

L 12 KA 8/06

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 43 KA 1447/03

Datum

04.10.2005

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 12 KA 8/06

Datum

23.04.2008

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 4. Oktober 2005 wird zurückgewiesen.

II. Die Kläger tragen die Kosten des Berufungsverfahrens.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

In diesem Rechtsstreit geht es um Arzneimittelregresse aus den Quartalen 2 und 3/00.

Die klagende Gemeinschaftspraxis besteht aus einem Allgemeinarzt und einer praktischen Ärztin. Im Quartal 2/00 haben diese bei insgesamt 1.476 Behandlungsfällen Arzneimittel für durchschnittlich 163,34 DM pro Fall verordnet und damit den Vergleichsgruppenwert der Allgemein-/praktischen Ärzte in Bayern um 50,8 % überschritten.

Auf Prüfantrag aller Krankenkassen hat der Prüfungsausschuss mit Bescheid vom 16.07.2001 einen 5 %igen Arzneimittelregress in Höhe von 11.141,82 DM (5.696,72 Euro) verhängt und diesen mit dem offensichtlichen Missverhältnis zwischen dem durchschnittlichen Verordnungswert der Klägerin und dem der Vergleichsgruppe begründet.

Dagegen haben die Ärzte Widerspruch eingelegt, der jedoch nicht schriftlich begründet wurde.

In der Sitzung des Beschwerdeausschusses am 16.07.2003 hat der Allgemeinarzt ausweislich der Sitzungsniederschrift die Meinung vertreten, die Praxis verordne ordentlich. Außerdem hat er auf kostenintensive, ältere Patienten und schwere Fälle hingewiesen. Der beklagte Beschwerdeausschuss hat den Widerspruch mit Bescheid vom 30.09.2003 zurückgewiesen und diese Entscheidung auf einen statistischen Fallkostenvergleich gestützt. In der Begründung wurde ausgeführt, schwere Fälle seien keine Praxisbesonderheit. Praxisbesonderheiten lägen vielmehr nicht vor, ebenso seien keine Einsparungen ersichtlich. Der Ausschuss sehe die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis bei 40 %. Es sei eine Restüberschreitung von 43,27 % belassen worden.

Dagegen hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht München erhoben ([S 43 KA 1447/03](#)).

Im Folgequartal 3/00 hatte die klagende Praxis 1.537 Fälle. Arzneimittel wurden für durchschnittlich 162,82 DM pro Fall verordnet, was um 52,4 % über dem Vergleichsgruppendurchschnitt lag. Auch beim Sprechstundenbedarf wurde der Durchschnitt mit 13,67 DM pro Fall um 267,5 % überschritten. Zu dem von den Krankenkassen gestellten Prüfantrag wurden klägerischerseits Patientenlisten mit (oft orthopädischen) Diagnoseangaben und (z.T.) Verordnungen vorgelegt.

Der Prüfungsausschuss hat mit Bescheid vom 27.11.2001 auch in diesem Quartal einen 5%igen Regress bei den Einzelverordnungen von Medikamenten in Höhe von 11.894,98 DM (6.081,81 Euro) verhängt mit der Begründung, die Verordnungswerte der Praxis stünden im offensichtlichen Missverhältnis zu denen der Vergleichsgruppe.

Der dagegen eingelegte Widerspruch wurde wie im Vorquartal nicht schriftlich begründet. In der mündlichen Verhandlung des Beschwerdeausschusses, die am selben Tag stattfand wie die für das Vorquartal, hat der Allgemeinarzt erneut vorgetragen, die Praxis verordne ordentlich, und auf schwere Fälle und ältere Patienten verwiesen.

Der Beklagte hat auch diesen Widerspruch mit gesondertem Bescheid vom 30.09.2003 zurückgewiesen und in der Begründung u.a.

ausgeführt, das von den Ärzten behauptete besondere Patientengut sei nach Durchsicht der Behandlungsunterlagen unter Einbeziehung der vorgelegten Patientenlisten nicht ersichtlich. Die unterschiedliche Verteilung der versicherten Gruppen (Mitglieder, Familienangehörige, Rentner) sei durch die gewichtete Abweichung rechnerisch berücksichtigt. Schwere Fälle seien keine Praxisbesonderheit. Einsparungen lägen nicht vor. Der Ausschuss setze die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis bei 40 % fest. Die Restüberschreitung betrage 44,82 %.

Die auch gegen diesen Bescheid erhobene Klage zum Sozialgericht München führt das Az.: S 43 KA 1448/03.

Zur Begründung der Klagen haben die Bevollmächtigten der Klägerin u.a. ausgeführt, die Festlegung der Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis auf 40 % sei zwar nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) möglich und liege im Beurteilungsspielraum des Beklagten. Aus den Bescheidsgründen gehe aber nicht hervor, ob und in welcher Weise der Ausschuss sein Beurteilungsmessen ausgeübt habe. Die Ärzte hätten in den betroffenen Quartalen an einem Programm der Beigeladenen zu 1) zur Arzneimittel-/Medikamentenprüfung teilgenommen. In den Vorquartalen und zunächst wohl auch in den betroffenen Quartalen sei eine Arzneimittelkostenüberschreitung von durchschnittlich 10-20 % mitgeteilt worden. Die Prüfungsgremien hätten sich im Hinblick auf die relativ geringfügigen Überschreitungszahlen nicht zu Prüfmaßnahmen veranlasst gesehen. Erst Jahre später sei festgestellt worden, dass angeblich falsche Berechnungen vorgenommen worden seien bzw. falsche Daten eingestellt worden seien und eine wesentlich höhere Überschreitung vorliege, als ursprünglich von allen Beteiligten angenommen worden sei. Selbst wenn die festgestellten Zahlen, was seitens der Klägerin nicht überprüfbar sei, zuträfen, sei ein Regress für die angegriffenen Quartale nicht möglich, weil die Ärzte keine Möglichkeiten und Veranlassung gehabt hätten, ihre Verordnungsweise bezüglich der Arzneimittel zu verändern. Die Prüfvereinbarung bzw. die Teilnahme an Medikamentenprüfprogrammen schließe eine nachträgliche Kürzung aus. In den Quartalen 2 und 3/00 habe die Klägerin mindestens drei Patienten mit PEG-Sonden zu versorgen gehabt, mit jeweils mehr als 45.000,00 DM an Arzneimitteln. Dies hätten die Prüfungsgremien berücksichtigen müssen. Der Anteil der 0 - 14-jährigen liege um 174 % über dem der Vergleichsgruppe. Zudem habe die Klägerin einen hohen Anteil an multimorbiden und alten Patienten.

Auf Anforderung des Gerichts haben die Bevollmächtigten der Klägerin des Weiteren ausgeführt, die Ärzte hätten in den streitgegenständlichen Quartalen an der Richtgrößen-Vereinbarung Arzneimittel 2000 teilgenommen. Gegenstand dieser Vereinbarung sei die Festsetzung von einheitlichen arztgruppenspezifischen Richtgrößen für das Volumen der vom Vertragsarzt zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandsmittel einschließlich Sprechstundenbedarf und die Prüfung der Wirtschaftlichkeit bei Überschreitung der Richtgrößen gewesen. Die Beigeladene zu 1) habe danach die Vertragsärzte quartalsweise über die tatsächlichen Ausgaben im Vergleich zu den Richtgrößen informieren müssen. Die Richtgrößen für das erste und zweite Quartal 2000 seien lediglich um 11% überschritten worden. Auch in der Richtgrößentrendmeldung für das gesamte Jahr sei nur eine Überschreitung von 13,5% ausgewiesen. Die klagenden Ärzte hätten deshalb keinerlei Veranlassung gehabt, in den betroffenen Quartalen grundlegende Veränderungen an ihrer Verordnungsweise vorzunehmen, weil sie mit den vorhandenen Überschreitungen im noch tolerierten Bereich gelegen hätten.

Die Beigeladene zu 1) hat dazu ausgeführt, dass Arzneimittelprogramm sei erst am 01.07.2002 gestartet worden. Die Klägerin hätte deshalb in den anhängigen Quartalen noch gar nicht teilgenommen haben können. In diesem Zeitraum habe es kein Arzneimittelprogramm gegeben.

Der Beigeladene zu 6) hat vorgetragen, es gehe im vorliegenden Fall nicht um die Prüfung bei Überschreitung von Richtgrößen nach §§ 106 Abs.5a, 84 Abs.3 Sozialgesetzbuch 5. Buch (SGB V), sondern um die Prüfung ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten gem. [§ 106 Abs.2 Nr.1](#) 1. Alternative SGB V. Neben der Richtgrößenprüfung sei die Durchschnittsprüfung nicht ausgeschlossen gewesen.

Der Beklagte hat ausgeführt, die klägerischerseits herangezogenen Richtgrößenwerte seien erst am 31.07.2000 für das Jahr 2000 vereinbart worden. Der erste Versand der Richtgrößentrendmeldung sei erst im September 2000 erfolgt. Der Hinweis auf die Trendmeldung vom 23. April 2001 wonach die Ärzte sich nicht veranlasst gesehen hätten, im dritten und vierten Quartal 2000 das Verordnungsverhalten anzupassen, könne nicht zutreffen. Auf S.2 der ersten Trendmeldung sei folgender Hinweis enthalten gewesen: "Die in den Trendmeldungen verwendeten Verordnungsdaten sind ungeprüft und vorläufig; sie dienen nicht als Basis bei eventuellen Prüfverfahren. Neben der aus der Trendmeldung ersichtlichen statistischen Abweichung erfolgt der statistische Vergleich innerhalb der Fachgruppe auf der Basis der von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten Verordnungsdaten. Aus diesem Vergleich, der im Fall einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten (Quartalsprüfung) bzw. Richtgrößenprüfung (Jahresprüfung) zugrundegelegt werde, könnten sich abweichende statistische Werte ergeben."

Das Sozialgericht hat die Klagen verbunden und mit Urteil vom 4. Oktober 2005 abgewiesen. In den Urteilsgründen führt es aus, ein Ausschluss der Durchschnittsprüfung neben der Richtgrößenprüfung sei im Jahr 2000 nicht vorgesehen gewesen. Auf Vertrauensschutz in Bezug auf die Richtgrößentrendmeldung könnten sich die Ärzte nicht berufen. Vielmehr werde in diesen Trendmeldungen ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es sich um vorläufige Daten handle. Ein erster Versand von Trendmeldungen sei erst im September 2000 erfolgt. Der Hinweis auf die Trendmeldung vom 23.04.2001 gehe ins Leere, weil hier das Verordnungsverhalten in den Quartalen 2 und 3/00 streitig sei. Es sei nicht zu beanstanden, dass der Beklagte die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis bei 40% festgelegt habe. Die klagende Praxis sei zu Recht mit der Vergleichsgruppe der Allgemein-/praktischen Ärzte verglichen worden. Es lägen keine besonderen, einen höheren Behandlungsaufwand rechtfertigenden Umstände vor, die für die zum Vergleich herangezogene Arztgruppe untypisch seien. Die mit einem Arzt fachkundig besetzte Kammer habe die Verordnungen für die Quartale 2 und 3/00 stichprobenartig durchgesehen. Weder seien über eine durchschnittliche Allgemeinpraxis hinausgehende Interferon-/Insulin-Fälle auffindbar, noch sei der überschlägig berechnete Anteil der Fälle mit Verordnungskosten über 1.000,00 DM auffällig (in 2/00 ca. 6 %). Die Regresse in Höhe von 5 % der Verordnungskosten seien bei belassenen Restüberschreitungen von 43,27 und 44,82 % auch der Höhe nach nicht zu beanstanden.

Gegen das am 03.02.2006 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 22.02.2006 Berufung eingelegt. In der Begründung führt ihr Bevollmächtigter u.a. aus, die Ärzte seien an einer zielgerichteten Auseinandersetzung und Argumentation bezüglich der angeblichen Vergleichsgruppenüberschreitung gehindert, weil ihnen das Patientengut der Vergleichsgruppe nicht bekannt sei. Einen Einblick in die Morbiditätsstruktur der Vergleichsgruppe sei ihnen von den Prüfungsgremien verweigert worden. Damit sei es unmöglich, ein sogenanntes besonderes Patientengut darzustellen. Für die Festlegung der Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis bei 40 % bedürfe es besonderer Voraussetzungen, die vorliegend nicht gegeben seien. Desweiteren wurde von Klägerseite mit Schriftsatz vom 17.04.2008 noch ausgeführt, die Klägerin könne die Höhe der Arzneimittelkosten nicht prüfen, solange nicht vom Beklagten rückverfilmte Rezepte und Kopien der

Originalrezepte und Verordnungen zur Verfügung gestellt würden. Es sei nicht nachvollziehbar und nicht sachgerecht, dass hier Zahlenwerte präsentiert würden, die nur auf Stichproben beruhten und auch nicht plausibel seien.

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts München und die Bescheide des Beklagten vom 30. September 2003 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, über die Widersprüche der Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

Der Beklagte und die Beigeladenen zu 2), 6) und 7) beantragen, die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte hat in der mündlichen Verhandlung erklärt, dass es die ersten Prüfungen auf der Basis der Richtgrößenvereinbarung erst im Jahr 2002 gegeben habe.

Dem Senat liegen die Akten des Beklagten, des Sozialgerichts München und die Berufungsakten vor, auf deren Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die gem. [§ 151 Abs.1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig, aber unbegründet.

Die vom Beklagten gegen die Klägerin verhängten Arzneimittelregresse betreffend die Quartale 2/00 und 3/00 sind rechtlich nicht zu beanstanden. Das Sozialgericht hat die dagegen gerichteten Klagen zu Recht abgewiesen.

Nach [§ 12 SGB V](#) müssen die Leistungen, die Versicherten der GKV zustehen, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer, wozu insbesondere auch die Vertragsärzte gehören ([§ 69 SGB V](#)), nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. Daraus folgt, dass die von einem Vertragsarzt getätigten Verordnungen von Arzneimitteln das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen, also dem sogenannten Wirtschaftlichkeitsgebot gehorchen müssen. Die Überwachung des Wirtschaftlichkeitsgebots obliegt gem. [§ 106 Abs.1 SGB V](#) den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen. Gem. [§ 106 Abs.2 SGB V](#) wird die Wirtschaftlichkeit der Versorgung geprüft durch

1. arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten oder bei Überschreitung der Richtgrößen nach § 84 (Auffälligkeitsprüfung), 2. arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben, die mindestens 2 % der Ärzte je Quartal umfassen (Zufälligkeitsprüfung).

Im vorliegenden Fall wurde eine Prüfung nach Durchschnittswerten gem. [§ 106 Abs.2 Satz 1 Nr.1 SGB V](#) vorgenommen.

Zuständig war für die Prüfung nach [§ 106 Abs.2 SGB V](#) in der damals geltenden Fassung zunächst der Prüfungsausschuss, der entscheidet, ob der Vertragsarzt gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat und welche Maßnahmen zu treffen sind. Gegen die Entscheidung des Prüfungsausschusses konnten die betroffenen Ärzte den Beschwerdeausschuss anrufen ([§ 106 Abs.5 Satz 3 SGB V](#)), dessen Verfahren zugleich als Vorverfahren im Sinne von [§ 78 SGG](#) für ein sich ggf. anschließendes Klageverfahren gilt. Gegenstand der gerichtlichen Überprüfung ist dabei allein die Entscheidung des Beschwerdeausschusses (vgl. BSG SozR 3-2500 [§ 106 SGB V](#) Nr. 22 S.119 m.w.N.). Das Verfahren vor den Prüfinstanzen ist von den Verbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung einheitlich festzulegen ([§ 106 Abs.3 SGB V](#) in der damals geltenden Fassung). Im vorliegenden Fall ist dies durch die Prüfungsvereinbarung (PV) geschehen, deren hier anzuwendende Fassung mit dem 2. Quartal 1999 in Kraft getreten ist.

Die Prüfinstanzen haben die Medikamentenverordnungsweise der klägerischen Praxis durch einen Vergleich der durchschnittlichen Verordnungskosten pro Fall mit den entsprechenden Werten der Vergleichsgruppe der Allgemeinärzte/praktischen Ärzte in Bayern im jeweiligen Quartal geprüft. Diese Prüfung ist in [§ 13 Abs.2 i.V.m. der Anlage 3 PV](#) so vorgesehen. Sie steht in Übereinstimmung mit der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. z.B. [BSGE 50,84](#)). Die entsprechenden Prüfanträge wurden von den Krankenkassen fristgerecht gestellt und unter Hinweis auf die Durchschnittsüberschreitungen von 50,8 bzw. 52,4% ausreichend begründet. Die Ärzte wurden hiervon in Kenntnis gesetzt. Im ersten streitigen Quartal (2/00) haben sie sich dazu nicht geäußert. Im zweiten streitigen Quartal 3/00 wurde eine Patientenliste, offenbar ein Ausdruck der Datei, vorgelegt, in der in einer Reihe von Fällen Diagnosen und (phys. med.) Verordnungen angegeben waren. Hieraus vermochten der Prüfungsausschuss und der Beschwerdeausschuss Besonderheiten der Praxis nicht zu erkennen. Weitergehende schriftliche Stellungnahmen haben die Ärzte weder gegenüber dem Prüfungsausschuss noch im Zuge des Widerspruchsverfahrens gegenüber dem Beschwerdeausschuss vorgelegt. In der Sitzung des Beklagten, an der der Allgemeinarzt persönlich mit seinem Bevollmächtigten teilgenommen hat, wurde ausweislich der Sitzungsniederschrift auf ältere Patienten und schwere Fälle hingewiesen. Hierin hat der Beklagte keine Praxisbesonderheit im Sinne der Wirtschaftlichkeitsprüfung gesehen. Diese Wertung ist aus der Sicht des Gerichtes nicht zu beanstanden. Zum einen wird der Altersstruktur der Praxis durch eine sogenannte Gewichtung Rechnung getragen. Danach werden die zu prüfenden Ärzte mit einem fiktiven durchschnittlichen Verordnungswert der Vergleichsgruppenärzte verglichen, der sich ergeben würde, wenn in der Vergleichsgruppe die Zusammensetzung des Patientengutes unterteilt nach Mitgliedern, Familienangehörigen und Rentnern ebenso wäre, wie in der zu prüfenden Praxis. Eine von der Vergleichsgruppe abweichende Altersstruktur ist damit bereits berücksichtigt. Der pauschale Hinweis auf schwere Fälle ist ebenfalls nicht geeignet, eine Praxisbesonderheit darzulegen. Schwere Fälle kommen in allen Praxen vor (vgl. BSG in SozR 2200 [§ 368 n Nr.38](#)). Ein besonders gehäuftes Auftreten schwerer Behandlungsfällen wurde weder von Klägerseite nachvollziehbar dargelegt, noch ist solches aus den Statistiken oder Behandlungsunterlagen erkennbar; insbesondere geht es auch nicht aus den Patientenlisten hervor. Bei einer Praxis von der Größe der Klägerin werden die durch schwere Fälle entstehenden höheren Verordnungskosten durch die große Gesamtfallzahl aufgefangen. Zwar wurden von Klägerseite - wenn auch unsubstantiiert und ohne Namensnennung - im Zuge des Klageverfahrens drei Behandlungsfälle mit PEG-Sonden geltend gemacht. Dazu ist jedoch zu sagen, dass zum einen derartige Fälle durchaus auch in der Vergleichsgruppe der Allgemein-/praktischen Ärzte vorkommen, und dass zum anderen der bloße Hinweis auf derartige Fälle nicht ausreicht, um eine Praxisbesonderheit darzulegen. Es wäre Sache der Ärzte gewesen, diese Fälle substantiiert darzulegen und insbesondere die dadurch entstehenden Kosten nachzuweisen. Zumindest hätten die Fälle so namhaft gemacht werden müssen, dass sie von den Prüfinstanzen anhand der Unterlagen hätten nachvollzogen werden können. Dies ist offenkundig nicht geschehen. Hinzukommt, dass dieses Argument

nicht im Prüfungsverfahren, sondern erst im Zuge des sich anschließenden Gerichtsverfahrens vorgetragen wurde, und damit verspätet war. Die Gerichte sind keine weiteren Prüfinstanzen (vgl. BSG in SozR 2200 § 386n Nr. 57, Seite 197 f). Nur nebenbei sei aber an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass weder der ärztliche Beisitzer des Sozialgerichts noch der ärztliche Beisitzer des Senats anhand der vorhandenen Unterlagen Praxisbesonderheiten erkennen konnten.

Soweit von klägerischer Seite gefordert wird, die Prüfinstanzen müssten die Struktur der Vergleichsgruppe im einzelnen darlegen, weil sonst für die Kläger nicht erkennbar sei, inwiefern bei ihnen ein abweichendes Patientengut und damit Praxisbesonderheiten vorlägen, ist dem entgegen zu halten, dass abgesehen davon, dass ein derartiges Vorgehen rein praktisch überhaupt nicht möglich wäre, es Sache des jeweiligen Arztes ist, die Dinge, von denen er meint, dass sie in seiner Praxis etwas besonderes sind und insbesondere zur Kostenhöhe wesentlich beitragen, substantiiert darzulegen. Die Prüfinstanzen, die jeweils mit drei Ärzten fachkundig besetzt sind, können kraft dieser Fachkunde sodann beurteilen, ob darin eine relevante Abweichung von den durchschnittlichen Praxen zu sehen ist.

Unbegründet ist auch das klägerische Begehren, der Beklagte müsse "auf CD vorhandene rückverfilmte Rezepte, Kopien der Originalrezepte und Verordnungen" vorlegen, damit die Klägerin die Höhe der Arzneimittelkosten überprüfen könne. Zum einen ist den Ärzten, die die zu prüfenden Verordnungen getätigt haben, deren Umfang grundsätzlich bekannt. Jedenfalls müssten die Verordnungen anhand der ärztlichen Unterlagen (Kartei) für sie nachvollziehbar sein. Außerdem liegen die Rezepte bei der Prüfung vor und hätten von den Ärzten eingesehen werden können. Es trifft nicht zu, dass die den Regressen zu Grunde liegenden Zahlen auf Stichproben beruhen. Vielmehr ist die Erfassung und Übermittlung der bei der Prüfung nach Durchschnittswerten relevanten Daten in [§ 296 Abs.1, 2 SGB V](#) in der damals geltenden Fassung geregelt. Den auf diese Weise für den einzelnen Vertragsarzt erfassten Verordnungsdaten kommt die Vermutung der Richtigkeit zu; sie begründen den Anscheinsbeweis für das Volumen der von ihm veranlassten Verordnungskosten (BSG, SozR 4-2500, § 106 Nr.11, Rn 26). Dieser Vermutung wurde von der Klägerin nicht substantiiert entgegengetreten. Insbesondere fehlt eine Darlegung von falsch bzw. zu Unrecht erfassten Verordnungen.

Die Prüfinstanzen haben damit zu Recht die Prüfung auf der Grundlage des vorhandenen Datenmaterials durchgeführt. Sie sind dabei auf der ersten Stufe der Prüfung in nicht zu beanstandender Weise zu dem Ergebnis gekommen, dass Praxisbesonderheiten bei der klagenden Praxis nicht vorliegen. Es bestand deshalb keine Veranlassung, bei der sodann erforderlichen Festlegung der Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis, ab der die Vermutung der Unwirtschaftlichkeit der Medikamentenverordnung besteht, solche einzubeziehen. Auch kausal auf den Mehraufwand bei den Arzneimitteln zurückzuführende Einsparungen wurden nicht erkannt. Es bestehen auch keine Bedenken dagegen, dass die Prüfinstanzen die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis nicht erst - wie zumeist - bei 50 %, sondern bereits bei 40 % Überschreitung des Vergleichsgruppendurchschnitts gezogen haben. Dies ist nicht zuletzt im Hinblick auf die Größe der Vergleichsgruppe und auch der klagenden Praxis sowie die bei der Verordnung von Arzneimitteln bestehende Homogenität der Vergleichsgruppe nicht zu beanstanden. Die Verordnung von Arzneimitteln ist für die Arztgruppe der (hausärztlich tätigen) Allgemein-/ und Praktischen Ärzte in besonderer Weise typisch (vgl. BSG, SozR 3-2500 [§ 106 SGB V](#) Nr. 41, S.225; SozR 4-2500 Nr.1 Rn 12 m.w.N.).

Nachdem der Beklagte somit zu Recht zu dem Ergebnis gelangt ist, dass die Klägerin bei der Arzneimittelverordnung gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat, war er berechtigt, Prüfmaßnahmen in Gestalt von Arzneimittelregressen auszusprechen. Zwar sollen nach [§ 106 Abs.5 Satz 2 SGB V](#) a.F. in der Regel gezielte Beratungen weiter gehenden Maßnahmen vorangehen. Hierbei handelt es sich jedoch ausdrücklich nicht um eine zwingende Vorschrift. Es liegt im Ermessen der Prüfinstanzen, ob sie es zunächst bei einer Beratung bewenden lassen wollen, oder ob sie einen Regress (bzw. beim Honorar eine Kürzung) aussprechen. Jedenfalls bei Überschreitungen im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses ist eine vorherige Beratung nicht eine zwingende Voraussetzung für weitergehende Maßnahmen (vgl. BSG, SozR 3-2500 Nr.35). Auch der Höhe nach sind die Regresse von 5 % nicht zu beanstanden. Diese brauchten, da die verbleibende Restüberschreitung noch im Bereich des sogenannten offensichtlichen Missverhältnisses liegt, auch nicht im einzelnen begründet zu werden (vgl. BSG, SozR 3-2500 Nr.15).

Die Klägerseite verweist auf Richtgrößenmitteilungen der Beigeladenen zu 1) vom 28. August 2000 bzw. vom April 2001. Diese stehen den streitgegenständlichen Regressen indessen nicht im Wege. Zwar werden, soweit ärztliche Leistungen bei Überschreitung von Richtgrößen geprüft werden, Prüfungen nach Durchschnittswerten nicht durchgeführt ([§ 106 Abs.2 Satz 5 SGB V](#) a.F.). Richtlinienprüfungen haben jedoch, wie seitens des Beklagten zutreffend mitgeteilt wurde, im Jahr 2000 in Bayern nicht stattgefunden. Zwar waren bereits Richtgrößen vereinbart worden, und wurden den Ärzten, jedenfalls soweit sie an einem entsprechenden Programm teilgenommen haben, mitgeteilt. Ein Vertrauensschutz, der den streitgegenständlichen Regressen entgegenstehen könnte, lässt sich daraus aber nicht ableiten. Es liegt auf der Hand, dass die Mitteilung aus dem Jahr 2001 keinen Einfluss auf das Ordnungsverhalten der klägerischen Praxis in den streitgegenständlichen Quartalen gehabt haben kann. Selbst die Mitteilung vom 28.08.2000 könnte sich allenfalls noch auf einen Monat (September) des 3. Quartals 2000, 2000 ausgewirkt haben. Abgesehen davon irren die Ärzte, wenn sie meinen, eine Überschreitung der Richtgrößen um 13,12 %, wie sie für das Quartal 1/00 ausgewiesen worden sei, sei eine Bestätigung für die Richtigkeit ihrer Ordnungsweise. Vielmehr wäre dies allenfalls als ein Warnsignal zu verstehen, denn nach [§ 106 Abs. 5a SGB V](#) in der im Jahr 2000 geltenden Fassung waren Prüfungen bei Überschreitung der Richtgrößen bereits durchzuführen, wenn die Richtgrößen um mehr als 5 % überschritten wurden und aufgrund der vorliegenden Daten nicht davon auszugehen war, dass die Überschreitung durch Praxisbesonderheiten begründet war. Bei Überschreitung der Richtlinien um mehr als 15 % hatte der Vertragsarzt den sich aus der Überschreitung der Richtgrößen ergebenden Mehraufwand zu erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet war.

Zusammenfassend kommt der Senat damit zu dem Ergebnis, dass die streitgegenständlichen Bescheide des Beklagten vom 30. September 2002 nicht zu beanstanden sind. Die Berufung der Klägerin hat keinen Erfolg.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs.1](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

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

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2008-08-27