ein hausärztliches Spektrum davon deutlich abweiche. Hinzu komme, dass er seit Jahren zu den im Widerspruchsbescheid aufgeführten Verordnungskosten Stellung genommen habe, denn es handle sich um wenige und langjährige Patienten. Bei den Verbandsmitteln gehe es praktisch ausschließlich um den Patienten W., der schizophren gewesen sei und seine Haut - bis zu seinem Suizid - nachhaltig geschädigt habe, so dass dreimal pro Woche neue Verbände anzubringen gewesen seien. Bei den Schmerzmitteln handle es sich überwiegend um schwerkranke oder alte Patienten im Altersheim, auch W. sei ein Schmerzpatient gewesen. Außerdem habe der Beklagte nicht berücksichtigt, dass die Rentnerpatienten deutlich älter als beim Durchschnitt der Gruppe seien. Soweit der Beklagte der Auffassung sei, dass die Leistung nach Nummer 13250 EBM (Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung) nur abgerechnet werden dürfe, wenn ein Brief an einen Hausarzt erfolgt sei, treffe dies nicht zu. Diese Gebührensätze seien auch dann berechnungsfähig, wenn der Versicherte auf Nachfrage keinen Hausarzt angebe bzw. die schriftliche Einwilligung zur Information des Hausarztes nicht erteile. Auch habe er die Nummer 40120 EBM (Portokostenersatz) lediglich 42-mal abgerechnet, mithin liege er diesbezüglich etwa 92 % unter der Fachgruppe. Darüber hinaus sei zu berücksichtigen, dass die Prüfrichtlinie nicht bekannt gegeben worden sei. Diese sei nämlich nicht veröffentlicht worden. Der darauf beruhende Eingriff in die Rechte des Vertragsarztes sei damit rechtswidrig. Soweit "§ 8 Abs. 10" der Prüfvereinbarung vom 16.04.2008 die Einzelheiten über die Vereinbarungen gemäß [§ 106 Abs. 5a und Abs. 5d SGB V](#) auf die Prüfungsstelle und den Beschwerdeausschuss verlagere, sei dies rechtswidrig, da nicht vom Gesetz gedeckt. Außerdem gehe die Verweisung ins Leere, weil die Prüfrichtlinien nicht veröffentlicht seien. Da einige Normen (§ 1 Abs. 10, § 4 Abs. 5, § 13 Abs. 7, § 14 Abs. 7) der Prüfroutine Außenwirkung hätten, seien diese zu veröffentlichen. Die zeitliche Gestaltung der Prüfung zum Ende des nach dem Gesetz möglichen 2-Jahres-Zeitraums verletze sein Recht auf ein faires Verfahren und damit auf rechtliches Gehör. Mehr als zwei Jahre bis zum Abschluss der Prüfung seien für den Betroffenen unzumutbar und benachteiligten ihn gegenüber den Prüfungsinstanzen. Der Arzt müsse hingegen eine Zweiwochenfrist einhalten. Dies verletze den Grundsatz eines fairen Verfahrens. Dabei verstoße die Prüfungsstelle auch gegen § 14 Prüfvereinbarung. Soweit sich der Beklagte auf [§ 41 Abs. 1 Ziff. 3 SGB X](#) stütze, sei zu beachten, dass diese Vorschrift eng auszulegen sei. Insgesamt werde das eigentliche Prüfverfahren ins Widerspruchsverfahren verlagert.

Der Kläger beantragt,

den Bescheid des Beklagten vom 13.07.2017 aufzuheben, hilfsweise den Beklagten zu verurteilen, erneut über den Widerspruch des Klägers unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

Der Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Er hält seine angefochtene Entscheidung für zutreffend und trägt ergänzend vor, das Begehren des Klägers sei in sich widersprüchlich. Er könne sich nicht einerseits die Vorteile, die ihm durch die Zuordnung zu der Fachgruppe der Fachärzte für Innere Medizin im Honorarbereich vereinnahmen und andererseits die für ihn günstigere Richtgrößengruppe der Hausärzte beanspruchen. Die gewählte Vergleichsgruppe der "Fachgruppe für Innere Medizin" (mit insgesamt 495 Praxen) als statistische Basis für die durchgeführte Prüfung sei ausreichend groß und homogen und nicht zu beanstanden. Es gelte die Grundregel, dass Ärzte nur mit Ärzten verglichen werden dürften, die auf demselben Fachgebiet tätig seien. Der Kläger sei als Facharzt für Innere Medizin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er gehöre damit dieser

Fachgruppe an und nehme auch Behandlungen vor, die in das Gebiet der Fachärzte für Innere Medizin fielen. Die Fachgruppe bilde grundsätzlich die geeignete Vergleichsgruppe. Die Anerkennung bzw. Ablehnung einer Praxisbesonderheit stelle auf die individuellen Praxisgegebenheiten ab, so dass Praxisunterschiede Berücksichtigung fänden. Besondere Praxisverhältnisse könnten daher bei dem Abzug von Praxisbesonderheiten berücksichtigt werden. Dieses Vorgehen sei ohne weiteres vom Ermessensspielraum der Prüfungsgremien gedeckt. Aus den vom Kläger vorgelegten Dokumentationen ergebe sich kein vom Durchschnitt der Vergleichsgruppe signifikant abweichender Behandlungsbedarf. Dies gelte neben der Behandlung von Rentnern auch für die behauptete hausärztliche Tätigkeit. Den Praxisbesonderheiten des Klägers habe man durch Berücksichtigung der Wirkstoffe und Indikationen der Anlagen zu Richtgrößenvereinbarung 2012 sowie durch die von Amts wegen durchgeführte Ermittlung, ob kostenmindernde einzelne Besonderheiten zu berücksichtigen seien, hinreichend Rechnung getragen. Im Übrigen genüge der Vortrag des Klägers seiner Substantiierungspflicht nicht. Die Ausführungen des Klägers zu seiner überwiegend aus älteren Rentnern bestehenden Patienten Klientel seien nicht ausreichend. Es fehlten Ausführungen dazu, inwieweit gerade diese alten Patienten überdurchschnittliche Verordnungskosten verursacht hätten. Dass im Alter häufig eine Multimedikation notwendig sei, stelle keine Ausnahme dar. Dies liege schon in der Natur der Sache und werde bei der Bildung der Richtgrößen entsprechend berücksichtigt. Die Prüfung der Morbiditätsstruktur einer Praxis und damit die Feststellung von Praxisbesonderheiten erfolge bei der Betrachtung der Arzneiverordnungsweise nicht alters- sondern ATC-bezogen. Für eine zusätzliche und weitergehende Berücksichtigung von hochbetagten Patienten bestehe zudem auch keine Notwendigkeit, da die Multimorbidität gerade älterer Patienten und die damit verbundenen erhöhten Verordnungskosten der typischen fachgruppenspezifischen Alterserkrankungen im Rahmen der jeweils unterschiedlichen Filterindikationen bei der Ermittlung von Praxisbesonderheiten berücksichtigt werde. Der Hinweis des Klägers auf Angaben zur Diagnose nach ICD-10 sei nicht zielführend. Die Betrachtung der Arzneiverordnungsweise und damit die Feststellung von Praxisbesonderheiten erfolge in Baden-Württemberg indikations- bzw. wirkstoffbezogen auf Grundlage entsprechend ausgestellter Verordnungen. Im Gegensatz zu einer diagnosebezogenen Betrachtung werde hierdurch sichergestellt, dass sämtliche Verordnungskosten - ohne Verdünnungseffekte - ermittelt würden. Bei einer ICD-bezogenen Betrachtung würden unter Umständen auch Fälle ohne Verordnungskosten einbezogen. Aus dem Vortrag des Klägers in Bezug auf seine gastroenterologische Tätigkeit gehe zudem seine fachärztliche Ausrichtung hervor. Darüber hinaus zeigten die Abrechnungsdaten des Verordnungsjahres 2013, dass der Kläger die Leistung nach Nr. 13250 EBM (Zusatzpauschale fachinternistisches Behandlung) bei 2915 Behandlungsfällen insgesamt 2685-mal, d.h. in 92 % aller Fälle abgerechnet habe. Da diese Leistung grundsätzlich nur dann berechnet werden könne, wenn ein Brief an einen Hausarzt erfolgt sei, dokumentiere dies die fachärztliche Ausrichtung der Praxis des Klägers. Damit erfolge der Vergleich des Klägers mit der richtigen Fachgruppe. Der Widerspruchsbescheid sei auch im Übrigen rechtmäßig. Eine Pflicht zur Publikation der Prüfrichtlinien bestehe mangels unmittelbarer Außenwirkung nicht. Die Prüfrichtlinien dienten der Verwaltungsorganisation und deren Wirkbereich beschränke sich auf das Innere der gemeinsamen Prüfungseinrichtungen. Auch die gesetzlich vorgesehene Gestaltung der Prüfung sowie die zweiwöchige Frist zur Stellungnahme im Vorverfahren begründeten nicht die Annahme, dass das Prüfungsverfahren nicht ordnungsgemäß durchgeführt worden sei. Ausgehend davon, dass nach der Rechtsprechung für die Anhörung ein Mindestzeitraum von zwei Wochen zu gewähren sei, sei vorliegend ohne Rechtsfehler seitens der Prüfungsstelle vor Erlass des Prüfbescheids vom 17.12.2015 eine zeitlich ausreichende Möglichkeit eingeräumt worden, um sich zu äußern. Unabhängig davon könnten etwaige Fehler bei der Anhörung gemäß [§ 41 Abs. 2 SGB X](#) geheilt werden, was hier durch die lange Anhörungsmöglichkeit im Widerspruchsverfahren vom Zeitpunkt des Zugangs der Eingangsbestätigung vom 11.01.2016 bis zur abschließenden Entscheidung der Kammer am 17.05.2017 ohne weiteres geschehen sei.

Mit Beschluss vom 06.11.2017 hat das Gericht die Beigeladenen Ziff. 1-7 zum Verfahren beigelegt. Diese haben keine Anträge gestellt.

Auf Anforderung des Gerichts hat der Beklagte die Prüfvereinbarung für das Jahr 2013 und die Prüfrichtlinien der gemeinsamen Prüfungsstelle Baden-Württemberg und des Beklagten (Stand: 28.10.2009) vorgelegt; hierauf wird Bezug genommen.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakte und auf die von der Beklagten vorgelegte Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht erhobene Klage ist zulässig, aber unbegründet. Der mit der Klage angefochtene Widerspruchsbescheid des Beklagten vom 13.06.2017 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Sowohl der Haupt- als auch der Hilfsantrag konnten somit keinen Erfolg haben.

Die Kammer hat in der Besetzung mit einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Vertragsärzte und Psychotherapeuten und einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Krankenkassen verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit des Vertragsarztrechts ([§ 12 Abs. 3 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)) handelt.

Gegenstand des Verfahrens ist nur der Bescheid des Beklagten vom 13.06.2017, nicht auch der der Prüfungsstelle. In Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung beschränkt sich die gerichtliche Kontrolle auf die das Verwaltungsverfahren abschließende Entscheidung des Beschwerdeausschusses. Dieser wird mit seiner Anrufung für das weitere Prüfverfahren ausschließlich und endgültig zuständig. Sein Bescheid ersetzt den ursprünglichen Verwaltungsakt der Prüfungsstelle, der abweichend von [§ 95 SGG](#) im Fall der Klageerhebung nicht Gegenstand des Gerichtsverfahrens wird. Eine Anfechtungsklage gegen den Bescheid der Prüfungsstelle ist daher in der Regel - von hier nicht einschlägigen Ausnahmefällen abgesehen - unzulässig (st. Rspr., vgl. nur BSG, Urteil vom 11.05.2011 - [B 6 KA 13/10 R](#) = SozR 4-2500 [§ 106 Nr. 32 m.w.N.](#)).

Rechtsgrundlage des angefochtenen Regressbescheids für das Jahr 2013 ist [§ 106 Abs. 5a Satz 3 SGB V](#) in der hier ab dem 26.10.2012 geltenden Fassung. Danach hat der Vertragsarzt bei einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 % nach Feststellung durch die Prüfungsstelle den sich daraus ergebenden Mehraufwand den Krankenkassen zu erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist. Die Vorschrift regelt für die in [§ 106 Abs. 5a](#) ff. SGB V normierte Richtgrößenprüfung (als praktisch bedeutsamste Form der Wirtschaftlichkeitsprüfung) einen besonderen verschuldensunabhängigen Schadensersatzanspruch der Krankenkassen gegen den Vertragsarzt wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise (vgl. BSG, Urteil vom 28.10.2015, - [B 6 KA 45/14 R](#) = juris m.w.N.). Ein Erstattungsbetrag kann bei künftiger Überschreitung erstmals für den Prüfzeitraum nach der Beratung festgesetzt werden ([§ 106 Abs. 5e Satz 2 SGB V](#)). Vorliegend handelt es sich bezüglich des streitigen Verordnungsjahres 2013 um den ersten Verordnungszeitraum nach einer individuellen Beratung, die mit Schreiben des Prüfungsausschusses vom 21.11.2012 festgesetzt wurde.

Die Richtgrößenprüfung wird auf der Grundlage eines Vergleiches zwischen dem tatsächlichen Verordnungsvolumen des geprüften Arztes und dem sich aus der Richtgrößenvereinbarung nach [§ 84 Abs. 6 Satz 1 SGB V](#) ergebenden Richtgrößenvolumen durchgeführt. Das (Arzneimittel-) Richtgrößenvolumen des Vertragsarztes i.S.d. [§ 106 Abs. 5a Satz 3 SGB V](#) wird auf der Grundlage von gesamtvertraglich festgelegten (Arzneimittel-)Richtgrößen berechnet. Gemäß [§ 84 Abs. 6 Satz 1 SGB V](#) vereinbaren die Vertragspartner nach [§ 84 Abs. 1 SGB V](#) (Landesverbände der Krankenkassen, Ersatzkassen und Kassenärztliche Vereinigung) bis zum 15.11. für das jeweils folgende Kalenderjahr zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung für das auf das Kalenderjahr bezogene Volumen der je Arzt verordneten Leistungen nach [§ 31 SGB V](#) (Richtgrößenvolumen) arztgruppenspezifisch fallbezogene Richtgrößen als Durchschnittswerte. Gemäß [§ 84 Abs. 6 Satz 3 SGB V](#) leiten die Richtgrößen den Vertragsarzt bei seiner Entscheidung über die Verordnung von Leistungen nach [§ 31 SGB V](#) (Arznei- und Verbandmittel) nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot ([§ 84 Abs. 6 Satz 3 SGB V](#)). Insoweit dienen die Richtgrößen der (vorausschauenden) Steuerung des Ordnungsverhaltens. Gemäß [§ 84 Abs. 6 Satz 4 SGB V](#) löst die Überschreitung des Richtgrößenvolumens eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach [§ 106 Abs. 5a SGB V](#) (Richtgrößenprüfung) aus. Insoweit dienen die Richtgrößen der (rückschauenden) Prüfung des Ordnungsverhaltens; sie haben dabei die Funktion von normativ festgelegten (und nicht nur statistisch ermittelten) Vergleichswerten (vgl. Clemens, in: jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 106 RdNr. 249). Anders als bei der statistischen Vergleichsprüfung kommt es bei der Richtgrößenprüfung also nicht darauf an, wie sich das Ordnungsverhalten des geprüften Arztes zu dem der Vergleichsgruppe im Prüfungszeitraum verhält, sondern darauf, ob er das vorgegebene Richtgrößenvolumen einhält.

Es entspricht ständiger Rechtsprechung des BSG, dass der Begriff der Praxisbesonderheiten bei der Richtgrößenprüfung nicht anders zu verstehen ist als im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten (BSG, Beschluss vom 25.01.2017 - [B 6 KA 22/16 B](#) = juris RdNr. 13). Praxisbesonderheiten i.S.d. [§ 106 Abs. 5a Satz 3 SGB V](#) liegen vor, wenn für die Prüfpraxis ein spezifischer, vom Durchschnitt der Vergleichsgruppe signifikant abweichender Behandlungs- bzw. Ordnungsbedarf der eigenen Patientenschaft und die hierdurch hervorgerufenen Mehrkosten nachgewiesen werden können (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 26.10.2016 - [L 5 KA 3599/13](#) = juris RdNr. 49 m.w.N.). Die Abrechnung eines (bloßen) "Mehr" an fachgruppentypischen Leistungen begründet keine Praxisbesonderheit (BSG, Urteil vom 29.06.2011 - [B 6 KA 17/10 R](#) = juris). Gemäß [§ 106 Abs. 5a Satz 5 SGB V](#) sind in der Prüfungsvereinbarung - (nur) klarstellend-deklaratorisch - Maßstäbe zur Prüfung der Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten festzulegen. Ob Praxisbesonderheiten anzuerkennen sind, lässt sich nicht anhand statistischer Erwägungen feststellen. Dies ergibt sich vielmehr aus einer wertenden Betrachtung, welche zum einen zum Gegenstand hat, ob die vorgetragenen spezifischen Besonderheiten des Patientenkontexts im Vergleich zur Fachgruppe tatsächlich bestehen und zum anderen, ob diese Besonderheiten die Annahme rechtfertigen, dass sich diese auf das Ordnungsverhalten ausgewirkt haben (BSG, Beschluss vom 25.01.2017 - [B 6 KA 22/16 B](#)).

Für die Feststellung und Bewertung von Praxisbesonderheiten haben die Prüfgremien (auch) bei der Richtgrößenprüfung einen Beurteilungsspielraum (BSG, Beschluss vom 30.11.2016 - [B 6 KA 21/16 B](#); BSG SozR 4-2500 § 84 Nr. 2 RdNr. 38; [BSGE 95, 199](#) = [SozR 4-2500 § 106 Nr. 11](#), RdNr. 36; BSG SozR 4-2500 § 106 Nr. 41 RdNr. 16). Die Kontrolle der Gerichte beschränkt sich daher darauf, ob das Verwaltungsverfahren ordnungsgemäß durchgeführt worden ist, ob der Verwaltungsentscheidung ein richtiger und vollständig ermittelter Sachverhalt zugrunde liegt, ob die Verwaltung die Grenzen eingehalten hat, die sich bei der Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs "Wirtschaftlichkeit" ergeben, und ob sie ihre Subsumtionserwägungen so verdeutlicht und begründet hat, dass im Rahmen des Möglichen die zu treffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist (BSG, Urteil vom 22.10.2014, - [B 6 KA 8/14 R](#) = juris RdNr. 56 m.w.N.).

Das BSG räumt den Prüfgremien in ständiger Rechtsprechung deshalb einen Beurteilungsspielraum ein, weil sich die die Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Behandlungs- und Ordnungsweise betreffenden Fragen zum Teil nur im Rahmen einer fachkundigen Beurteilung beantworten lassen (BSG, Beschluss vom 25.01.2017 - [B 6 KA 22/16 B](#); SozR 2200 § 368n Nr. 31 S. 106). Ein Beurteilungsspielraum der Prüfgremien besteht nicht generell hinsichtlich aller Fragen der Sachverhaltsermittlung und Beweisführung, sondern nur in Bezug auf solche Fragestellungen, die einer Bewertung unter Heranziehung der besonderen Fachkunde der Mitglieder der Prüfgremien bedürfen ([BSGE 95, 199](#) = [SozR 4-2500 § 106 Nr. 11](#), RdNr. 36 m.w.N.). Zu diesen Fragestellungen zählt das BSG insbesondere - für den Bereich der Richtgrößenprüfungen aber auch ausschließlich - die Feststellung und Bewertung von Praxisbesonderheiten (BSG, Urteil vom 22.10.2014, - [B 6 KA 8/14 R](#) = juris RdNr. 57).

Für die richtige und vollständige Ermittlung des (Praxisbesonderheiten-)Sachverhalts gelten im Ausgangspunkt die allgemeinen Regelungen des sozialrechtlichen Verwaltungsverfahrensrechts. Gemäß [§ 20 Abs. 1 SGB X](#) ermitteln die Behörden, hier die Prüfgremien, den Sachverhalt von Amts wegen. Sind Praxisbesonderheiten erkennbar oder kommt das Vorliegen von Praxisbesonderheiten ernsthaft in Betracht, müssen die Prüfgremien von Amts wegen entsprechende Ermittlungen durchführen (LSG Baden-Württemberg, a.a.O., RdNr. 50). Gemäß [§ 20 Abs. 1 Satz 2 SGB X](#) bestimmt die Behörde (u.a.) die Art der Ermittlungen; sie kann zur Durchführung der Amtsermittlung (ohne Weiteres) auch maschinelle Verfahren der Datenverarbeitung als Hilfsmittel der Amtsermittlung anwenden. Der Amtsermittlungspflicht der Behörden steht die Mitwirkungsobliegenheit der Beteiligten gegenüber. Diese sollen gemäß [§ 21 Abs. 2 SGB X](#) bei der Ermittlung des Sachverhalts mitwirken und insbesondere ihnen bekannte Tatsachen und Beweismittel angeben. Das Gesetz legt Näheres hierzu nicht fest. Art und Umfang der den Beteiligten obliegenden Mitwirkung hängen (u.a.) von der Eigenart des Verfahrensgegenstandes, der Sachkunde der Verfahrensbeteiligten und den Einzelfallumständen im Übrigen ab. In der vertragsarztrechtlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung obliegt die Darlegungs- und Feststellungslast für besondere, einen höheren Behandlungsaufwand rechtfertigende atypische Umstände, wie Praxisbesonderheiten und kompensierende Einsparungen, dem Vertragsarzt; diese Darlegungslast geht über die allgemeinen Mitwirkungspflichten nach [§ 21 Abs. 2 SGB X](#) hinaus. Grundsätzlich ist es daher Angelegenheit des Vertragsarztes, die für ihn günstigen Tatsachen so genau wie möglich anzugeben und zu belegen, vor allem, wenn sie allein ihm bekannt sind oder nur durch seine Mithilfe aufgeklärt werden können. Der Vertragsarzt ist gehalten, solche Umstände im Prüfungsverfahren, also spätestens gegenüber dem Beschwerdeausschuss und nicht erst im nachfolgenden Gerichtsverfahren, geltend zu machen, die sich aus der Atypik seiner Praxis ergeben, aus seiner Sicht ergeben und den Prüfgremien nicht ohne Weiteres an Hand der Ordnungsdaten und der Honorarabrechnung bekannt sind oder sein müssen (vgl. BSG, Urteil vom 05.06.2013 - [B 6 KA 40/12 R](#) = juris RdNr. 18). Die Darlegungen müssen substantiiert sein und spezielle Strukturen der Praxis, aus denen Praxisbesonderheiten folgen können, aufzeigen. Die bloße Auflistung von Behandlungsfällen mit Diagnosen und Ordnungsdaten genügt nicht. Notwendig ist grundsätzlich, dass der Arzt seine Patientenschaft und deren Erkrankungen systematisiert, etwa schwerpunktmäßig behandelte Erkrankungen aufzählt und mitteilt, welcher Prozentsatz der Patienten ihnen jeweils zuzuordnen ist und welcher Aufwand an Behandlung bzw. Arzneimitteln durchschnittlich für die Therapie einer solchen Erkrankung erforderlich ist. Überspannte Anforderungen dürfen aber nicht gestellt werden. Die Prüfgremien müssen die Darlegungen des Arztes aufgreifen und, soweit veranlasst, zum Gegenstand weiterer Ermittlungen von Amts wegen machen und dabei - im

Wechselspiel von Amtsermittlung und (gesteigerter) Mitwirkungsobliegenheit des Vertragsarztes - auf ggf. notwendige Konkretisierungen hinwirken. Einwände, die der Arzt erst im gerichtlichen Verfahren vorbringt, obwohl es ihm oblegen hätte, diese schon den Prüfungsgremien gegenüber zu erheben, können unberücksichtigt bleiben, weil der Arzt nicht berechtigt ist, das Prüfverfahren zu unterlaufen und die den Prüfungsgremien vorbehaltene Prüfung in das gerichtliche Verfahren zu verlagern (BSG, Urteil vom 21.03.2012 - [B 6 KA 17/11 R](#) = SozR 4-2500 § 106 Nr. 35 RdNr. 41).

Unter Beachtung dieser Grundsätze stellt das Gericht fest, dass das Verwaltungsverfahren ordnungsgemäß durchgeführt worden ist, der Verwaltungsentscheidung ein richtiger und vollständig ermittelter Sachverhalt zugrunde liegt, der Beklagte die Grenzen eingehalten hat, die sich bei der Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs "Wirtschaftlichkeit" ergeben, und dass er seine Subsumtionserwägungen so verdeutlicht und begründet hat, dass im Rahmen des Möglichen die zu treffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist.

In verfahrensrechtlicher Hinsicht muss die Festsetzung eines den Krankenkassen zu erstattenden Mehraufwands nach [§ 106 Abs. 5a SGB V](#) - seit 01.01.2011 - innerhalb von 2 Jahren nach Ende des geprüften Verordnungszeitraums erfolgen ([§ 106 Abs. 2 Satz 7](#) HS 2 SGB V); davor war eine Ausschlussfrist von 4 Jahren maßgeblich.

Davon ausgehend erweist sich der angefochtene Regressbescheid vom 13.06.2017 als formell rechtmäßig; er ist von der zuständigen Behörde in einem rechtsfehlerfreien Verwaltungsverfahren, insbesondere unter Wahrung der für die Regressfestsetzung maßgeblichen (Ausschluss-)Frist, erlassen worden.

Soweit der Kläger rügt, sein Recht auf ein faires Verfahren sei dadurch verletzt worden, dass die Gemeinsame Prüfungsstelle ihn erst kurz vor Ablauf der Zweijahresfrist angehört und ihm lediglich eine zweiwöchige Äußerungsfrist eingeräumt habe, geht dieser Einwand fehl. Vor einem Honorarregress wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise ist dem betroffenen Arzt zwar gem. [§ 24 Abs. 1 SGB X](#) stets Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, da dieser als Schadensersatzanspruch in dessen Rechte eingreift (Engelmann in: Hauck/Noftz, Kommentar zum SGB V, § 106 RdNr. 549a, Stand 11/2017). Die Gemeinsame Prüfungsstelle darf aber die 2-Jahresfrist nach Ende des geprüften Verordnungszeitraums ([§ 106 Abs. 2 Satz 7](#) HS 2 SGB V) voll ausschöpfen. Maßgeblich ist danach nur, dass der Prüfungsbescheid innerhalb des 2-Jahreszeitraumes - wie vorliegend - ergeht. Die Anhörungsfrist, die dem Kläger gewährt wurde, war auch angemessen. Ob eine angemessene Anhörungsfrist eingeräumt worden ist, unterliegt der gerichtlichen Kontrolle ebenso wie die Prüfung, ob die gesetzlich ausdrücklich bezeichneten Tatbestandsvoraussetzungen des [§ 24 Abs. 1 SGB X](#) erfüllt sind (Siefert in: v. Wulffen/Schütze/Siefert, 8. Aufl. 2014, Kommentar zum SGB X, § 24 RdNr. 15). Eine Frist von zwei Wochen - zuzüglich der Postlaufzeit - ist als Mindestzeitraum in der Rechtsprechung des BSG (vgl. nur BSG, Urteil vom 06.08.1992 - [8/5a RKnU 1/87](#) = [BSGE 71, 104](#) = [SozR 3-1300 § 24 Nr. 7](#)) und in der Literatur (Siefert, a.a.O., RdNr. 16; Lang in: Diering/Timme/Stähler, Kommentar zum SGB X, 5. Aufl. 2019, § 24 RdNr. 16) anerkannt. Vorliegend wurde dem Kläger im Anhörungsschreiben der Gemeinsamen Prüfungsstelle vom 10.11.2015 eine Äußerungsfrist bis zum 27.11.2015 eingeräumt und mithin der Mindestzeitraum von zwei Wochen beachtet. Der Kläger hat sich auch innerhalb dieses Zeitraums, nämlich mit Schreiben vom 22.11.2015, zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit geäußert und hierbei auch keine Fristverlängerung beantragt. Schließlich ist zu berücksichtigen, dass sich die Anhörung an eine fachkundige Person (Vertragsarzt) gerichtet hat und der Kläger nach seinem eigenen Vortrag die Argumente aus vorherigen Prüfungsverfahren wiederholte, so dass davon auszugehen ist, dass er mit der Materie vertraut war. Das Gericht sieht daher im vorliegenden Fall keine konkreten Anhaltspunkte dafür, dass die dem Kläger gewährte Anhörungsfrist zu kurz war. Im Übrigen kann eine unterbliebene oder - wegen eines zu kurzen Anhörungszeitraums - unwirksame Anhörung des Vertragsarztes sowohl im Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss, als auch bis zur letzten Tatsacheninstanz eines sozialgerichtlichen Verfahrens, also noch in der Verhandlung vor dem Landessozialgericht, nachgeholt und ein entsprechender Verstoß gegen die Anhörungspflicht damit geheilt werden ([§ 41 Abs. 1 Nr. 3 SGB X](#); vgl. Engelmann, a.a.O., § 106 RdNr. 550). Der Beklagte weist in diesem Zusammenhang zutreffend darauf hin, dass der Kläger während des Widerspruchsverfahrens genügend Zeit hatte, sich ausführlich zu äußern. Ein etwaiger Anhörungsmangel wäre daher bereits als im Widerspruchsverfahren geheilt anzusehen.

Auch die Ansicht des Klägers, die Wirtschaftlichkeitsprüfung sei wegen unterbliebener Bekanntmachung der Prüfrichtlinie unzulässig, trifft nicht zu. Bei der Prüfrichtlinie der gemeinsamen Prüfungsstelle Baden-Württemberg und des Beklagten (Stand 28.10.2009) handelt es sich um eine interne Verwaltungsvorschrift ohne unmittelbare Außenwirkung, so dass das Publikationsgebot nicht verletzt wurde. [§ 106 Abs. 3 SGB V](#) (in der hier anzuwendenden Fassung für das Jahr 2013) verpflichtet und ermächtigt die Verbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen, die gesetzlichen Bestimmungen in Prüfvereinbarungen zu konkretisieren und zu ergänzen. Als obligatorischen Inhalt der Prüfvereinbarungen bestimmt [§ 106 Abs. 3 SGB V](#) Regelungen über Inhalt und Durchführung der Beratung nach [§ 106 Abs. 1a SGB V](#) und der Prüfung der Wirtschaftlichkeit ([§ 106 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#)), über das Verfahren zur Bestimmung der Stichproben für Stichprobenprüfungen ([§ 106 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#)), über die Voraussetzungen für die Durchführung von Einzelfallprüfungen ([§ 106 Abs. 3 Satz 3 Hs. 1 SGB V](#)), über die Durchführung von Einzelfallprüfungen auf Antrag ([§ 106 Abs. 3 Satz 3 Hs. 2 SGB V](#)) und über pauschale Honorarkürzungen ([§ 106 Abs. 3 Satz 3 Hs. 1 und Satz 4 SGB V](#)). Hierzu gehört weiter die Vereinbarung von Maßstäben zur Prüfung der Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten ([§ 106 Abs. 5a Satz 5 SGB V](#)) sowie die Regelung des Näheren zur Prüfung der Einhaltung der Richtlinien nach [§ 106 Abs. 5b SGB V](#) ([§ 106 Abs. 5b Satz 2 SGB V](#)). Ebenso gehört hierzu, das Nähere zur Umsetzung des Vorrangs der Beratungen zu regeln ([§ 106 Abs. 5e Satz 6 SGB V](#)). Fakultativ können die Prüfvereinbarungen u.a. Regelungen über andere arztbezogene Prüfungsarten ([§ 106 Abs. 2 Satz 4 SGB V](#)) und über die Verpflichtung zur Mitteilung des Erstattungsbetrages an die Krankenkassen enthalten (vgl. hierzu Engelmann, a.a.O. § 106 RdNr. 430a ff.).

Rechtstechnisch handelt es sich bei den Prüfvereinbarungen um öffentlich-rechtliche Verträge im Sinne der [§§ 53 ff. SGB X](#), die Rechtsnormcharakter haben (BSG, Urteil vom 23.02.2005 - [B 6 KA 72/03 R](#) = [SozR 4-2500 § 106 Nr. 8](#); Urteil vom 14.05.1997 - [6 RKA 10/96](#) = [SozR 3-1300 § 63 Nr. 10](#); Steinhäuser in: Schnapp/Wigge, Das gesamte Kassenarztrecht, 3. Aufl. 2017, § 18 RdNr. 15 m.w.N.; Ulrich in: Schlegel/Voelzke, jurisPK- SGB V, § 106 RdNr. 67 m.w.N.). Grundsätzlich bindet die Prüfvereinbarung die Vertragsparteien untereinander. Eine Bindungswirkung gegenüber Leistungserbringern kommt nur dann in Betracht, wenn dem Publizitätsgebot entsprochen wird (Steinhäuser, a.a.O.).

Vorliegend haben die Verbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen und die Kassenärztlichen Vereinigung die Vereinbarung nach [§ 106 Abs. 3 SGB V](#) zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung (Prüfvereinbarung Baden-Württemberg; im Folgenden PV) mit Wirkung zum 01.01.2008 geschlossen und diese Prüfvereinbarung auch veröffentlicht. Dies ist zwischen Beteiligten auch

nicht streitig. Streitig ist allein, ob die in der Prüfvereinbarung in Bezug genommenen Prüfrichtlinien dem Publikationsgebot unterliegen. Dies ist jedoch nicht der Fall. Die Publikationspflicht für Verwaltungsvorschriften mit unmittelbarer Außenwirkung für Dritte ist im Rechtsstaatsprinzip ([Art. 20 Abs. 3](#) Grundgesetz (GG), [Art. 28 Abs. 1 S. 1 GG](#)) sowie in der Garantie effektiven Rechtsschutzes ([Art. 19 Abs. 4 GG](#)) begründet (BVerwG, Urteil vom 25.11.2004 - [5 CN 1/03](#) = [BVerwGE 122, 264](#) = juris RdNr. 31). Das Publikationsgebot gilt mithin nur für Verwaltungsvorschrift mit unmittelbarer Außenwirkung. Nur verwaltungsintern bindende und steuernde ermessenslenkende Verwaltungsvorschriften, die allenfalls mittelbar eine Auswirkung zu begründen vermögen, bedürfen für ihre Wirksamkeit keiner Bekanntgabe (BVerwG, a.a.O.). Im vorliegenden Fall sieht das Gericht keine konkreten Anhaltspunkte dafür, dass in den Prüfungsrichtlinien Vorschrift mit unmittelbarer Außenwirkung für Dritte enthalten sind (hierzu sogleich). Selbst wenn dies jedoch der Fall wäre, wären die Prüfrichtlinien zwar nicht gegenüber Dritten wirksam geworden, dies ließe aber die Wirksamkeit der veröffentlichten Prüfvereinbarung unberührt.

Nach § 1 Abs. 10 PV gilt Folgendes: "Um bei gleich gelagerten Sachverhalten eine einheitliche Entscheidung in der gemeinsamen Prüfungsstelle und dem gemeinsamen Beschwerdeausschuss sicherstellen zu können, sollen diese gemeinsam verbindliche Prüfrichtlinien festlegen." § 4 Abs. 5 PV regelt: "Das Nähere zu den Prüfarten nach § 4 Nr. 1 bis 4 wird in den Prüfrichtlinien nach § 1 Nr. 10 geregelt." Nach § 5 Abs. 6 PV erfolgt die Verfahrensregelungen zur Umsetzung der Konkurrenzbestimmungen über die Prüfrichtlinien gemäß § 1 Nr. 10 PV. § 8 Abs. 3 PV regelt: "Bei der Prüfung werden die Verordnungsdaten eines Kalenderjahres zu Grunde gelegt. Das Nähere wird in der Prüfrichtlinie nach § 1 Nr. 10 geregelt." § 13 Abs. 5 S. 2 PV bestimmt: Die gemeinsame Prüfungsstelle kann sich im Rahmen der Prüfrichtlinie (§ 1 Nr. 10) Dritter bedienen, um Beratungen durchzuführen." Im Hinblick auf die Berücksichtigung der Zuzahlungen der Versicherten und die den Krankenkassen gewährten Rabatte wird das Nähere ebenfalls in der Prüfrichtlinie nach § 1 Nr. 10 PV geregelt (§ 13 Abs. 7 S. 2 PV). § 14 Abs. 3, 5, 7 PV enthalten ebenfalls im Hinblick auf das Verfahren bei der gemeinsamen Prüfungsstelle Bezugnahmen auf die Prüfrichtlinien nach § 1 Nr. 10 PV. Gleiches gilt für das Widerspruchsverfahren nach § 15 Abs. 5 und 9 PV. Aus diesen Regelungen wird deutlich, dass die Vertragspartner mithilfe der Prüfrichtlinien eine einheitliche Entscheidung bei gleichgelagerten Sachverhalten sicherstellen wollen (vgl. § 1 Abs. 10 PV). Hierzu sind sie auch verpflichtet. Denn die Prüfungsgremien haben generell das Gleichbehandlungsgebot bei der Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfung zu beachten (Engelhard, a.a.O., § 106 RdNr. 562 m.w.N.). Darüber hinaus ist zu beachten, dass den Prüfungsgremien (als Verwaltungseinrichtung) - wie bereits dargelegt - ein Beurteilungsspielraum eingeräumt ist (vgl. nur BSG, Beschluss vom 25.01.2017 - [B 6 KA 22/16 B](#) = juris) und sie im Hinblick auf die Höhe der Honorarkürzung auch einen Ermessensspielraum haben (vgl. hierzu Engelhard, a.a.O., § 106 RdNr. 560 ff. m.w.N.). Zudem bestimmt § 1 Abs. 1 S. 5 der Verordnung zur Geschäftsführung der Prüfungsstellen und der Beschwerdeausschüsse (WiPrüfVO), dass die Mitglieder der Ausschüsse gegenüber den sie entscheidenden Organisationen fachlich nicht weisungsgebunden sind. Die Partner der Prüfvereinbarung sind auch nicht berechtigt, den Prüfungs- und Entscheidungsspielraum der Prüfungsgremien durch generelle Regelungen einzunengen. Insbesondere steht ihnen nicht die Kompetenz zu, etwa gegenüber den Prüfungsgremien verbindlich festzulegen, ab welcher Überschreitung des Vergleichsgruppendurchschnitts das offensichtliche Missverhältnis beginnt (Engelhard in: Hauck/Noftz, a.a.O., § 106 RdNr. 436a m.w.N.). Dies führt dazu, dass die gemeinsame Prüfungsstelle und der gemeinsame Beschwerdeausschuss unter Beachtung des Gleichbehandlungsgebots interne Verwaltungsrichtlinien erlassen können, ohne dem Publikationsgebot zu unterliegen. Aus den im Klageverfahren vom Beklagten vorgelegten Prüfrichtlinien der gemeinsamen Prüfungsstelle Baden-Württemberg und des Beklagten (Stand: 28.10.2009) folgt, dass es sich um eine Verwaltungsvorschrift handelt, um die Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen und der Prüfabläufe in der gemeinsamen Prüfungsstelle Baden-Württemberg und den Kammern des Beschwerdeausschuss Baden-Württemberg einheitlich zu regeln. Dies folgt bereits aus der Präambel der Prüfrichtlinien. Danach dienen die Prüfrichtlinien der einheitlichen Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung und der Prüfabläufe, die von den Prüforganen zu beachten sind. Abweichungen von Vorgaben dieser Prüfrichtlinien sind nur im Bereich der Ermessensausübung möglich (S. 3 der Präambel). Im Übrigen werden u.a. die "Übermittlung, Aufbereitung und Bewertung von Leistungsdaten" (Nr. 2), "Allgemeine Regelungen" (Nr. 3), "Prüfentscheidungen" (Nr. 4), das "Verfahren bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit ärztlicher Leistungen" (Nr. 5), das "Verfahren bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise von Arzneimitteln" (Nr. 6), die "Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von Stichproben (Zufälligkeitsprüfung) gemäß Anlage 4 zu § 11 Prüfvereinbarung gültig ab 01.01.2018" (Nr. 7), das "Verfahren bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit verordneter Leistungen für Heilmittel" (Nr. 8), das "Verfahren bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der ärztlichen verordnungsweise von Hilfsmitteln im Einzelfall gemäß § 7 Prüfvereinbarung" (Nr. 9), die "Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise im Einzelfall bezogen auf einzelne verordnungsfähige Mittel an Sprechstundenbedarf bezüglich der Menge und/oder des Preises gemäß §§ 4 und 7 Prüfvereinbarung" (Nr. 10), die "Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Verordnung von planbaren Krankenhausbehandlungen gemäß § 4 und 7 der Prüfvereinbarung" (Nr. 11) und die "Feststellung eines sonstigen Schadens nach § 48 Abs. 1 Bundesmantelvertrag Ärzte bzw. § 44 Abs. 2 EKV gemäß § 12 Prüfvereinbarung" geregelt. Allein dieser Überblick zeigt, dass es sich um interne, den Verfahrensablauf regelnde und die Ermessensausübung lenkende Vorschriften handelt.

Eine unzulässige Kompetenzverlagerung der Vertragspartner auf die gemeinsame Prüfungsstelle und den gemeinsamen Beschwerdeausschuss liegt entgegen der Ansicht des Klägers nicht vor. Denn der nach [§ 106 SGB V](#) obligate Regelungsgehalt findet sich in der Prüfvereinbarung. Hinzu kommt, dass die Vertragspartner ohnehin Träger der gemeinsamen Prüfungsstelle und des gemeinsamen Beschwerdeausschusses sind. Abschließend weist das Gericht jedoch darauf hin, dass es im Hinblick auf das Transparenzgebot durchaus wünschenswert wäre, wenn die Prüfrichtlinien - ähnlich wie die Dienstanweisungen der Bundesagentur für Arbeit - beispielsweise auf der Internetseite der Gemeinsamen Prüfeinrichtungen Baden-Württemberg veröffentlicht würden.

Der Regressbescheid ist auch materiell rechtmäßig. Der Beklagte hat zutreffenderweise Praxisbesonderheiten in Höhe von insgesamt 17.152,60 EUR anerkannt. Er war entgegen der Auffassung des Klägers nicht dazu verpflichtet, weitere Praxisbesonderheiten anzuerkennen.

In diesem Zusammenhang weist das Gericht darauf hin, dass die Prüfungsgremien generell befugt sind, zur Beurteilung von Praxisbesonderheiten i.S.d. [§ 106 Abs. 5a Satz 3 SGB V](#) ein auf statistischen und medizinisch-pharmakologischen Grundsätzen beruhendes, so genanntes "Filterverfahren" anzuwenden (so ausdrücklich LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 26.10.2016 - [L 5 KA 3599/13](#) = juris RdNr. 53 ff.). Das folgt schon aus ihrer Befugnis, Art und Umfang der von Amts wegen durchzuführenden Ermittlungen zu bestimmen ([§ 20 Abs. 1 Satz 2 SGB X](#)) und begründet für sich allein einen rechtlich beachtlichen Beurteilungsmangel nicht (LSG Baden-Württemberg, a.a.O., RdNr. 53).

Da das Filterverfahren (nur) ein Hilfsmittel der behördlichen Amtsermittlung ([§ 20 Abs. 1 Satz 2 SGB X](#)) zur Sichtbarmachung der aus der Fülle der Verordnungsdaten erkennbaren Praxisbesonderheiten darstellt und als wesentlich auf statistischen Grundsätzen beruhendes

maschinelles Verfahren die Umstände des jeweiligen Einzelfalls nicht vollständig erfassen kann, bedarf es aber notwendig der Ergänzung durch eine intellektuelle (Einzelfall-)Prüfung. Diese hat im Rahmen der das (Beurteilungs-)Verfahren abschließenden Beurteilungsentscheidung der Prüfgremien - und nicht erst danach (etwa im Klageverfahren) - zu erfolgen.

Die auf intellektueller Prüfung beruhende Beurteilungsentscheidung hat zum einen die Ergebnisse des Filterverfahrens zum Gegenstand, die nach intellektueller Prüfung als (Teil-) Beurteilungsergebnis übernommen oder ggf. verworfen oder korrigiert werden können. Die Beurteilungsentscheidung muss zum andern aber auch vom Vertragsarzt in Erfüllung seiner gesteigerten Mitwirkungsobliegenheit ([§ 21 Abs. 2 SGB X](#)) hinreichend substantiiert geltend gemachte - oder außerhalb des Filterverfahrens - sonst erkennbare Praxisbesonderheiten zum Gegenstand haben. Anderes wäre mit den Anforderungen des Gleichheitssatzes ([Art. 3 Abs. 1 GG](#)) als (wesentlicher) rechtlicher Grenze des behördlichen Beurteilungsspielraums nicht vereinbar. Die Pflicht der Prüfgremien zur abschließenden intellektuellen Prüfung und Beurteilung von Praxisbesonderheiten (i.S.d. [§ 106 Abs. 5a Satz 3 SGB V](#)) ist damit (auch) notwendige Folge und Ergänzung ihrer Befugnis, hierüber eine autonome und der gerichtlichen Rechtskontrolle in der Sache weitgehend entzogene Beurteilungsentscheidung zu treffen. Das (Ermittlungs-)Ergebnis des Filterverfahrens darf daher nicht unbeesehen als Beurteilungsergebnis übernommen werden. Da eine rechtsfehlerfreie Beurteilungsentscheidung Rechtsfehler auch im Beurteilungsvorgang nicht aufweisen darf, kommt es auf das Beurteilungsergebnis und dessen - möglicherweise (erst) durch Nachberechnungen, ggf. im Gerichtsverfahren, bestätigte - Richtigkeit für sich allein nicht an (LSG Baden-Württemberg, a.a.O., RdNr. 58).

Diesen Anforderungen wird der Regressbescheid des Beklagten gerecht. Der Beklagte ist seiner Pflicht zur abschließenden intellektuellen Prüfung und Beurteilung von Praxisbesonderheiten nachgekommen und hat dies auch hinreichend deutlich belegt. Er hat das das (Ermittlungs-)Ergebnis des Filterverfahrens nicht unbeesehen als Beurteilungsergebnis übernommen. Dies ergibt sich für das Gericht aus der Begründung des Widerspruchsbescheids vom 13.06.2017. In diesem Bescheid hat er beachtet, dass die Fallkosten des Klägers im Bereich des Filters 6a3 (Wundversorgung) mit 551,770 EUR das Doppelte der Fallkosten der Vergleichsgruppe betragen. Er hat dies auf die für den Patienten auf Rang 1 zuordnenden Verbandmittel, die mit 14.721,61 EUR rund 53 % der Gesamtausgaben in dieser Indikation ausmachten, zurückgeführt. Von diesen Kosten wiederum entfielen allein 11.700,52 EUR auf so genannte moderne Wundaufgaben. Die dazu vorliegenden Diagnosen lauteten in allen vier Quartalen "Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzerationen und Entzündungen". Der Beklagte weist in diesem Zusammenhang zu Recht darauf hin, dass diese Angaben nicht ausreichen, den Kostenaufwand an Verbandmitteln zu begründen. Vom Kläger ist hierzu weder im Verwaltungs- noch im Klageverfahren Vortrag erfolgt. Das Gericht nimmt deshalb zur Vermeidung von Wiederholungen insoweit gemäß [§ 136 Abs. 3 SGG](#) auf die Ausführungen im Widerspruchsbescheid des Beklagten Bezug und schließt sich dieser Entscheidung vollumfänglich an.

Soweit der Kläger der Auffassung ist, der Beklagte habe Praxisbesonderheiten zu Unrecht nicht berücksichtigt, folgt dem das Gericht nicht. Der Beklagte hat die vom Kläger im Verwaltungsverfahren geltend gemachten Praxisbesonderheiten rechtsfehlerfrei abgelehnt. Die Darlegungen des Klägers sind nicht substantiiert, sodass sich das Gericht nicht davon überzeugen konnte, dass seine Praxis im Prüfungsjahr spezielle Strukturen aufwies, aus denen Praxisbesonderheiten folgen können. Notwendig ist grundsätzlich, dass der Arzt seine Patientenschaft und deren Erkrankungen systematisiert, etwa schwerpunktmäßig behandelte Erkrankungen aufzählt und mitteilt, welcher Prozentsatz der Patienten ihnen jeweils zuzuordnen ist und welcher Aufwand an Behandlung bzw. Arzneimitteln durchschnittlich für die Therapie einer solchen Erkrankung erforderlich ist. Diesen Anforderungen ist der Kläger nicht gerecht geworden. Er hat vielmehr pauschal auf seinen hohen Rentneranteil verwiesen und geltend gemacht, die Altersstruktur der Rentner (136 behandelte Rentner seien über 80 Jahre alt) bedinge Mehrkosten. Diese allgemeinen Ausführungen genügen jedoch nicht, um eine Praxisbesonderheit anzuerkennen. Es fehlen Ausführungen dazu, inwieweit gerade die alten Patienten überdurchschnittliche Verordnungskosten verursacht haben. Denn ein erhöhter Rentneranteil allein stellt noch keine Praxisbesonderheit dar (ebenso Clemens in: jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 106 RdNr. 202 m.w.N.). In der Rechtsprechung ist seit langem anerkannt, dass wegen des jedenfalls typischerweise unterschiedlichen Behandlungsaufwands von älteren gegenüber jüngeren Patienten ein gegenüber dem Vergleichsgruppendurchschnitt erhöhter Anteil älterer Patienten einer Praxis im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung sowohl bei den Behandlungskosten wie bei den Verordnungskosten zu berücksichtigen ist (BSG, Beschluss vom 31.05.2006 - [B 6 KA 68/05 B](#) = juris RdNr. 13). Die Prüfgremien tragen dem dadurch Rechnung, dass bei den Arzneikosten die Werte des einzelnen Arztes getrennt nach Mitgliedern, Familienversicherten und Rentnern ermittelt und in dieser Differenzierung den entsprechenden Verordnungskosten der Vergleichsgruppe gegenübergestellt werden. Dies ist in der Rechtsprechung als zulässig und ausreichend anerkannt (BSG, a.a.O.).

Die nach dem Versichertenstatus definierte Gruppe der Rentner, also diejenigen Personen, die im Rahmen der Krankenversicherung der Rentner gesetzlich krankenversichert sind, besteht typischerweise aus Personen, die eine Altersrente oder eine Rente wegen Erwerbsminderung beziehen oder über einen Rentenbezieher familienversichert sind. Im Rahmen der unvermeidlichen Typisierung ist es gerechtfertigt, davon auszugehen, dass Patienten mit besonders hohem Behandlungsaufwand in dieser Versichertengruppe stärker als in den beiden anderen Gruppen vertreten sind. Auch bei den Rentnerversicherten gibt es in jeder Arztgruppe und in jeder einzelnen Praxis wiederum Patienten mit besonders hohem und solche mit eher geringem Behandlungsbedarf (BSG, a.a.O.). All dies hat der Beklagte berücksichtigt. Der Beklagte hat in diesem Zusammenhang auch zu Recht darauf hingewiesen, dass eine Multimedikation im Alter häufig keine Ausnahme darstellt. Dies wird bei der Bildung der Richtgrößen entsprechend berücksichtigt. Schließlich erfolgt die Berücksichtigung und Bewertung von Arzneiverordnungskosten nicht alters- sondern ATC-bezogen.

Der Beklagte durfte das Verordnungsvolumen des Klägers mit demjenigen der Prüfgruppe 191 (FA Innere Medizin mit und ohne Schwerpunkt) vergleichen. Die Bildung einer engeren - verfeinerten - Vergleichsgruppe (etwa FA Innere Medizin mit hausärztlichem Schwerpunkt) oder die Einstufung in die Vergleichsgruppe der Hausärzte war entgegen dem Vorbringen des Klägers nicht geboten. In der Rechtsprechung des BSG ist seit dem Urteil vom 11.12.2002 ([SozR 3-2500 § 106 Nr. 57](#)) geklärt, dass die Prüfgremien nicht allein deshalb zur Bildung einer engeren Vergleichsgruppe verpflichtet sind, weil z.B. ein Arzt eine Zusatzbezeichnung führt (vgl. auch BSG, Urteil vom 14.12.2005 - [B 6 KA 4/05 R](#) = [SozR 4-2500 § 106 Nr. 12](#) RdNr. 18). Deren Bildung bedarf es nach der Rechtsprechung des BSG nur bzw. allenfalls dann, 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 beim Durchschnitt der Fachgruppe signifikant abweicht (vgl. dazu BSG, Urteil vom 21.03.2012 - [B 6 KA 18/11 R](#) = [SozR 4-2500 § 106 Nr. 34](#) RdNr. 26 ff. m.w.N.). Dies kann z.B. der Fall sein, wenn ein Arzt eine Zusatz- bzw. Schwerpunktbezeichnung führt, sofern diese Niederschlag im Leistungsspektrum oder in der Ausrichtung der Praxis findet (BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr. 57](#) S 319-322; BSG [SozR 4-2500 § 106 Nr. 12](#) RdNr. 17 ff.; ebenso BSG vom 21.03.2012 - [B 6 KA 55/11 B](#) = juris RdNr. 8). Die Prüfgremien 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 (BSG, Urteil vom 21.03.2012 - [B 6 KA 18/11 R](#) = SozR 4-2500 § 106 Nr. 34 RdNr. 27 m.w.N.). Nach diesen Grundsätzen ist es nicht zu beanstanden, dass der Beklagte die Prüfgruppe 191 herangezogen hat. Nach der Richtgrößenvereinbarung 2013 besteht die Richtgrößengruppe "191-FA Innere Medizin (mit und ohne Schwerpunkt)" aus Fachärzten für Innere Medizin mit und ohne Schwerpunkten ("FA Innere Medizin, fachärztl. tätig, ohne SP; FA Innere Medizin, fachärztl. tätig, SP Gastroenterologie; FA Innere Medizin, fachärztl. tätig, SP Pneumologie und FA für Lungenheilkunde; FA Innere Medizin, fachärztl. tätig, SP Endokrinologie; FA Innere Medizin, fachärztl. tätig, SP Angiologie"). Der Kläger ist als Facharzt für Innere Medizin zugelassen. Der Beklagte hat in diesem Zusammenhang zutreffend drauf hingewiesen, dass die Vergleichsgruppe die Prüfgruppe ist, der der Kläger aufgrund seiner vertragsärztlichen Zulassung angehört und für die entsprechende Richtgrößen bestimmt sind. Die Einordnung in die jeweilige Vergleichsgruppe erfolgt nicht durch den Beklagten, sondern durch die Beigeladene Ziff. 1. Diese hat den Kläger in die Gruppe der fachärztlich tätigen Internisten ohne Schwerpunkt eingeordnet. Der Beklagte hat daher zu Recht die Prüfgruppe 191 herangezogen.

Der Kläger hat danach im Prüffahr 2013 sein Richtgrößenvolumen um mehr als 25 % (nämlich um 50 %) überschritten. Im Hinblick auf die statistischen Werte nimmt das Gericht zur Vermeidung von Wiederholungen auf die Ausführungen im Widerspruchsbescheid vom 13.06.2017 gemäß [§ 136 Abs. 3 SGG](#) Bezug. Unter Berücksichtigung der Regressbegrenzungsregelung des [§ 106 Abs. 5c S. 7 SGB V](#) hat der Beklagte den Regress zutreffend auf 25.000 EUR festgesetzt. Ein Angebot zum Abschluss einer Vereinbarung nach [§ 106 Abs. 5a S. 4 SGB V](#) bedurfte es vor diesem Hintergrund nicht.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Eine Übernahme der Kosten der Beigeladenen ist nicht veranlasst, da sie keinen Antrag gestellt haben ([§ 162 Abs. 3](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 3 VwGO](#)).

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 52 Abs. 3 S. 1](#) Gerichtskostengesetz.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2019-04-11