

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 6 RKa 58/94

.....,

Kläger und Revisionskläger,

Prozeßbevollmächtigte:,

g e g e n

Gemeinsamer Beschwerdeausschuß bei der Kassenärztlichen Vereinigung
Schleswig-Holstein,
Bad Segeberg, Bismarckallee 4-6,

Beklagter und Revisionsbeklagter,

Prozeßbevollmächtigte: Rechtsanwälte Dr. Gerhard Medow,
Johann von Buchwald und Volker Sprick,
Bad Segeberg, Kurhausstraße 73,

beigeladen:

1. AOK Schleswig-Holstein - Die Gesundheitskasse -,
Kiel, Gartenstraße 9,
2. IKK-Landesverband Schleswig-Holstein/Mecklenburg-Vorpommern,



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



Kiel, Hamburger Chaussee 90,

3. BKK-Landesverband Nord,

Hamburg, Wendenstraße 279,

4. Schleswig-Holsteinische landwirtschaftliche Krankenkasse,

Kiel, Schulstraße 29,

5. Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,

Bad Segeberg, Bismarckallee 1-3.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 15. November 1995 durch den Vorsitzenden Richter F u n k, die Richter S t e e g e und Dr. W e n n e r sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. S e b a l d und G ö t t s c h für Recht erkannt:

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 7. Juni 1994 wird zurückgewiesen.

Der Kläger hat dem Beklagten dessen Aufwendungen für das Revisionsverfahren zu erstatten. Im übrigen sind außergerichtliche Kosten nicht zu erstatten.



Gründe:

I

Mit den Honorarforderungen aus seiner allgemeinärztlichen Tätigkeit überschritt der als praktischer Arzt zugelassene Kläger in den Quartalen III/88 bis II/89 den Durchschnitt seiner Vergleichsgruppe bei dem Gesamtfallwert um 64 %, 49 %, 48 % und 50 %. Bei den Sonderleistungen beliefen sich die Überschreitungen auf 224 %, 218 %, 222 % und 217 %. Der Prüfungsausschuß kürzte das Honorar des Klägers für die Sonderleistungen um ca 14,-- bzw 15,-- DM pro Fall und führte die Honorarforderung dort auf den Durchschnitt der Vergleichsgruppe zuzüglich doppelter Streubreite (D+2s) zurück. Nach Durchführung der Kürzung verblieben dem Kläger beim Gesamtfallwert jeweils Überschreitungen des Durchschnitts um mehr als die 1½fache Streubreite. Mit seinem Widerspruch machte der Kläger geltend, er habe nicht mit allen praktischen Ärzten bzw Allgemeinmediziner der Vergleichsgruppe ("Praktiker-Land III") verglichen werden dürfen, weil bei ihm Praxisbesonderheiten wie die Psychotherapie und die Zusatzausbildung in lokalthérapeutischer Anästhesie zu berücksichtigen seien. Im übrigen wies er darauf hin, daß er durch den Einsatz bestimmter Sonderleistungen Krankenhauseinweisungen vermieden habe, und daß sowohl bei den verordneten Heil- und Hilfsmitteln wie bei den Arzneimitteln deutliche Einsparungen zu verzeichnen seien.

Der beklagte Beschwerdeausschuß wies die Widersprüche zurück und führte zur Begründung an, eine Abweichung der Honorarforderung eines Arztes oberhalb des Gruppendurchschnitts zuzüglich der 1½fachen Streubreite stelle ein offensichtliches Mißverhältnis dar. Er hielt die Vergleichsgruppe von 327 praktischen Ärzten und Allgemeinmediziner aus dem Bereich des "Landes III" für ausreichend homogen, weil das Patientenkontingent des Klägers nicht wesentlich von demjenigen der Vergleichspraxen abweiche. An der Sitzung des Beklagten vom 14. Februar 1990 nahm als Protokollführerin Frau Dr. B. teil, die bei der zu 5) beigeordneten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) als Prüfärztin tätig ist und nach der Sitzung den Entwurf des Bescheides des Beklagten erarbeitet hat.

Im Klageverfahren hat der Kläger geltend gemacht, der Widerspruchsbescheid sei verfahrensfehlerhaft zustande gekommen, weil Frau Dr. B. nicht nur das Protokoll geführt sondern in der Sitzung und der anschließenden Beratung erheblichen Einfluß auf die Entscheidung genommen habe. Das sei unstatthaft, weil Frau Dr. B. bei einem Verfahrensbeteiligten gegen Entgelt beschäftigt sei.

Das Sozialgericht (SG) hat die Klage abgewiesen und die verfahrensrechtlichen wie die materiell-rechtlichen Einwände des Klägers gegen die Rechtmäßigkeit der angefochtenen Entscheidung des Beklagten für nicht durchgreifend gehalten.



Das am 30. September 1992 verkündete, nach den Feststellungen des Landessozialgerichts (LSG) am 4. März 1993 unterschrieben zur Geschäftsstelle gelangte und am 17. Mai 1993 zugestellte Urteil hat der Kläger mit der Berufung angefochten. Er hat gerügt, das Urteil sei erst mehr als fünf Monate nach seiner Verkündung zur Geschäftsstelle gelangt und zugestellt worden, so daß es als "nicht mit Gründen versehen" zu bewerten sei. Er hat daran festgehalten, daß die Mitwirkung von Frau Dr. B. als Berichterstatterin, Schriftführerin und Beraterin des Beklagten während der Verhandlung und der Beratung gesetzwidrig gewesen sei.

Das LSG hat den damaligen Vorsitzenden des Beklagten, unter dessen Vorsitz der angefochtene Bescheid ergangen ist, zu den Umständen der Mitwirkung von Frau Dr. B. als Zeugen vernommen und die Berufung zurückgewiesen. Es hat die Mitwirkung von Frau Dr. B. an der Verhandlung und Beratung des Beklagten im Hinblick auf § 16 Abs 1 Nr 5 Halbsatz 2 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für unbedenklich gehalten und die Revision zugelassen, weil "den aufgeworfenen Rechtsfragen zum Rechtsbehelfsverfahren des Beklagten" grundsätzliche Bedeutung zukomme.

Mit seiner Revision rügt der Kläger, das LSG habe ermessensfehlerhaft unterlassen, die Sache gemäß § 159 Abs 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) an das SG zurückzuverweisen. Das sozialgerichtliche Urteil sei wegen verspäteter Absetzung so zu behandeln gewesen, als sei es nicht mit Gründen versehen. Gerade weil das LSG weitere Beweiserhebung für notwendig gehalten und auch durchgeführt habe, sei es zwingend geboten gewesen, die Sache zurückzuverweisen, um dem Kläger keine Tatsacheninstanz zu nehmen.

Unabhängig davon habe das Berufungsgericht den angefochtenen Bescheid aufheben müssen, weil dieser fehlerhaft zustande gekommen sei. Frau Dr. B. habe in unzulässigem Umfang an der Verhandlung und der Beratung des Beklagten teilgenommen, sich ungefragt zur Sach- und Rechtslage geäußert und maßgeblichen Einfluß auf den Entscheidungsinhalt genommen. Das sei nicht statthaft, weil Frau Dr. B. bei einem Verfahrensbeteiligten iS von § 16 Abs 1 Nr 5 SGB X gegen Entgelt beschäftigt sei.

In der Sache habe der Beklagte ihn zu Unrecht mit allen praktischen Ärzten und Allgemeinärzten aus dem Bereich "Land III" verglichen. Die Vergleichsgruppe sei zu inhomogen, um aussagekräftige statistische Daten zu liefern. Zahlreiche in den Prüfbescheiden erwähnte Ziffern der Gebührenordnung würden von der Mehrzahl der Ärzte seiner Vergleichsgruppe überhaupt nicht abgerechnet. Auf die Praxisbesonderheit der Betreuung von acht Altenheimen hätte der Beklagte näher eingehen und genaue Ermittlungen darüber anstellen müssen, ob die Heimbewohner an besonders schweren,



multiplen Gesundheitsstörungen gelitten hätten. Die von ihm geltend gemachten Einsparungen bei den Heil- und Arzneimitteln hätten sehr viel detaillierter untersucht und zu den Mehrforderungen insbesondere in der Leistungssparte der Sonderleistungen in Bezug gesetzt werden müssen. Es gehe nicht an, Einsparungen bei Heil- und Hilfsmitteln lediglich Überschreitungen bei den selbst erbrachten physikalisch-medizinischen Leistungen gegenüberzustellen, weil so die Gesamtwirtschaftlichkeit der ärztlichen Tätigkeit nicht hinreichend berücksichtigt werde.

Der Kläger beantragt,

die Urteile des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 7. Juni 1994 und des Sozialgerichts Kiel vom 30. September 1992 sowie den Bescheid des Beklagten vom 10. April 1990 aufzuheben.

Der Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Er ist der Auffassung, das LSG habe die Revision nur im Hinblick auf die Verfahrensgestaltung im Rechtsbehelfsverfahren zugelassen, so daß materiell-rechtliche Probleme nicht Gegenstand des Revisionsverfahrens seien. Die Mitwirkung von Frau Dr. B. sei nicht zu beanstanden. § 16 SGB X wolle die persönliche Einflußnahme von Amtsträgern auf Entscheidungen in Verwaltungsverfahren ausschließen, doch spiele dies im vorliegenden Zusammenhang keine Rolle. Im übrigen betreffe die Tätigkeit von Frau Dr. B. allenfalls vorbereitende Verfahrenshandlungen und habe, wie sich aus der vom LSG durchgeführten Beweisaufnahme ergebe, auf den Inhalt der von den Mitgliedern des Beklagten verantworteten Entscheidung keinen Einfluß gehabt.

Die Beigeladene zu 4) schließt sich dem Antrag des Beklagten an. Die übrigen Beigeladenen haben sich nicht geäußert.

II

Die Revision ist nicht begründet.

Entgegen der Rechtsauffassung des beklagten Beschwerdeausschusses hat der Senat das Urteil des LSG im Rahmen der zulässig erhobenen Revisionsrügen in vollem Umfang nachzuprüfen. Die revisionsrechtliche Überprüfung ist nicht auf den vom Kläger gerügten Fehler im Verwaltungsverfahren des Beklagten beschränkt, mögen die damit zusammenhängenden Rechtsfragen auch für das LSG Anlaß zur Zulassung der Revision gewesen sein. Jede Revisionszulassung eröffnet die Revision im vollen Umfang, soweit in einem Rechtsstreit nicht ausnahmsweise teilbare Ansprüche Streitgegenstand sind, und



die Revisionszulassung ausdrücklich auf einen Anspruch beschränkt wird. Einzelne Zulassungsgründe beschränken die Nachprüfung durch das Revisionsgericht nicht (Meyer-Ladewig, SGG, § 160 RdNr 28; Krasney/Udsching, Handbuch des sozialgerichtlichen Verfahrens, IX RdNr 15).

Der vom Kläger gerügte Verfahrensfehler des LSG liegt nicht vor. Das LSG hat von dem ihm im Rahmen von § 159 Abs 1 Nr 2 SGG eingeräumten Ermessen hinsichtlich der Zurückverweisung der Sache an das SG bei Fehlern im sozialgerichtlichen Verfahren keinen sachwidrigen Gebrauch gemacht. Auch wenn das sozialgerichtliche Urteil verspätet zur Geschäftsstelle gelangt und zugestellt worden ist, ist das Ermessen, ob die Sache zurückverwiesen werden oder vom LSG selbst entschieden werden soll, nicht eingeschränkt. Das Berufungsgericht hat sich aus prozeßökonomischen Gründen dafür entschieden, den Rechtsstreit durch die von ihm für notwendig gehaltene Beweisaufnahme entscheidungsreif zu machen und in der Sache selbst zu entscheiden. Bei der Ausübung des Ermessens im Rahmen von § 159 Abs 1 Ziff 2 SGG ist die Beachtung prozeßökonomischer Gesichtspunkte zulässig und geboten (vgl BVerwG, NVwZ-RR 88, 125 f), und es ist nicht erkennbar, weshalb der Kläger durch das Verfahren des LSG benachteiligt worden sein könnte (vgl auch Senatsurteil vom 18. Oktober 1995 - 6 RKA 31/94 -, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen).

Der Bescheid des Beklagten vom 10. April 1990 ist rechtmäßig. Die Annahme des LSG, Frau Dr. B. habe in zulässigem Umfang an der Verhandlung und der Beratung des Beklagten mitgewirkt, verletzt Bundesrecht (§ 162 SGG) nicht. Soweit das Berufungsgericht aus § 8 Abs 2 iVm § 9 Abs 3 Satz 4 der Schleswig-Holsteinischen Prüfvereinbarung geschlossen hat, daß Frau Dr. B. als "ärztliche Fachreferentin" die Entscheidung des Beklagten habe vorbereiten und nach § 8 Abs 4 Satz 8 als "von der KÄV Schleswig-Holstein zu bestellender Schriftführer" an der Sitzung habe teilnehmen dürfen, ist dies der revisionsgerichtlichen Nachprüfung entzogen. Die Schleswig-Holsteinische Prüfvereinbarung stellt weder Bundesrecht noch sonstiges Recht dar, dessen Geltungsbereich sich über den Bezirk des LSG Schleswig-Holstein hinaus erstreckt (§ 162 SGG).

Die Mitwirkung einer bei einer KÄV angestellten Prüfärztin im Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung steht mit Bundesrecht im Einklang. Der Senat läßt offen, ob in der Person von Frau Dr. B. der Ausschlußtatbestand des § 16 Abs 1 Nr 5 Halbsatz 1 SGB X erfüllt ist, wonach in einem Verwaltungsverfahren nicht tätig werden darf, wer bei einem Beteiligten gegen Entgelt beschäftigt ist. Diese Vorschrift hat hier der Mitwirkung von Frau Dr. B. nicht entgegengestanden, weil nach § 16 Abs 2 Satz 2 SGB X der Tatbestand des Abs 1 Nr 5 nicht für das Verwaltungsverfahren aufgrund der Beziehungen zwischen Ärzten, Zahnärzten und Krankenkassen gilt, wozu auch das Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung zählt. Die Vorschrift des § 16 Abs 2 Satz 2 SGB X ist in das



Gesetz aufgenommen worden, um den Rechtszustand in den kassenärztlichen Zulassungs- und Berufungsausschüssen, den Prüfungs- und Beschwerdeausschüssen zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung und bei den Schiedsämtern beibehalten zu können (Begründung der Bundesregierung des Gesetzentwurfes zu § 16 SGB X, BT-Drucks 8/2034 S 31; vgl auch Schroeder-Printzen/von Wulffen, SGB X, 2. Aufl, § 16 Anm 13; Hauck/Haines, SGB X, § 16 RdNr 21). In den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen wirken typischerweise auf Seiten der Krankenkassen und vielfach auch auf Seiten der KÄV Personen mit, die bei einer Krankenkasse, einem Kassenverband oder der KÄV hauptberuflich tätig sind. Ihre Mitwirkung ist rechtsstaatlich unbedenklich und in der Praxis vielfach unverzichtbar, weil die Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen nicht über eigenes Personal verfügen. Dem trägt der generelle Ausschluß der Anwendbarkeit des § 16 Abs 1 Nr 3 und 5 SGB X Rechnung. Wie das LSG dargelegt hat, ergibt sich aus § 8 Abs 4 Satz 8 iVm § 9 Abs 3 Satz 4 der Prüfvereinbarung, daß die KÄV Schleswig-Holstein berechtigt und verpflichtet ist, für die Sitzung von Prüfungs- und Beschwerdeausschuß einen Schriftführer zu bestellen. Dessen Anwesenheit während der Verhandlung und der anschließenden Beratung des Beschwerdeausschusses ist notwendig, weil die Mitglieder von Prüfungs- und Beschwerdeausschuß ihre Tätigkeit ehrenamtlich ausüben und (auch) für die Abfassung von Entscheidungen auf die Mitarbeit von hauptamtlich Beschäftigten der KÄV angewiesen sind. Solange der Beschwerdeausschuß die Führung der Verhandlung und die Entscheidung nicht dem von der KÄV gestellten Schriftführer überläßt, kommt es auf die Frage, welchen Einfluß der Schriftführer konkret in der Verhandlung und in der anschließenden Beratung gehabt hat, nicht an. Nach den nicht angegriffenen Feststellungen des Berufungsgerichts ergibt sich aus der Aussage des dazu vernommenen Zeugen, daß sich die konkrete Mitwirkung von Frau Dr. B. in dem Rahmen bewegt hat, der für die Tätigkeit eines Schriftführers und eines ärztlichen Fachreferenten vorgegeben ist.

Auch materiell-rechtlich erweist sich der Bescheid des Beklagten als rechtmäßig. Nach § 106 Abs 2 Satz 2 Nr 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in der maßgebenden Fassung des Gesundheits-Reformgesetzes vom 20. Dezember 1988 (BGBl I 2477) wird die Wirtschaftlichkeit der kassen- bzw vertragsärztlichen Versorgung durch arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten geprüft. Mit dieser Vorschrift hat der Gesetzgeber an die hier für die Quartale III/88 und IV/88 noch 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 Berücksichtigung aller relevanten Umstände letztlich eine wertende Entscheidung erfordert, verbleibt den Prüfungsgremien insoweit ein Beurteilungsspielraum. Die Kontrolle der Gerichte beschränkt sich hierbei 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. zuletzt BSG SozR 3-2500 § 106 Nr 25 S 139). Bei Anwendung dieses Prüfungsmaßstabs ist die Entscheidung des Beklagten nicht zu beanstanden.

Der Kläger hat schon nicht konkret dargelegt, weshalb die Vergleichsgruppe der praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin aus dem Bereich "Land III" für eine statistische Vergleichsprüfung nicht hinreichend homogen sein könnte. Seit jeher steht die Rechtsprechung des Senats auf dem Standpunkt, daß der einzelne Kassen- bzw Vertragsarzt sich grundsätzlich mit den Ärzten seines Fachgebietes vergleichen lassen muß (vgl. BSGE 61, 143, 145 = SozR 2200 § 368n Nr 45 S 154; BSGE 62, 24, 27 = SozR 2200 § 368n Nr 48 S 159). Wann die Annahme gerechtfertigt sein kann, eine bestimmte, regional eingegrenzte Gruppe von Vertragsärzten mit derselben Gebietsbezeichnung sei derart inhomogen, daß ihr Abrechnungsverhalten nicht zum Maßstab der Prüfung der Wirtschaftlichkeit eines einzelnen Vertragsarztes genommen werden kann, bedarf hier keiner Entscheidung. Durch den Hinweis allein, zahlreiche Ziffern des Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (BMÄ) seien nur von wenigen Ärzten der Vergleichsgruppe abgerechnet worden, wird die behauptete Inhomogenität schon im Ansatz nicht hinreichend dargetan. Das Abrechnungsverhalten der Ärzte einer Gebietsgruppe hinsichtlich einzelner Leistungspositionen mag bei Kürzungen des Honorars für Leistungen nach den davon betroffenen Nummern der Gebührenordnung



von Bedeutung sein, reicht aber zur Darlegung der Inhomogenität der Vergleichsgruppe nicht aus.

Der Kläger kann auch nicht beanspruchen, daß sein Abrechnungsverhalten mit demjenigen einer verfeinerten Vergleichsgruppe aus dem Bereich der praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin verglichen wird. Weder sein Hinweis auf die von ihm geführte Zusatzbezeichnung "Psychotherapie" noch auf seine Qualifikation im Bereich der "lokaltherapeutischen Anästhesie" können seinen Anspruch rechtfertigen, nur mit solchen allgemeinmedizinisch tätigen Ärzten verglichen zu werden, die ebenfalls diese Zusatzbezeichnung führen bzw eine entsprechende Qualifikation nachweisen können. Der Senat hat bereits dargelegt, daß das Tätigkeitsfeld der praktischen Ärzte und der Ärzte für Allgemeinmedizin, für die keine Fachgebietsbeschränkungen gelten, wegen ihres umfassenden primärärztlichen Versorgungsauftrags weitgehend übereinstimmt (BSGE 62, 24, 27 = SozR 2200 § 368n Nr 48 S 159). Die Notwendigkeit der Bildung engerer Vergleichsgruppen kann deshalb allenfalls begründet sein, wenn sich die Praxisstruktur einzelner allgemeinmedizinisch tätiger Ärzte sowohl hinsichtlich der Zusammensetzung des Patientenlientels wie des ärztlichen Diagnose- und Behandlungsangebotes soweit von der Typik einer allgemeinärztlichen Praxis entfernt hat, daß der primärärztliche Versorgungsauftrag nicht mehr umfassend wahrgenommen werden kann. Diese Voraussetzungen sind hier nicht erfüllt. Der Beklagte hat nicht festgestellt, daß der Kläger sich im Hinblick auf die von ihm geführte Zusatzbezeichnung "Psychotherapie" vergleichbar einem Arzt für Psychiatrie auf die Behandlung psychischer Gesundheitsstörungen spezialisiert und dann auch beschränkt hat. Er hat lediglich ermittelt, daß der Kläger die psychiatrischen Grundleistungen nach den Nrn 820, 825, 826, 835 und 836 BMÄ, die von zahlreichen Ärzten seiner Gebietsgruppe erbracht werden, überdurchschnittlich häufig abgerechnet hat. Die Überschreitungen gegenüber dem Gebietsgruppendurchschnitt hinsichtlich der Frequenz der psychiatrischen Grundleistungen beruhen nach den Feststellungen des Beklagten vor allem darauf, daß der Kläger bei alten Patienten und Heimbewohnern in regelmäßigen Abständen bei jedem Besuch die Nr 825 und einmal im Quartal die Nrn 835 und 836 abgerechnet hat. Ein solches Abrechnungsverhalten ist als Grundlage für den Anspruch des Klägers auf Bildung einer verfeinerten Vergleichsgruppe unergiebig.

Nichts anderes gilt im Ergebnis auch für die vom Kläger behauptete neuraltherapeutische Ausrichtung seiner Tätigkeit, auf die er vor allem den vermehrten Ansatz der Nr 415 BMÄ 1987 zurückführt. Daß der Kläger neuraltherapeutische Verfahren, zu denen auch die Lokalanästhesie nach Nr 415 BMÄ 1987 zählt, häufiger als die Ärzte der Vergleichsgruppe in seiner Behandlung zum Einsatz bringt, ist Ausdruck seiner ärztlichen Therapiefreiheit und mag deshalb einer isolierten Kürzung des auf Leistungen nach dieser Gebührenordnungsnummer entfallenden Honorars entgegenstehen. Da sich die neuraltherapeutische Ausrichtung der Behandlungsweise des Klägers nach den



Feststellungen des Beklagten nicht in einer Beschränkung auf die Behandlung solcher Gesundheitsstörungen niedergeschlagen hat, die der neuraltherapeutischen Beeinflussung zugänglich sind, und sich auch auf die Zusammensetzung des Patientenlientels insgesamt nicht erkennbar ausgewirkt hat, besteht auch insoweit kein Anspruch des Klägers, nur mit Allgemeinmedizinern verglichen zu werden, deren Behandlungsweise ebenfalls "neuraltherapeutisch" geprägt ist.

Der Bescheid des Beklagten ist auch nicht deshalb rechtswidrig, weil dieser sich nicht mit der vom Kläger im gerichtlichen Verfahren behaupteten untypischen Zusammensetzung seines Patientenlientels wegen eines überdurchschnittlich hohen Anteils multimorbider, sehr alter Patienten auseinandergesetzt hat. Dazu hatte der Beklagte keinen Anlaß, denn der Kläger hat weder im Verwaltungsverfahren noch im gerichtlichen Verfahren hinreichend dargelegt, wie sich dieser Umstand, wenn er tatsächlich vorliegt, auf die Honorarforderung bei den Sonderleistungen ausgewirkt haben soll. Zunächst hat sich der Kläger pauschal auf einen erhöhten Rentneranteil berufen und ist in seiner Widerspruchsbegründung vom 24. Januar 1989 auf eine angeblich überdurchschnittlich hohe Zahl multimorbider, besonders alter Patienten nicht eingegangen. Was er dazu im einzelnen im Rahmen der mündlichen Verhandlung vor dem Beklagten vorgetragen hat, ist nicht bekannt. Der Begründung des Bescheides ist nur zu entnehmen, daß der Beklagte gewußt hat, daß der Kläger auch Patienten in Altenheimen betreut. Daß die Betreuung von Altenheimbewohnern zu den typischen Aufgaben hausärztlich tätiger Ärzte gehört, unterliegt keinem Zweifel. Wenn der Kläger für sich etwa im Hinblick auf die große Zahl der betreuten Patienten hier besondere Praxisumstände in Anspruch hätte nehmen wollen, wäre es seine Sache gewesen, dies detailliert vorzutragen, zumal sein Rentneranteil den Gebietsgruppendurchschnitt nur in den Quartalen III/88 und IV/88 geringfügig überschreitet und in den Quartalen I/89 und II/89 sogar unterschreitet.

Nach der Rechtsprechung des Senats ist es Angelegenheit des Vertragsarztes, entscheidungserhebliche Umstände vorzutragen, die auf eine Abweichung von der Typik der Praxen der Fachgruppe schließen lassen. Der Vertragsarzt ist nicht nur gemäß § 21 Abs 2 SGB X allgemein gehalten, bei der Ermittlung des Sachverhalts mitzuwirken, insbesondere die ihm bekannten Tatsachen und Beweismittel anzugeben. Im Rahmen der Abrechnung der kassen- und vertragsärztlichen Leistungen hat er vielmehr eine entsprechende besondere Mitwirkungspflicht aus der Sache selbst, wie sie immer dann besteht, wenn ein Arzt sich auf ihm günstige Tatsachen berufen will und diese Tatsachen allein ihm bekannt oder nur durch seine Mithilfe aufgeklärt werden können (SozR 2200 § 368n Nr 31 S 101; BSGE 59, 211, 215 = SozR 2200 § 368n Nr 40 S 133, Urteil vom 9. März 1994 - 6 RKa 16/92 - nicht veröffentlicht). Dieser Mitwirkungsobliegenheit, der der Vertragsarzt grundsätzlich im Verwaltungsverfahren zu genügen hat, ist der Kläger nicht hinreichend nachgekommen. Er hätte konkret darstellen müssen, wieviele der behandelten Rentner Heimbewohner sind und wie sich der Behandlungsaufwand bezogen



auf die Sonderleistungen bei diesen Patienten vom Aufwand bei anderen Patienten unterscheidet. Konkrete Darlegungen zu den Auswirkungen der Betreuung von - unterstellt - überdurchschnittlich vielen und überdurchschnittlich kranken Altenheimbewohnern wären vor allem notwendig gewesen, weil nicht auf der Hand liegt, daß die Betreuung solcher Patienten Anlaß zur vermehrten Erbringung von Sonderleistungen gibt. Die Sparte der Sonderleistungen enthält zahlreiche diagnostische Leistungen, die bei Patienten, deren Gesundheitszustand der Arzt aufgrund langjähriger Betreuung gut kennt und die an zahlreichen altersbedingten und therapeutisch kaum noch zu beeinflussenden Krankheiten leiden, typischerweise seltener anfallen als bei neuen, jüngeren Patienten mit unbekannten Gesundheitsstörungen. Dazu und zu den bei Altenheimbewohnern möglicherweise vermehrt anfallenden therapeutischen Sonderleistungen sowie zu den wirtschaftlichen Auswirkungen beider Aspekte auf die Honorarforderung bei den Sonderleistungen hat der Kläger nichts vorgetragen, was dem Beklagten Anlaß zu weitergehender Sachaufklärung hätte geben können.

Dem Beklagten kann schließlich nicht entgegengehalten werden, er habe die Unterschreitungen des Gebietsgruppendurchschnitts bei den verordneten physikalisch-medizinischen Leistungen, den Arzneikosten und den Krankenhauseinweisungen nicht in dem vom Kläger für richtig gehaltenen Umfang gewürdigt. Der Senat hat bereits ausgesprochen, daß im Bereich des offensichtlichen Mißverhältnisses liegende Überschreitungen beim Gesamthonorar oder beim Honorar in einzelnen Leistungssparten nicht dadurch kompensiert werden, daß in anderen kostenrelevanten Bereichen der vertragsärztlichen Tätigkeit die durchschnittlichen Werte der Fachgruppe unterschritten werden. Notwendig ist vielmehr stets, daß zwischen den Mehrforderungen auf der einen und den Kostenunterschreitungen auf der anderen Seite ein kausaler Zusammenhang besteht. Es geht zu Lasten des Vertragsarztes, der sich auf kompensatorische Einsparungen beruft, wenn diese selbst nicht festgestellt werden können, oder wenn der Nachweis des kausalen Zusammenhangs zu den Mehrforderungen nicht gelingt (vgl BSG SozR 2200 § 368n Nr 43 S 145). Letzteres ist hier der Fall. Der Kläger hat im Verwaltungsverfahren lediglich vorgetragen, in seiner Praxis machten die Kosten für die verordneten physikalisch-medizinischen Leistungen nur zwischen 30 und 70 % des Durchschnitts der Gebietsgruppe aus, während sich die Arzneikosten in der Größenordnung von 70 bis 80 % des Gebietsgruppendurchschnitts bewegten. Der Kläger hat schon im Ansatz nichts dazu dargelegt, durch den vermehrten Einsatz welcher Sonderleistungen er nach seiner eigenen Beurteilung in welchen Behandlungsfällen die entsprechenden Einsparungen erzielt haben will. Der Beklagte hat im übrigen zu den Kosten für die veranlaßten physikalisch-medizinischen Leistungen ausgeführt, daß diese im Zusammenhang mit den überdurchschnittlich hoch abgerechneten selbsterbrachten physikalisch-medizinischen Leistungen zu sehen seien und nicht zusätzlich unter dem Gesichtspunkt kompensatorischer Einsparungen bei den Sonderleistungen herangezogen werden könnten. Einen Kausalzusammenhang hat der Beklagte zwischen dem



vermehrten Ansatz der Nr 10 BMÄ 1987 durch den Kläger und Einsparungen bei den Arzneikosten gesehen und einen Teil der Mehrforderung des Honorars für Beratungen unter diesem Gesichtspunkt für wirtschaftlich gehalten. Welcher Zusammenhang zwischen den Überschreitungen bei den Sonderleistungen und den Einsparungen bei der Arzneikosten bestehen könnte, legt die Revision nicht dar.

Soweit der Kläger gegenüber dem Beklagten darauf hingewiesen hat, durch den vermehrten Einsatz von Infusionen (Nr 272 BMÄ) habe er Krankenhauseinweisungen eingespart, hat er damit ebenfalls seiner Darlegungslast nicht genügt. Alle niedergelassenen Vertragsärzte sind bestrebt und auch verpflichtet, Patienten nur dann zur stationären Behandlung einzuweisen, wenn ambulante ärztliche Behandlung für die Erreichung des Behandlungsziels nicht ausreichend ist (§ 39 Abs 1 SGB V). Daher reicht die Behauptung, durch Infusionen insbesondere bei der Therapie des Gehörsturzes Krankenhauseinweisungen eingespart zu haben, für den Nachweis einer insoweit bestehenden Kausalität nicht aus. Der Kläger hätte darlegen müssen, durch welche ambulanten ärztlichen Maßnahmen er in Behandlungsfällen, in denen typischerweise die Ärzte seiner Gebietsgruppe Patienten zur stationären Behandlung einweisen und rechtlich einweisen dürfen, Krankenhausbehandlung vermieden hat. In dieser Richtung hat der Kläger nichts vorgetragen, was dem Beklagten Anlaß zu weitergehender Sachaufklärung hätte geben können.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs 1 und 4 SGG.

