
S 42 KA 60/97

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	12
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 42 KA 60/97
Datum	23.06.1998

2. Instanz

Aktenzeichen	L 12 KA 112/99
Datum	06.12.2000

3. Instanz

Datum	-
-------	---

- I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 23. Juni 1998, das 3. Quartal 1995 betreffend, wird zurückgewiesen.
II. Der Kläger hat dem Beklagten die Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit der im Quartal 3/95 GKV verfügten Kürzung des angeforderten Honorars in der Leistungsgruppe 03 (Eingehende Untersuchungen) um 15 % und in der Leistungsgruppe 08 (Sonderleistungen) um 40 % (Kürzungsbetrag insgesamt: 15.058,51 DM).

Der Kläger war im streitigen Quartal als Internist in Bayreuth niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er behandelte im Quartal 3/95 287 Patienten, womit er die Durchschnittsfallzahl der Arztgruppe von 842 Patienten um -65,9 % unterschritt. Sein Rentneranteil lag mit 62,7 % (180 Patienten) um 45,5 % über dem Rentneranteil der Arztgruppe in Höhe von 43,1 % (363 Patienten).

In der Leistungsgruppe 03 (Eingehende Untersuchungen) lag der Kläger mit einem

Fallwert von 274,6 Punkten pro Fall um +76,3 % über dem gewichteten Fallwert der Vergleichsgruppe in Höhe von 155,7 Punkten. In der Leistungsgruppe 08 (Sonderleistungen) überschritt der Kärger mit einem Fallwert von 1.473,7 Punkten den gewichteten Fallwert der Vergleichsgruppe in Höhe von 588,9 Punkten um 150,2 %.

In den übrigen Leistungsgruppen waren folgende über- bzw. Unterschreitungen festzustellen:

â Leistungsgruppe 01 (Beratungen/Visiten): +40,6 %

â Leistungsgruppe 02 (Besuche): -23,8 %

â Leistungsgruppe 04 (Allgemeine Leistungen): -13,0 %

â Leistungsgruppe 10 (Basis/allgemeine Laboruntersuchungen): + 7,5 %

â Leistungsgruppe 12 (Radiologische Leistungen u.Ä.): -96,5 %.

Für sämtliche kurative Leistungen forderte der Kärger 675.245,0 Punkte an. Mit seinem Fallwert in Höhe von 2.352,8 Punkten überschreitet er den gewichteten Fallwert der Arztgruppe in Höhe von 1.348,5 Punkten um +74,5 %.

Die Verordnungstätigkeit des Kärgers führte im Quartal 3/95 zu Arzneikosten ohne Sprechstundenbedarf in Höhe von 34.617,82 DM. Mit seinem Fallwert von 126,34 DM bei den Arzneikosten lag der Kärger um 1,2 % über dem Fallwert der Vergleichsgruppe von 124,90 DM. Beim Sprechstundenbedarf unterschreitet der Kärger mit einem Fallwert von 1,92 DM den Durchschnittswert der Vergleichsgruppe in Höhe von 4,60 DM um -58,3 %. Bei den Krankenhauseinweisungen lag der Kärger mit einer Häufigkeit von 3,3 Fällen auf 100 über der Vergleichsgruppe mit einer Häufigkeit von 2,4 auf 100. Bei den abgeschlossenen AU-Fällen kam der Kärger auf eine Häufigkeit von 10,3 auf 100 Behandlungsfälle, er lag damit unter dem Wert der Vergleichsgruppe mit 14,3 Fällen auf 100. Bei den Aktivüberweisungen liegt der Kärger mit einem Anteil von 19,9 % über der Vergleichsgruppe mit einem Wert von 16,4 %.

Am 14. November 1995 haben die Beigeladenen zu 1) bis 5) den Antrag gestellt, die Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise des Kärgers in den Leistungsgruppen 03 und 08 zu überprüfen. Mit Bescheid vom 17. Januar 1996 hat der Prüfungsausschuss Ärzte Oberfranken das vom Kärger angeforderte Honorar in der Leistungsgruppe 03 (eingehende Untersuchungen) um 15 % und in der Leistungsgruppe 08 (Sonderleistungen) um 40 % gekürzt. Der Kärger sei mit der Arztgruppe der Internisten der Untergruppe 19/2 in Oberfranken verglichen worden. Diese Vergleichsgruppe umfasse nur Internisten, die wie er im zu prüfenden Quartal einen Überweisungsanteil von 10,01 % bis 40 % zu verzeichnen gehabt hätten. Es werde berücksichtigt, dass als Besonderheiten die relativ niedrige Fallzahl (verminderte Kostenstreuung) und die Proktologie anzusehen seien. Einsparungen lägen beim Sprechstundenbedarf, bei der Verordnung von

physikalisch/medizinischen Leistungen und bei den AU-Fällen vor.

Hiergegen richtet sich der Widerspruch des Klägers vom 5. Februar 1996. Einem ersten Antrag des Klägers auf Verlegung der anberaumten Sitzung des Beschwerdeausschusses wurde stattgegeben, einem zweiten Antrag vom 21. August 1996 hat der Beklagte dagegen nicht mehr stattgegeben.

Der Beklagte hat mit Widerspruchsbescheid vom 26. November 1996 den Widerspruch abgewiesen. Bei stichprobenhafter Durchsicht der Behandlungsunterlagen sei kein für eine internistische Praxis außergewöhnliches Patientengut bzw. eine besondere Häufung sogenannter "schwerer Fälle" oder ein spezielles kardiologisches Patientengut erkennbar. Es würden Quartal für Quartal bei den gleichen Patienten immer wieder die gleichen Untersuchungen durchgeführt. Die erbrachten Leistungen seien oftmals durch die auf den Behandlungsunterlagen eingetragenen Diagnosen nicht begründet. Die Ausstattung einer Praxis und der Umfang dieser Ausstattung sowie die Ausbildung des Praxisinhabers oder das Leistungsspektrum stellten als solche noch keine Mehrkosten verursachenden Besonderheiten dar. Entscheidend könne nur sein, ob die Erkrankung der Patienten den Einsatz im vorliegenden Umfang erforderte. Auch eine unterdurchschnittliche Fallzahl sei grundsätzlich keine Mehrkosten verursachende Praxisbesonderheit, da bei einer niedrigen Fallzahl der Aufwand pro Patient medizinisch nicht notwendiger Weise höher sei als bei einer hohen Fallzahl. Kompensationsfähige Einsparungen seien nicht erkennbar. Einsparungen lägen zwar bei der Verordnung von Sprechstundenbedarf, der Verordnung physikalisch/medizinischer Leistungen und den AU-Schreibungen vor, jedoch sei ein ursächlicher Zusammenhang mit dem Mehraufwand in den gekürzten Leistungsgruppen nicht erkennbar. Hiergegen richtet sich die Klage vom 5. Dezember 1996 zum Sozialgericht München. Zur Begründung trug der Kläger vor, dass die Sitzung am 25. September 1996 in Bayreuth stattgefunden habe. Erst zwei Tage später, nämlich am 27. September 1996, habe er postalisch die Nachricht erhalten, dass der Bitte auf Verschiebung der Sitzung nicht entsprochen worden sei. Somit habe er keine Möglichkeit zur Verteidigung gehabt. Wegen der für ihn existentiellen Bedeutung des Widerspruchsverfahrens sei es verständlich, dass er persönlich gehört werden sollte. Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 23. Juni 1998 hat das Sozialgericht die sieben anhängigen Streitsachen (u.a. das hier streitige Verfahren mit dem Az.: [S 42 KA 60/97](#)) zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden.

Mit Urteil vom 23. Juli 1998 hat das Sozialgericht u.a. die Klage mit dem Az.: [S 42 KA 60/97](#) abgewiesen. Die Klage sei zulässig, aber unbegründet. Sie sei insbesondere nicht verfahrensfehlerhaft zustande gekommen. Solange dem Terminverlegungsantrag nicht entsprochen worden sei, müsse der Kläger grundsätzlich davon ausgehen, dass die angesetzte Ausschusssitzung statfinde. Hier habe der Kläger die Zwischenmitteilung erhalten, dass über seinen zweiten Verlegungsantrag durch den Ausschuss erst in der nächsten Sitzung am 18. September 1996 entschieden werden könne. Selbst wenn man davon ausgehe, dass ihn die Ablehnung nicht rechtzeitig erreicht habe, habe der Kläger nicht von sich aus davon ausgehen dürfen, dass der Termin verlegt werde, sofern er nichts

Gegenteiliges hätte. Des Weiteren sei nicht erkennbar, dass der Kläger einen Anspruch auf Verlegung gehabt hätte. Erhebliche Gründe für den Verlegungsantrag seien nicht glaubhaft gemacht worden. Der Kammer dränge sich nach Durchsicht der Behandlungsunterlagen und bei Würdigung des klägerischen Vortrags in der mündlichen Verhandlung der Eindruck auf, dass nicht Praxisbesonderheiten die Ursache für die Überschreitung bei den Leistungsgruppen seien, sondern vielmehr die geringe bzw. geringer werdende Fallzahl in Kombination mit den laufenden Kosten für die umfassenden Investitionen in die beachtliche apparative Praxisausstattung. Auch das Bestehen von kausalen Einsparungen sei nicht substantiiert dargelegt worden. Solche seien auch aus den Abrechnungsunterlagen nicht offensichtlich erkennbar.

Hiergegen richtet sich die Berufung des Klägers vom 1. Dezember 1998, die trotz mehrmaliger Anmahnung nicht begründet wurde.

Den Verlegungsgesuchen des Klägers vom 16. November und 22. November 2000, die im Wesentlichen mit einer Terminkollision mit einer Sitzung des Zulassungsausschusses Ärzte des Oberbayern begründet wurden, hat der Vorsitzende des Senats vor allem deswegen nicht entsprochen, weil die Ladung des Senates dem Kläger bereits vor der Ladung des Zulassungsausschusses zugegangen ist.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 23. Juni 1998 bezüglich der Klage mit den Az.: S 42 Ka 60/97 und den Widerspruchsbescheid des Beklagten vom 26. November 1996 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, über den Widerspruch des Klägers vom 5. Februar 1996 erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden.

Die Vertreterin der Beigeladenen zu 1) und der Vertreter der Beigeladenen zu 2) haben beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakte, die Klageakte mit dem Az.: S 42 Ka 60/97 und die Akte des BayLSG, Az.: [L 12 KA 112/99](#) vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§ 143](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte sowie gemäß [§ 151 Abs.1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist unbegründet.

Das Sozialgericht hat die Klage vom 13. Dezember 1996 (Az.: [S 42 KA 60/97](#)) gegen den Bescheid des Beklagten vom 26. November 1996, betreffend die Behandlungsweise des Klägers im Quartal 3/1995 GKV, mit Urteil vom 23. Juni

1998 zu Recht abgewiesen.

Der vorgenannte Bescheid, der allein Gegenstand des Klage- und damit auch des Berufungsverfahrens ist, ist auch unter Berücksichtigung der jüngeren Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. BSG SozR 3-2500 [Â§ 106 SGB V](#) Nrn.23, 27, 31, 36, 41) rechtlich nicht zu beanstanden.

Der Bescheid vom 26. November 1996 ist zunächst nicht schon deshalb aufzuheben, weil er verfahrensfehlerhaft zustande gekommen ist. Allerdings wurde der zweite Verlegungsantrag des Klägers vom 21. August 1996 bezüglich des Quartals 3/95 von der unzuständigen Stelle -dem Beklagten- und nicht, wie in der Protokollnotiz zu Â§ 9 Abs.5 der Bayerischen Prüfungsvereinbarung vorgesehen, von der KVB-Bezirksstelle als Geschäftsstelle des Beklagten verbeschieden. Dieser Verstoß führt aber weder zur Nichtigkeit des Verwaltungsaktes im Sinne von [Â§ 40 SGB X](#) noch zu dessen Aufhebbarkeit im Sinne von [Â§ 42 SGB X](#). Die vorliegende Fallgestaltung ist vielmehr wie die Entscheidung einer behördenintern unzuständigen Stelle zu behandeln, bei der ebenfalls weder eine Nichtigkeit noch eine Aufhebbarkeit des Verwaltungsaktes angenommen wird (vgl. Schroeder/Printzen u.a. SGB X, Â§ 40 Rdnr.17; Stelkens/Bonk/Sachs, Komm. zum Verwaltungsverfahrensgesetz, Â§ 44 Rdnr.90). Beschwerdeausschuss und Geschäftsstelle der KVB bilden letztlich eine Behörde. Gemäß Â§ 2 Abs.1 Satz 1 und 2 der Bayerischen Prüfungsvereinbarung werden die Beschwerdeausschüsse bei den KVB-Bezirksstellen gebildet und die Geschäfte der Ausschüsse führt die KVB über ihre Bezirksstellen. Gemäß Â§ 2 Abs.2 der Bayerischen Prüfungsvereinbarung hat die Geschäftsstelle im Auftrag des Vorsitzenden alle für die Durchführung des Verfahrens erforderlichen Vorbereitungsmaßnahmen unverzüglich zu treffen. Weiter ist zu berücksichtigen, dass die Verlagerung der Entscheidungskompetenz über die ersten beiden Verlegungsanträge vom Beklagten auf die Geschäftsstelle allein dem Zwecke dient, den Beklagten zu entlasten, diese Zuständigkeitsverlagerung hat aber keinerlei Schutzwirkung zu Gunsten des Klägers. Der zweite Verlegungsantrag des Klägers wurde auch zu Recht zurückgewiesen. Zwar enthält weder das SGB X noch die Bayerische Prüfungsvereinbarung eine Bestimmung darüber, nach welchen Kriterien ein Verlegungsantrag zu behandeln ist. In entsprechender Anwendung des [Â§ 227 ZPO](#) ist aber die Ablehnung der Verlegung eines Verhandlungstermines jedenfalls dann nicht zu beanstanden, wenn kein erheblicher Grund im Sinne des [Â§ 227 ZPO](#) vorliegt. Der Kläger hat in seinem Schreiben vom 21. August 1996 nur allgemein auf seine große Belastung durch den Umzug von Bayreuth nach Bischberg aufmerksam gemacht, nicht aber konkret seine Verhinderung für den 25. September 1996. Es ist auch keine Verletzung des rechtlichen Gehörs deswegen festzustellen, weil bzw. wenn der Kläger das Schreiben des Vorsitzenden vom 18. September 1996, mit dem ihm die Ablehnung seines Verlegungsantrages mitgeteilt wurde, erst am 27. September 1996 und damit nach der Sitzung am 25. September 1996 erhalten hat. Abgesehen davon, dass es zweifelhaft erscheint, dass der Kläger das Schreiben vom 18. September 1996 innerhalb Bayreuth erst am 27. September 1996 erhalten haben will, konnte er jedenfalls ohne eine entsprechende Benachrichtigung nicht davon ausgehen, dass seinem Verlegungsantrag entsprochen werde. Vielmehr hätte er für diesen

Fall zur Sitzung erscheinen müssen.

In der Sache selbst genügt der Bescheid des Beklagten den Anforderungen, die das Bundessozialgericht (vgl. insbesondere BSG SozR 3-2500 [Â§ 106 SGB V](#) Nrn.23, 27, 31, 36, 41) an die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise eines Arztes stellt. Die statistische Betrachtung muss danach bereits auf der ersten Prüfungsstufe durch eine intellektuelle Prüfung und Entscheidung ergänzt werden, bei der die für die Frage der Wirtschaftlichkeit relevanten medizinisch-ärztlichen Gesichtspunkte, wie das Behandlungsverhalten und die unterschiedlichen Behandlungsweisen innerhalb der Arztgruppe und die bei dem geprüften Arzt vorhandenen Praxisbesonderheiten in Rechnung zu stellen sind.

Der Beklagte ist bei seiner Prüfung in der Leistungsgruppe 03 (Eingehende Untersuchungen) zu Recht davon ausgegangen, dass der Kläger sich mit einem gewichteten Überschreitungswert von +76,3 % gegenüber der Vergleichsgruppe im sogenannten offensichtlichen Missverhältnis befindet. Er hat sich aber nicht mit dieser statistischen Feststellung begnügt, sondern im Sinne einer intellektuellen Prüfung untersucht, ob Praxisbesonderheiten bzw. kausale Einsparungen für diese Überschreitung verantwortlich sind. Dies hat der Beklagte zu Recht verneint. Zum einen ist anhand der Statistik festzustellen, dass die für die Überschreitung in der Leistungsgruppe 03 maßgebenden Nummern (Nrn.60 und 61 EBM) absolut fachgruppentypisch sind und von 100 % in der Vergleichsgruppe ebenfalls abgerechnet werden. Zum anderen hat der Beschwerdeausschuss nach stichprobenhafter Durchsicht der Behandlungsunterlagen festgestellt, dass kein für eine internistische Praxis außergewöhnliches Patientengut bzw. eine besondere Häufung sogenannter "schwerer Fälle" beim Kläger vorliegt. Für das Vorliegen von Praxisbesonderheiten ergeben sich weder aus den statistischen Unterlagen hinreichende Anhaltspunkte noch hat der Kläger hierzu substantiiert vorgetragen.

Dem um 45,5 % erhöhten Rentneranteil ist bereits durch die Gewichtung der Vergleichswerte hinreichend Rechnung getragen. Einen über den durch die Gewichtung bereits berücksichtigten Mehraufwand hinausgehenden Mehraufwand durch die Behandlung von mehr Rentnern hat der Kläger weder behauptet noch dargelegt.

Auch der Hinweis auf die niedrige Fallzahl begründet für sich alleine noch keine Praxisbesonderheit. Nach der höchststrichterlichen Rechtsprechung (vgl. BSG [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr.45](#), S.244 ff.) rechtfertigt die Tatsache einer niedrigen Fallzahl grundsätzlich noch keine Leistungsausweitung, weil bei kleinen Praxen die Relation von behandlungsintensiven und weniger aufwendigen Behandlungsfällen nicht notwendig anders sein muss als bei großen Praxen. Das Vorliegen einer besonderen Häufung sog. "schwerer Fälle", die den Fallwert des Klägers überproportional in die Höhe treiben könnten, hat der Kläger im Rahmen des Verwaltungsverfahrens nicht substantiiert dargelegt. Die Fallzahl des Klägers liegt mit 34,1 % (287: 842) jedenfalls deutlich über der von der höchststrichterlichen Rechtsprechung (BSG, a.a.O., S.244/245) geforderten Mindestquote von 20 % der Durchschnittsfallzahl der Vergleichsgruppe.

Es ist schließlich aus den statistischen Unterlagen nicht erkennbar und vom Kläger auch nicht substantiiert dargelegt, dass die erhobte Abrechnung der eingehenden Untersuchungen gemäß den Nrn. 60 und 61 EBM in irgendeinem Zusammenhang mit den günstigen Werten bei der Verordnung von Sprechstundenbedarf, der Verordnung physikalisch/medizinischer Leistungen und den AU-Schreibungen steht. Der Kläger hat insgesamt das Vorliegen von Praxisbesonderheiten bzw. kausalen Einsparungen im Rahmen des Verwaltungsverfahrens in keiner Weise substantiiert dargelegt. Er hat sich im Übrigen auch im Klage- sowie im Berufungsverfahren nicht schriftlich geäußert. Auch die Höhe der Kürzung in der Leistungsgruppe 03 mit 15 % erfolgte durch den Beklagten im Bescheid vom 26. November 1996 ermessens- und begründungsfehlerfrei. Dem Kläger wurde auch nach Kürzung noch eine Überschreitung belassen, die sich im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses befindet (+49,91 %).

Auch in der Leistungsgruppe 08 (Sonderleistungen) hat der Beklagte zunächst zu Recht darauf hingewiesen, dass der Kläger sich mit einem gewichteten Überschreitungswert von +150,2 % im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses befindet. Der Beklagte hat auch hier über die rein statistische Betrachtung hinaus eine intellektuelle Überprüfung vorgenommen. Er hat auch hier im Rahmen der stichprobenartigen Durchsicht der Behandlungsunterlagen kein für einen Internisten besonderes Patientengut feststellen können. Für das aus der Häufigkeitsstatistik erkennbare breite Leistungsspektrum hat der Beklagte in nicht zu beanstandender Weise keinen berechtigten Mehraufwand zugestanden. Es ist zunächst davon auszugehen, dass die Vergleichsgruppe der Internisten mit einem Überweisungsanteil von über 10 % bis unter 40 % ebenso wie der Kläger ein breites Leistungsspektrum aufweist. Ein breites Leistungsspektrum ist deshalb bei dieser Arztgruppe keine Besonderheit. Nach der höchststrichterlichen Rechtsprechung sind Praxisbesonderheiten solche Umstände, die sich auf das Behandlungs- und Verordnungsverhalten des Arztes auswirken und in der Praxis der Vergleichsgruppe typischerweise nicht oder nicht in derselben Häufigkeit anzutreffen sind (vgl. BSG [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr.27](#) S.153). Eine Praxisbesonderheit kann deshalb allenfalls die schwerpunktmäßige Praxisausrichtung auf ein spezielles Leistungsspektrum, das sich in einem besonderen Patientengut niederschlägt, sein (vgl. Urteil des Senats vom 19. Juli 2000, Az.: L 12 KA 12/99). Zum Vorliegen eines besonderen Patientengutes hat der Kläger aber im Rahmen des Widerspruchsverfahrens zum Quartal 3/95 nichts vorgetragen. Aus der Häufigkeitsstatistik ergibt sich zwar, dass von den in der Leistungsgruppe 08 insgesamt angeforderten 422.945,0 Punkten etwas weniger als ¼ (109.080,0 Punkte) auf die Nr. 617 EBM (eindimensionale echokardiographische Untersuchung) entfallen, die nur von 13,51 % in der Vergleichsgruppe abgerechnet wird. Auch die Nr. 686 EBM (sonographische Untersuchung der extrakraniellen und/oder intrakraniellen Hirngefäße mittels Duplex-Verfahren) mit 40.200,0 Punkten wird nur von 24,32 % in der Vergleichsgruppe abgerechnet, ebenso die Nr. 609 EBM (computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG) mit 30.000,0 Punkten und einer Abrechnungshäufigkeit in der Vergleichsgruppe in Höhe von 37,84 %. Andererseits beruht die Überschreitung aber auch auf fachgruppentypischen Leistungen (Nr. 318 EBM mit 43.560,0 Punkten

und einer Abrechnungshäufigkeit in der Vergleichsgruppe in Höhe von 94,59 %, Ziff.603, 37.000,0 Punkte, Abrechnungshäufigkeit: 100 %; Ziff.606 mit 24.400,0 Punkten, Abrechnungshäufigkeit: 83,78 %; Ziff.394 mit 13.650,0 Punkten, Abrechnungshäufigkeit: 75,68 %). Insgesamt ist dem Hinweis des Sozialgerichts zuzustimmen, dass ein typisches Merkmal der Internistenuntergruppe 19/2 gerade darin besteht, dass verschiedene internistische Schwerpunkte in einer Gruppe zusammengefasst sind und die im Wesentlichen einem internistischen Schwerpunkt zuzurechnenden Leistungen naturgemäß nur von einem Teil der weitergebildeten Internisten erbracht werden. Dieser Umstand rechtfertigt aber für sich allein gesehen nicht die Anerkennung von Praxisbesonderheiten. Die gegenüber der Vergleichsgruppe deutlich erhöhte Ansatzhäufigkeit bei einzelnen Leistungsziffern (Nr.617 EBM: +394,24 %; Nr.686 EBM: +561,18; Nr.687 EBM: +442,33 %) kann deshalb entweder Ausdruck eines zu häufigen und damit unwirtschaftlichen Ansatzes der Leistungen oder Ausdruck einer speziellen Praxisausrichtung, die sich in einem besonderen Patientengut niederschlägt, sein. Dass diese Überschreitungen auf einer speziellen Praxisausrichtung zurückzuführen sind, hat der Kläger im Rahmen des Verwaltungsverfahrens weder behauptet noch gar substantiiert dargelegt. Der Beklagte war daher nicht gemäß [§ 20 Abs.1 SGB X](#) gehalten und auch nicht in der Lage, diesbezüglich eine weitergehende Prüfung vorzunehmen.

Auch das Vorliegen kompensierender Einsparungen hat der Kläger im Rahmen des Verwaltungsverfahrens nicht substantiiert dargelegt. Unterdurchschnittliche Werte finden sich ohnehin nur beim Sprechstundenbedarf (-58,3 %). Der Kläger hat aber den Nachweis versäumt und es ist auch nicht aus den statistischen Unterlagen erkennbar, dass es gerade durch den Mehraufwand bei den Sonderleistungen zu den unterdurchschnittlichen Werten beim Sprechstundenbedarf gekommen ist. Von Seiten des Klägers wäre zumindest die strukturelle Darlegung der methodischen Zusammenhänge und der medizinischen Gleichwertigkeit erforderlich gewesen (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr.42](#), S.23 f.).

Auch die Festsetzung der Höhe der Kürzung mit 40 % in der Leistungsgruppe 08 ist nicht zu beanstanden. Insbesondere wurde dem Kläger auch nach Kürzung noch ein Überschreitungswert belassen (+50,14 %), der sich weiterhin im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses bewegt. Begründen sich die Prüfungsgremien mit einer Kürzung, die sich noch im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses bewegt, so braucht die Höhe der Kürzung nicht besonders begründet zu werden (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr.36](#) S.207).

Die Entscheidung des Beklagten ist schließlich auch nicht deswegen zu beanstanden, weil der Prüfungsausschuss noch davon gesprochen hatte, dass er die relativ niedrige Fallzahl (verminderte Kostenstreuung) und die Proktologie als Besonderheiten der Praxis berücksichtige, während der Beklagte keine Praxisbesonderheiten bzw. Einsparungen anerkannt hat. Das Verbot der reformatio in peius bei Honorarkürzungsmaßnahmen wegen Unwirtschaftlichkeit bezieht sich nur auf den (Gesamt-)Kürzungsbetrag (vgl. BSG 53, 244 ff., 246), nicht auf einzelne Begründungselemente. Deshalb kann offenbleiben, ob der Prüfungsausschuss überhaupt Praxisbesonderheiten im engeren Sinne

anerkannt hat.

Der Vorsitzende des Senats war schließlich nicht verpflichtet, den Verhandlungstermin vom 6. Dezember 2000 zu verlegen. Der Kläger hat in seinen Schreiben vom 16. und 22. November 2000 keinen "erheblichen Grund" für eine Verlegung i.S.v. [Â§ 202 SGG](#) i.V.m. [Â§ 227 Abs.1 Satz 1 ZPO](#) vorgetragen. Hinsichtlich der Terminkollision mit der Sitzung des Zulassungsausschusses für Ärzte in Oberbayern ist darauf hinzuweisen, dass die Ladung durch den Senat erheblich früher erfolgte und daher als vorrangig anzusehen ist.

Aus diesen Gründen ist die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 23. Juni 1998, das 3. Quartal 1995 betreffend, zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus [Â§Â§ 193 Abs.1 und Abs.4 Satz 2 SGG](#) i.d.F. des Gesundheitsstrukturgesetzes und beruht auf der Erwägung, dass der Beklagte auch im Berufungsverfahren obsiegt hat.

Gründe, die Revision nach [Â§ 160 Abs.2 Nr.1](#) und [2 SGG](#) zuzulassen, liegen nicht vor.

Erstellt am: 24.09.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024