
Datum: 27.11.2007
Gericht: Sozialgericht Dortmund
Spruchkörper: 9. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 9 KA 51/03
ECLI: ECLI:DE:SGDO:2007:1127:S9KA51.03.00

Tenor:

Die Klage wird abgewiesen.

Der Kläger hat 84 % der Kosten des Verfahrens zu tragen

Sozialgericht Dortmund	1
Verkündet am 27.11.2007	2
<u>Az.: S 9 KA 51/03</u>	3
Koch	4
Regierungsbeschäftigte als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle	5
Im Namen des Volkes	6
Urteil	7
In dem Rechtsstreit	8
Kläger	9
Prozessbevollmächtigter:	10
gegen	11
Beklagter	12
1)	13
	14

Beigeladene	
2)	15
Beigeladener	16
4)	17
Beigeladene	18
Beigeladene	19
Beigeladener	20
Beigeladener	21
Beigeladene	22
Beigeladene	23
hat die 9. Kammer des Sozialgerichts Dortmund auf die mündliche Verhandlung vom 27.11.2007 durch den Vorsitzenden, den Richter am Sozialgericht Gebauer sowie den ehrenamtlichen Richter Huperz und den ehrenamtlichen Richter Dr. Büker für Recht erkannt:	24
Die Klage wird abgewiesen.	25
Der Kläger hat 84 % der Kosten des Verfahrens zu tragen.	26
<u>Tatbestand</u>	27
Nach teilweiser Erledigung des Rechtsstreits durch das während des Verhandlungstermins am 27.11.2007 von dem Beklagten abgegebene Teilerkenntnis mit einer Reduzierung des Gesamtregressbetrages von 635.644,31 Euro auf 535.577,64 Euro und dessen Annahme durch den Kläger streiten die Beteiligten noch über die Rechtmäßigkeit der verbliebenen Gesamtregresse. Dabei handelt es sich um Regresse wegen verordneter physikalisch-medizinischer Leistungen (vpml) für die Quartale 1/1998 bis 4/2000 in Höhe von 494.067,56 Euro und um Arzneiregresse für die Quartale 1/1998 bis 4/1999 sowie für die Quartale 2/2000 und 3/2000 in Höhe von 41.510,08 Euro.	28
Zu den streitigen Zeiträumen war der Kläger als Facharzt für Orthopädie in E niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.	29
Der Prüfungsausschuss setzte wegen der hohen Überschreitungen des Klägers insbesondere bei den vpml umfangreiche Regresse fest. Wegen nicht so hoher Überschreitungen bei den Arzneikosten setzte der Prüfungsausschuss ergänzend geringere Regresse von den Arzneikosten für die benannten streitigen Quartale fest.	30
Gegen alle Prüfmaßnahmen legte der Kläger formal rechtzeitig Widerspruch ein ohne zur Sache vorzutragen. Der Kläger beantragte jedoch die persönliche Anhörung in der Sitzung vor dem Beklagten und nahm an dieser teil. Im Rahmen der persönlichen Anhörung trug der Kläger vor, dass er fast ausschließlich ausländisches Patientengut betreue. Dabei handele es sich um hart arbeitende Patienten bzw. schwere Krankheitsbilder, die einer umfangreichen medikamentösen und/oder physikalischen Therapie bedürften. Die besonders schweren und kostenintensiven Behandlungsfälle habe er auf einem insgesamt 7seitigen Schreiben,	31

welches dem Prüfungsgremium nunmehr zur Verfügung gestellt werde, dargestellt. Weiterhin führte er aus, über die Kosten der Therapien nicht hinreichend informiert worden zu sein. Ferner seien bis zu diesem Prüfverfahren keine Beanstandungen von den Krankenkassen (Beigeladene zu 1) bis 7)) bzw. der KVWL (Beigeladene zu 8)) vorgenommen worden.

Durch Beschluss vom 14.05.2003 wies der Beklagte die Widersprüche des Klägers gegen die Gesamtheit der Regresse zurück und erklärte, dass die Regresse bestehen blieben. Zur Begründung wies der Beklagte darauf hin, dass nach der sachgerechten und zulässigen Prüfmethode des statischen Fallkostenvergleichs die Grenze zum

offensichtlichen Missverhältnis bei +40 % anzunehmen sei. Der durch die

Grenzüberschreitung zum offensichtlichen Missverhältnis bestehende Anschein der Unwirtschaftlichkeit werde durch die Homogenität der Vergleichsgruppe der Fachärzte für Orthopädie bestätigt.

Der Beklagte sei nach eingehender Prüfung der Abrechnungsunterlagen unter Beachtung der Widerspruchsargumente des Klägers so gut wie auf Grund der Feststellungen des Referenten nach Durchsicht der Verordnungen und Behandlungsweise zu dem Ergebnis gelangt, dass die Prüfmaßnahmen zu bestätigen seien.

Der hohe Ausländeranteil, auf den der Kläger hingewiesen habe, stelle nach Ansicht des Prüfungsgremiums keine Praxisbesonderheit dar. Es gäbe keinen Erfahrungssatz, dass ausländische Patienten mit möglich mangelnden deutschen Sprachkenntnissen einen erhöhten Therapieaufwand bedingen würden. Auch sei zu beachten, dass bei einem Patienten, der hinreichend seine Beschwerden artikulieren könne, der Arzt durch eine entsprechende Untersuchung eine gezielte Therapie einleiten könne. Im Übrigen handele es sich hier selbst um einen ausländischen Arzt, so dass größere Sprachprobleme hier seltener anzutreffen seien. Auch gäbe es keine Erfahrungswerte darüber, dass ausländische Patienten mehr Krankheitsbilder hätten als deutsche Patienten.

Des weiteren habe das entscheidende Prüfungsgremium anhand der Diagnosen kein zur Gebietsgruppe abweichendes Patientengut feststellen können. Auch die vom Kläger in der Sitzung überreichte Patientenliste zeige - nach ausführlicher Begutachtung der ärztlichen Mitglieder des Prüfungsgremiums - typische Krankheitsbilder der Gebietsgruppe. Dazu gehörten u.a. Diagnosen wie Osteoporose, Gonarthrose, BS-Vorfall, Skoliose, Osteochondrose, Deformenz der BS, chronische WS-Erkrankungen, Lumboschialgie, Cervikobrachialgie, Morbus Bechterew, chronische Polyarthrose mit Gelenksteife oder Cervikalneuralgie mit BS-Vorfall. Außerdem liege der Anteil dieser Fälle - bezogen auf eine gemittelte Fallzahl von 1.669 (Durchschnittswert der Quartale 1/00 bis 4/01) - nur bei rund 6%.

Der Hinweis des Klägers, er sei über die Verordnungskosten nicht informiert bzw. es habe keine Beanstandung gegeben, könne nicht überzeugen. Der Arzt erhalte über die KVWL (Beigeladene zu 8)) regelmäßig eine Statistik über seine Verordnungskosten (Arznei und vpmL). Außerdem habe jeder Arzt die Möglichkeit, sich über die Kosten der Verordnungen zu informieren.

Der Mehraufwand bei den Verordnungen fände im Wesentlichen seine Ursache darin, dass nicht in ausreichendem Maße dem gesetzmäßig auferlegten und verlangten Gebot der Wirtschaftlichkeit Rechnung getragen worden sei. Bei Anlegung eines strengeren Maßstabes an das für alle Ärzte verbindliche Wirtschaftlichkeitsgebot hätten sich - wie die Durchsicht der Verordnungen ergeben habe - nicht unerhebliche Einsparungen erzielen lassen können,

ohne die Effizienz der Diagnostik und der Therapie zu tangieren oder zum Nachteil der Patienten zu führen.

Die Notwendigkeit der Arzneiverordnungen lasse sich aus den Diagnosen nicht immer ableiten. Auch bezüglich der fachfremden Verordnungen sollte der Kläger mehr Zurückhaltung üben. Zu beanstanden seien auch nicht verordnungsfähige Produkte wie z.B. "ABC-Wärmepflaster". 40

Diese unkritische Verordnungsweise des Klägers fände sich ebenfalls in hohem Maße bei der Verordnung der physikalischen Therapie wieder. Hier seien durchgängig immer gleich 10 Kombinationsbehandlungen wie z.B. 10mal Massage und Fango oder Bewegungsübungen und Fango verordnet worden. Kleinere Serien von Kombinationsbehandlungen fänden sich gar nicht und die für eine orthopädische Praxis eigentlich typische Verordnung von Krankengymnastik sei kaum anzutreffen. Nur selten würden Moorbäder, Bewegungsbäder und Eisanwendungen rezeptiert. 41

Die stereotype Verordnung von 10 Anwendungen sei unwirtschaftlich. Auch vertrete das Prüfungsgremium die Auffassung, dass die Verordnung von Fango als wärmeprevorbereitende Maßnahme vor einer Massage nicht dem Gebot der Wirtschaftlichkeit entspreche. Als wärmeprevorbereitende Maßnahme hätte auch die preisgünstigere Heißluftbehandlung verordnet werden können. Zur Information des Klägers weise der Beklagte darauf hin, dass bei 6 Kombinationsbehandlungen die Differenz zwischen Fango/Massage und Heißluft/Massage bei etwa 50,00 DM liege. Des Weiteren vertrete das Prüfungsgremium die Auffassung, dass - aufgrund der dokumentierten Krankheitsbilder - der Arzt die Patienten noch mehr zur aktiven Tätigkeit hätte anleiten können. 42

Abschließend sei festgestellt worden, dass die vom Kläger bevorzugte Behandlungs- bzw. Verordnungsform nicht durch einen im kausalen Zusammenhang stehenden anderen Leistungsbereich ausgeglichen worden sei. Auch seien vom Arzt dazu keine weiteren Argumente vorgebracht worden. 43

Abschließend führte der Beschwerdeausschuss im Beschluss vom 14.05.2003 hinsichtlich der Nachfolgequartale für die beiden streitigen Bereiche der Arzneien und der vpmJL die Überschreitungswerte mit einer Tendenz zum Rückgang der Überschreitungen und die dem Arzt - unter Einbeziehung des Apothekenrabattes und der Patientenzuzahlung - zugestandenen Mehraufwendungen auf. 44

Gegen den Beschluss vom 14.05.2003 hat der Kläger rechtzeitig Klage erhoben, mit der er die Aufhebung der Gesamtregresse begehrt hat. 45

Unter Wiederholung seines wesentlichen Vortrags aus dem Widerspruchsverfahren hat sich der Kläger gegen die aus seiner Sicht zu pauschalen Kürzungen zur Wehr gesetzt. Er ist der Ansicht, dass die bestehenden Praxisbesonderheiten bestehend aus folgenden Patientengruppen: 46

- 47

überdurchschnittlich viele Osteoporosekranke (Folge: Krankengymnastik) mit Dauerdiagnose

- überdurchschnittlich viele Ausländer, die körperlich schwer arbeiten 48

49

-	überdurchschnittlich viele Rentner	
-	überdurchschnittlich viele Schmerzmittel (dazu sei keine Analyse erfolgt)	50
-	überdurchschnittlich viele Operationen (auch von Krankenhäusern überwiesen)	51
-	häufige Prophylaxe für Patienten	52
	nicht hinreichend berücksichtigt worden seien.	53
	Dazu habe er als Zufallsstichproben zum Beweis seines Vortrags einige spezielle Patienten aufgeführt. Hierzu wird auf den Schriftsatz des Prozessbevollmächtigten des Klägers vom 09.12.2003, Blatt 6 bis 13 Mitte, Bezug genommen.	54
	Weitere Zufallsstichproben habe er in einem Anhang - Anlage - beigelegt.	55
	Mit einem Anteil von 20% Osteoporosepatienten habe er bei seinen	56
	Arzneimittelverschreibungen das Maß des Notwendigen nicht überschritten. Vielmehr müssten die durchschnittlichen Behandlungskosten beachtet werden und diese würden sich bei 170 Osteoporosepatienten schon auf 14.450,00 Euro belaufen.	57
	Weiterhin hätte er hinsichtlich der Osteoporosefälle mit der Gruppe der Allgemeinärzte verglichen werden müssen, jedoch verfüge er über deren Fallwerte nicht.	58
	Als weiteren Ermessensfehler habe er zu bemängeln, dass bei ihm nicht das schonendste Mittel der Beratung im Rahmen des Auswahlermessens eingesetzt worden sei. Nach seiner Auffassung sei die Regelung in § 106 Abs. 5 Satz 2 SGB V "gezielte Beratungen sollen weiteren Maßnahmen in der Regel vorangehen" ein Beispiel für die Sollnormen, die im Sozialrecht Muss-Vorschriften darstellten, es sei denn, es läge ein atypischer Fall vor. Durch die fehlende frühzeitige Beratung habe er sich nicht einrichten können und sei somit von den Regressen überrascht worden.	59
	Letztlich seien die Maßnahmen in dieser Höhe auch nicht angemessen, denn diese könnten zu dem wirtschaftlichen Ruin der Praxis führen. Das Ergebnis wäre, dass seine ausländischen Patienten den Arzt verlören, dem sie vertrauen, und dass die ärztliche Versorgung in der E Nordstadt nicht mehr gewährleistet wäre.	60
	Weiterhin sei beim Zustandekommen der Entscheidung des Beklagten zu rügen, dass kein einziger Fachkollege (Orthopäde) Mitglied des Gremiums gewesen sei. Eine Beurteilung seiner speziellen Situation wäre daher aus fachlicher Sicht nicht gewährleistet gewesen.	61
	Nach einem ersten Erörterungstermin am 26.08.2004 haben sich die Beteiligten intensiv mit den finanziellen Gefährdungen der Praxis des Klägers auf der Grundlage der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts auseinandergesetzt und verschiedene Lösungsmöglichkeiten untersucht. Letztlich sind jedoch leider diese Bemühungen zur Herbeiführung einer Gesamtbereinigung der ausstehenden Regresse fehlgeschlagen.	62
	Nach den anfänglichen Ausführungen des Vorsitzenden zur Beurteilung der Sach- und Rechtslage, die aus der Niederschrift vom 26.08.2004 ersichtlich sind, mussten ergänzend die Aspekte, die im Termin vom 13.09.2007 hinsichtlich der Beachtung der Patientenzuzahlung angesprochen worden sind, beachtet und umgesetzt werden.	63
		64

Unter Berücksichtigung einer zumindest einheitlichen Nettotoleranz von + 60 % im Rahmen des statistischen Fallkostenvergleichs bei den Regressen zu den vpml und den weiteren Abzügen von jeweils 15 % wegen der Patientenzuzahlungen wurde ein verbleibender Gesamtregressbetrag von 535.577,64 Euro errechnet.

Demgemäß hat der Beklagte, im Termin am 27.11.2007 ein Teilanerkenntnis im Sinne einer Reduzierung des Gesamtregressbetrages von 635.644,31 Euro auf 535.577,64 Euro abgegeben. Dieses wurde auch in einer entsprechenden teilweisen Kostenregelung umgesetzt. Nach Annahme des Teilanerkenntnisses hinsichtlich der Sache und Kostenregelung, hat der Prozessbevollmächtigte im Einvernehmen mit dem Kläger erklärt:

"Der Kläger beantragt,

den Beschluss des Beklagten vom 14.05.2003, soweit dieser hinsichtlich der vpml- Regresse für die Quartale 1/1998 bis 4/2000 in Höhe von 494,067,56 Euro und der Arznei reg resse für die Quartale 1/1998 bis 4/1999 sowie für die Quartale 2/2000

und 3/2000 in Höhe von 41.510,08 Euro bestehen geblieben ist, aufzuheben,

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

Der Beklagte und die im Termin am 27.11.2007 anwesenden Beigeladenen beantragen, die Klage abzuweisen.

Der Beklagte ist der Ansicht, dass über das abgegebene Teilanerkenntnis hinaus eine weitere Reduzierung der Gesamtregresse nicht in Betracht kommt, weil deren Rechtmäßigkeit außer Zweifel stehe. Dabei werde Bezug genommen auf die Ausführungen des Vorsitzenden der Kammer im Erörterungstermin vom 26.08.2004 mit vollständiger Würdigung der Sach- und Rechtslage. Es verbliebe bei dem reduzierten Gesamtregress und daher auch bei der entsprechenden anteiligen Kostentragungspflicht des Klägers.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten des Beklagten und den Inhalt der Gerichtsakten sowie auf den Inhalt der Schriftsätze der Beteiligten und deren Anlagen verwiesen. Dieses gesamte Akten- und Unterlagenmaterial war Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe

Die Klage - soweit diese nach dem angenommenen Teilanerkenntnis noch aufrechterhalten worden ist - ist zulässig, aber nicht begründet.

Der Kläger ist durch den angefochtenen Beschluss des Beklagten vom 14.05.2003 - nach Abänderung durch das angenommene Teilanerkenntnis - nicht beschwert in seinen Rechten gemäß § 54 Abs. 2 Satz 1 und Satz 2 SGG, denn der Beschluss ist in den aufrechterhaltenen Teilen nicht rechtswidrig. Dies gilt hinsichtlich der regressierten Kosten für veranlasste physikalisch-medizinische Leistungen in den Quartalen 1/1998 bis 4/2000 und für die regressierten Kosten der Arzneiverordnungen für die Quartale 1/1998 bis 4/1999 sowie 2/2000 und 3/2000. Im Ergebnis gilt also die Rechtmäßigkeit der Regresse für die angesprochenen Bereiche und Zeiträume unter der Gewährung von jeweils verbleibenden Toleranzen von + 60 für den vpml-Bereich und einer nunmehr tatsächlich erfolgten Berücksichtigung der Patientenzuzahlungen mit der Festsetzung von damit rechnerisch zu

Der Beschluss findet seine gesetzliche Grundlage in § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V), wonach die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch die arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten erfolgt. Bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung werden die Abrechnungs- bzw. Verordnungswerte des Arztes mit denjenigen der Fachgruppe verglichen. Der Gesetzgeber hat in der genannten Vorschrift die zur Legitimation einer statistischen Vergleichsprüfung unerlässliche Annahme gebilligt, dass die Gesamtheit aller Ärzte im Durchschnitt gesehen wirtschaftlich behandelt und verordnet, jedenfalls das Maß des Notwendigen und Zweckmäßigen nicht unterschreitet und dass deshalb der durchschnittliche Behandlungs- bzw. Verordnungsaufwand einer Arztgruppe grundsätzlich ein geeigneter Maßstab für die Wirtschaftlichkeitsprüfung eines Angehörigen dieser Arztgruppe ist. Eine Unwirtschaftlichkeit ist anzunehmen, wenn der Fallwert des geprüften Arztes so erheblich über dem Vergleichsgruppendurchschnitt liegt, dass sich die Mehrkosten nicht mehr durch Unterschiede in der Praxisstruktur und den Behandlungsnotwendigkeiten erklären lassen und deshalb zuverlässig auf eine unwirtschaftliche Behandlungs- bzw. Ordnungsweise 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 statistische Betrachtung macht jedoch nur einen Teil der Wirtschaftlichkeitsprüfung aus. Sie wird durch eine sog. intellektuelle Prüfung und Entscheidung ergänzt, bei der die für die Frage der Wirtschaftlichkeit relevanten medizinisch-ärztlichen Gesichtspunkte in Rechnung zu stellen sind. Kostenerhöhende Praxisbesonderheiten müssen bestimmt werden, bevor sich auf der Grundlage der statistischen Abweichung eine verlässliche Aussage über die Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- bzw. Ordnungsweise treffen lässt (BSG, Urteil vom 09.03.1994, BSG 74, 70, 74f.; BSG, Urteil vom 18.06.1997, SozR 3-2500 § 106 Nr. 41; Engelhard in: Hauck/Haines, SGB V, Stand: XII/04, § 106 Rdnr. 290 ff., 295 ff. m.w.NW.).

76

In der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist anerkannt, dass den Prüfungsgremien insbesondere bei der Wahl der im Einzelfall geeigneten Prüfmethode, der Auswahl der

77

Vergleichsgruppe, der Festlegung des für das offensichtliche Missverhältnis maßgeblichen Grenzwertes und bei der Festlegung und Schätzung des Umfangs des unwirtschaftlichen Mehraufwandes ein Beurteilungsspielraum einzuräumen ist. Die Kontrolle der Gerichte beschränkt sich somit darauf, ob das Verwaltungsverfahren ordnungsgemäß durchgeführt worden ist, ob der Verwaltungsentscheidung ein richtiger und vollständig ermittelter Sachverhalt zu Grunde 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 die Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist. Damit beschränkt sich die Überprüfung von Beschlüssen des Beklagten letztlich auf ihre Vertretbarkeit (BSG, Urteil vom 15.11.1995, Az.: 6 RKA 4/95; Engelhard in: Hauck/Haines, SGB V, Stand XII/04, § 106 Rdnr. 552 ff., 556 ff. mit umfassenden Rechtsprechungsnachweisen).

78

Als Korrektiv zu diesen den Prüfungsgremien zugestandenen weitgehenden Entscheidungsspielräumen kommt der Begründungspflicht nach § 35 Abs. 1 des Sozialgesetzbuchs - Verwaltungsverfahren - (SGB X) eine besondere Bedeutung zu. Die Beschlüsse des Beklagten müssen insbesondere nähere Ausführungen zum Vorliegen von

79

Praxisbesonderheiten und ihren Auswirkungen und zu etwaigen kompensatorischen Einsparungen enthalten (BSG, Urteil vom 09.03.1994, Az.: 6 RKA 17/92; BSG, Urteil vom 09.03.1994, BSGE 74, 70, 74 f.).

Über diese Rechtsprechungsgrundsätze hinaus sieht die Kammer wegen der - mit Ausnahme 80
der durch das Teilerkenntnis korrigierten Teile der Regressfestsetzungen - im
Wesentlichen auf der Rechtsprechung ' des Bundessozialgerichts beruhenden Darlegung des
Beklagten im Beschluss vom 14.05.2003 gemäß § 136 Abs. 3 SGG von einer weiteren
Darstellung der Entscheidungsgründe ab, weil sie der Begründung des Beschlusses zu den
vpmL-Regressen und zu den Arzneiregressen nach eigener Überprüfung und dem
Ausschluss des Vorliegens von Beurteilungsfehlern oder Ermessensfehlern folgt und dies mit
folgenden Ergänzungen feststellt:

1. Hinsichtlich der Arzneiregresse ist festzustellen, dass diese ohne jeden Zweifel 81
rechtmäßig sind. Einerseits konnte der Kläger hinsichtlich seiner prozentualen
Überschreitungswerte, die zwischen 248 % bis plus 113 % geschwankt haben, grundsätzlich
im Rahmen des statistischen Fallkostenvergleichs regressiert werden, aber das Prüfungsgremium
hat hinsichtlich des belassenen Restüberhangs zwischen plus 127 % und plus 97 % sachlich
angemessen regressiert und dem Kläger die Mehraufwendungen zugestanden, die er zu
einer wirtschaftlichen Versorgung seiner Osteoporosepatienten benötigt hatte. Über diese
Belassungswerte hinaus kann das Gericht keine tragfähigen Argumente erkennen, um die
Arzneiregresse rechtlich in Zweifel zu ziehen.

2. Rechtliche Zweifel ergeben sich auch nicht bei der Auswertung des Vortrags des 82
Prozessbevollmächtigten im Schriftsatz vom 09.12.2003, denn einerseits ist der Kläger vor
dem Beschwerdeausschuss angehört worden. Andererseits hat Herr Dr. M zwar einmal
während der Sitzung den Raum verlassen, jedoch nur für eine unerhebliche Zeitspanne, und
deswegen kann das Gericht insofern keinen Formfehler feststellen. .

Ebenfalls ist kein formeller Fehler darin zu erkennen, dass im Ausschuss nach dem Vortrag 83
des Klägers kein einziger Orthopäde beteiligt gewesen sein soll. Diese Beteiligung eines
Orthopäden ist nach ständiger Rechtsprechung des Landessozialgerichts Nordrhein-
Westfalen (vgl. nur LSG NRW, Urteil vom 25.03.1981 - L 11 KA 5/80) nicht notwendig, weil
das Prüfungsgremium zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit über genügend eigenen Sachverstand
verfügt.

3. Weiterhin sind die Prüffristen eingehalten worden, wobei zusätzlich der Hinweis erteilt 84
wird, dass jeder Arzt innerhalb eines Zeitraums von vier Jahren nach seinen Verordnungen
bzw. nach seinen Behandlungen noch mit Wirtschaftlichkeitsprüfmaßnahmen nach ständiger
Rechtsprechung des BSG (Hinweis auf die Entscheidung vom 27.06.2001 - B 6 KA 66/00 R -)
rechnen muss.

4. 85
Hinsichtlich der Regresse wegen der veranlassten physikalisch-medizinischen Leistungen ist
auf folgende Punkte der materiellen Rechtmäßigkeit einzugehen. Insgesamt kann der Kläger
mit seinem Vortrag zu den Praxisbesonderheiten nicht durchdringen. £

Erstens sind nach den gemachten Darlegungen überdurchschnittlich viele 86
Osteoporoseerkrankte im Sinne einer Atypik gegenüber sonstigen Fachärzten seiner
Gebietsgruppe nicht dargelegt worden. Weiterhin wurde die Osteoporoseerkrankung im
Wesentlichen durch den Arzneimittelbereich und die dort belassenen Überhänge abgedeckt.
Weiterhin konnte der Kläger seine Osteoporoseerkrankten im Rahmen der veranlassten

physikalisch-medizinischen Leistungen durch die belassenen Restüberhänge von ca. 60 % pro Quartal, also bei einem Verordnungsvolumen von 160 % pro Quartal auch angemessen versorgen.

Nach genauer rechtlicher Überprüfung ist auch dem Beschwerdeausschuss darin beizupflichten, dass der hohe Ausländeranteil, auf den der Arzt hingewiesen hat, keine Praxisbesonderheit darstellt. Dieses Rechtsproblem ist durch eine höchstrichterliche Entscheidung des Bundessozialgerichts durch Urteil vom 10.05.2000 (Az.: B 6 KA 25/99 R) geklärt. Es besteht kein Grundsatz dahingehend, dass ein besonders hoher Ausländeranteil zu einer anderen Patienten- bzw. einer anderen Morbiditätsstruktur und damit zu einem anderen wirtschaftlichen Aufwand bei den verordneten physikalisch-medizinischen Leistungen führt. Hier muss insbesondere das Wirtschaftlichkeitsgebot betont werden, wobei auch die Verständigungsschwierigkeiten nicht ein solches Ausmaß erreichen, dass alleine deswegen ein Mehraufwand bei den verordneten Leistungen erforderlich gewesen wäre. Auch bei Auswertung und genauer Durchsicht der von dem Kläger vorgelegten Patientenlisten kann hinsichtlich der gesamten Fallzahlen des Klägers nicht festgestellt werden, dass dieser unter einem atypisch hohen Anteil an besonders schweren und besonders kostenintensiven Behandlungsfällen leiden muss. Vielmehr entspricht der Durchschnitt der benannten Diagnosen durchaus dem Durchschnitt der sonst dem Gericht bekannten Fachpraxen. Eine abweichende Patientenstruktur bzw. Morbiditätsstruktur ließ sich so weder erkennen noch nachweisen.

87

5. Ebenfalls gilt das Argument des Klägers nicht, überdurchschnittlich viele Rentner zu betreuen. Vielmehr ist der Rentneranteil in der Praxis des Arztes allenfalls im Umfang von 50 % der Arztgruppe aus den Gesamtzusammenstellungen erkennbar und liegt teilweise noch darunter. Feststellbar ist allerdings, dass die Behandlung der Rentner in der Praxis des Klägers besonders kostenintensiv gewesen ist und der Kläger hier auch überprüfen muss, ob und inwieweit jede dieser Verordnungen dem Wirtschaftlichkeitsgebot genügen kann oder nicht.

88

6. Auch das Argument, überdurchschnittlich viele Operationen durchgeführt zu haben bzw. operierte Patienten betreut zu haben, kann nicht als weiteres entlastendes Argument anerkannt werden, da auch hier eine besondere Atypik innerhalb seiner Praxis mit seinen Fallzahlen nicht dargelegt worden ist und an den Leistungserbringungszahlen nicht feststellbar ist, dass der Kläger überdurchschnittlich viele Operationen selbst durchgeführt hat. Vielmehr ist hier festzuhalten, dass der Kläger eher unterdurchschnittlich selber operiert hat.

89

7. Auch dem theoretischen Modell der Praxis, das im Schriftsatz der Prozessbevollmächtigten auf Seite 6 dargelegt worden ist, kann angesichts der rechtlichen Vorschriften und des Wirtschaftlichkeitsgebotes so nicht kritiklos gefolgt werden. Vielmehr muss auch hier die Geltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes unterstrichen werden.

90

8. Ebenfalls kann das Argument nicht durchdringen, dass die Fallzahlen des Klägers über den Fallzahlen der Vergleichsgruppe liegen, weil hier eine statistische Pro- Fall-Wert-Betrachtung angewendet wird und der Kläger vielmehr davon profitiert, dass er ausreichend hohe Fallzahlen aufzuweisen hat.

91

9. Auch das Argument, sofort einer Regressierung ausgesetzt zu sein und nicht zunächst eine Beratung zu erhalten, kann im Ergebnis nicht zum Erfolg der Klage führen. Vielmehr war es so, dass der Kläger schon wegen der Verordnungen der physikalisch-medizinischen Leistungen im Quartal 4/97 angeschrieben worden ist - die Prüfmaßnahmen wurden aus

92

Fristproblemen nicht weiter durchgeführt - und der Kläger demgemäß von den Möglichkeiten, von Regressen überzogen zu werden, bei Beibehaltung seiner Verordnungsweise ausgehen musste. Entscheidender ist jedoch, dass nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts auch entsprechende Regressierungen erfolgen dürfen, wenn die jeweiligen Überschreitungshöhen, und dieses war hier auch der Fall, für die Ergreifung von Regressierungsmaßnahmen sprechen und der Unwirtschaftlichkeit nicht alleine mit einer Beratung begegnet werden kann (s. BSG, Urteil vom 19.06.1996 - 6 RKa 40/95; deutlich BSG, Urteil vom 19.03.1997 - 6 RKa 59/96). Der Kläger ist vielmehr darauf hinzuweisen, dass bei den vorliegenden Überschreitungen des Vergleichsgruppendurchschnitts im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses eine Regressierung nicht deshalb rechtswidrig ist, weil hier keine gezielte Beratung vorausgegangen ist.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 Abs. 1 Satz 1 1. Halbsatz SGG alter Fassung, wobei hier hinsichtlich des Umfangs der Auferlegung der Kosten die Reduzierung des Gesamtregresses im Rahmen des angenommenen Teilerkenntnisses Berücksichtigung finden musste. 93