

L 12 KA 250/05

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 33 KA 11/02

Datum

21.04.2005

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 12 KA 250/05

Datum

23.04.2008

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 6 KA 52/08 B

Datum

22.01.2009

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 21. April 2005 wird zurückgewiesen.

II. Der Kläger trägt die Kosten des Verfahrens.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger nimmt als Chirurg in M. an der vertragsärztlichen Versorgung teil. In den Quartalen 2/99 sowie 4/99 bis 1/01 lagen seine Anforderungen von Sprechstundenbedarf pro Behandlungsfall jeweils deutlich über den durchschnittlichen Anforderungen der Vergleichsgruppe der Chirurgen in Bayern. Im Einzelnen ergaben sich folgende Werte:

Quartal Sprechstundenbedarfs- Überschreitung des Fach- anforderungen pro Fall gruppendurchschnitts 2/99 43,33 DM 169,1 % 4/99 65,25 DM 272,0 % 1/00 38,14 DM 147,0 %.

Die Krankenkassen haben am 19. Dezember 2000 Prüfantrag betreffend die Anforderung von Sprechstundenbedarf im Quartal 1/01 gestellt und diesen Antrag zugleich gemäß § 17 Abs. 2 der Prüfungsvereinbarung (PV) auf die Quartale 2/99 bis 4/99 ausgedehnt. Der Kläger hat zu den Prüfanträgen Stellung genommen und darin insbesondere ausgeführt, maßgeblich für die Kosten des Sprechstundenbedarfes sei unter anderem der Aufwand für ambulante Operationen, der an den Zuschlägen nach Nrn. 80 bis 86 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes 1996 (EBM 96) zu erkennen sei. Die Verordnung oral anzuwendender Analgetika/Antiphlogistika erfolge in Einzeldosen für den OP-Tag und die ersten drei Tage danach (Valoron). Bei den Verordnungen von Rheumon, Dexabene und Diclosar handle es sich um Injektionen, die Schmerzpatienten im Rahmen der Sprechstunde appliziert bekämen. Diese hätten Anspruch auf Linderung der Schmerzen. Eine Unwirtschaftlichkeit könne daher nur im Sinne einer bestehenden Differenz durch fehlende Zuzahlungsbeträge der Versicherten entstehen. Er sehe es jedoch als unzumutbar für Schmerzpatienten an, erst mit einem Rezept zur Apotheke gehen zu müssen, sich Analgetikaampullen aushändigen zu lassen und wieder zu ihm in die Praxis zurückzukommen. Zu beachten seien kostenintensive Sprechstundenbedarfsmittel für Infusionen und Thromboseprophylaxe (Fraxiparin, Clexane). Die Zuordnung der Medikamente zu den einzelnen Quartalen sei außerordentlich schwierig, weil hier erhebliche Quartalsübergreifungen stattfänden. Ferner verweist der Kläger auf erhebliche Preisunterschiede bei den verschiedenen Apotheken. Es werde beantragt, ihm einen Hinweis als schriftliche Beratung auf die Verordnungskosten des Sprechstundenbedarfs in den Quartalen 2/99 bis 1/00 zu erteilen.

Der Prüfungsausschuss hat für das Quartal 2/99 mit Bescheid vom 28. Mai 2001 einen Regress in Höhe von 760,71 DM festgesetzt, den er mit der Überschreitung des Fachgruppendurchschnittswertes bei der Verordnung von Sprechstundenbedarf um 169,1 % begründete. Diese Überschreitung stehe in einem offensichtlichen Missverhältnis. Insbesondere bei der Anforderung von Clexane sei unwirtschaftlich gehandelt worden. Es sei deshalb ein Regress von 90 % des über Sprechstundenbedarf bezogenen Präparates Clexane in Höhe von 760,71 DM ausgesprochen worden. Das Quartal 3/99 ist nicht Gegenstand dieses Verfahrens. Auch im Quartal 4/99 ging der Prüfungsausschuss von einem offensichtlichen Missverhältnis der pc-Anforderungen des Klägers zu denen der Vergleichsgruppe der Chirurgen in Bayern aus und sah eine Unwirtschaftlichkeit insbesondere bei der Anforderung von Valoron-Tabletten und Clexane. Darüber hinaus sei unzulässigerweise ZeelP über Sprechstundenbedarf bezogen worden. Es sei deshalb ein Regress von 90 % der Anforderungen für Clexane und Valoron sowie 100 % des unzulässigen Präparates ZeelP verhängt worden (zusammen 5.354,71 DM). Auch für das Quartal 1/00 hat der Prüfungsausschuss mit weiterem Bescheid vom 28. Mai 2001 einen Regress in Höhe von 2.767,85 DM verhängt, der sich aus 80 % der Präparate Valoron-Tabletten, Fraxiparin und Myoson errechnete.

Der Kläger hat gegen die Bescheide vom 28.05.2001 mit Schreiben vom 29.05.2001 Widerspruch eingelegt und zur Begründung u.a.

ausgeführt, vor Feststellung des offensichtlichen Missverhältnisses hätten die Besonderheiten der Praxis berücksichtigt werden müssen, ebenso die unterdurchschnittlichen Kosten für stationäre Heilbehandlung und Arbeitsunfähigkeit. Diese beziffert der Kläger im Quartal 2/99 mit 117.000,00 DM unter Berücksichtigung von umgerechnet 18 eingesparten Krankenhauseinweisungsfällen, multipliziert mit jeweils zehn Tagen Verweildauer und mit einem Pflegesatz von 650,00 DM. Diese Einsparungen seien kausal, weil ambulante Operationen Krankenhausbehandlungen ersparten, aber zu einem höheren Sprechstundenbedarf führten. In den Quartalen 4/99 und 1/00 seien in dieser Weise Einsparungen von 149.500,00 DM und 162.500,00 DM erzielt worden. Bei der ebenfalls unterdurchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit kommt der Kläger zu Einsparungen von 4.200,00 DM in 2/99, 16.200,00 DM in 4/99 und 8.700,00 DM in 1/00.

Der Beschwerdeausschuss hat den Widersprüchen mit gesonderten Bescheiden vom 19.11.2002 teilweise stattgegeben und die Regresssumme für das Quartal 2/99 auf 169,05 DM reduziert. Auch er hat eine Prüfung nach Durchschnittswerten auf der Grundlage eines statistischen Fallkostenvergleiches mit der Fachgruppe der Chirurgen unter Zugrundelegung des arithmetischen Mittelwertes vorgenommen. Die dabei festgestellte Überschreitung von 169,1 % liege im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses. Ursächlich dafür sei wesentlich die unwirtschaftliche Anforderung von Clexane. Nach der Sprechstundenbedarfsvereinbarung dürfe Sprechstundenbedarf grundsätzlich nur zur erstmaligen Applikation verwendet werden und keinesfalls als Dauermedikation. Jeder Bedarf, der über die Erstapplikation hinausgehe, müsse über Einzelrezept verordnet werden. Hervorzuheben sei, dass Clexane bis zu 30 % teurer sei als Fraxiparin. Der Ausschuss habe die erstmalige Heparinisierung in der Praxis nach operativen Eingriffen als Praxisbesonderheit gewertet. Nach Angaben des Klägers seien ca. 10 % aller Fälle mit einem niedermolekularen Heparin erstzuversorgen gewesen. Der Beklagte habe deshalb den unwirtschaftlichen Anteil an Clexane auf 20 % geschätzt. Gravierende berücksichtigungsfähige Minderaufwendungen lägen nicht vor. Die Arzneikosten ohne Sprechstundenbedarf überschritten den Durchschnitt der Fachgruppe ebenso wie auch die verordneten physikalisch-medizinischen Leistungen. Die Durchschnittsunterschreitungen bei den Krankenhauseinweisungen und bei der Arbeitsunfähigkeit sah der Ausschuss nicht als entlastend an. Den Regress für das Quartal 4/99 reduzierte der Beklagte auf 3.526,94 DM. Als ursächlich für die hohe Durchschnittsüberschreitung bewertete er wiederum die Anforderung von Clexane und Valoron. Clexane sei um 30 % teurer als etwa Fraxiparin. Der Grundsatz der Erstapplikation sei nicht beachtet worden. Die erstmalige Heparinisierung nach operativen Eingriffen habe der Beschwerdeausschuss als Praxisbesonderheit gewertet. Berücksichtigungsfähige Minderaufwendungen lägen nicht vor. Der 90 %ige Regress bei Valoron erscheine jedoch zu hoch und werde im Wege der Schätzung auf 60 % reduziert. Den Regress für Clexane 20 habe der Ausschuss aufgehoben. Clexane 40 sei aufgrund der fehlenden Indikation voll in Regress genommen worden. Die belassene Restüberschreitung betrage 236,70 %. Auch im Quartal 1/00 hat der Beklagte dem Widerspruch teilweise stattgegeben und den Regress auf 1.317,99 DM reduziert. Auch in diesem Quartal begründet er die festzustellende Unwirtschaftlichkeit mit dem statistischen Vergleich mit den Abrechnungswerten der Chirurgen in Bayern. Als besonders unwirtschaftlich wird die Anforderung von Valoron, Myoson und Fraxiparin beurteilt. Der Grundsatz der Erstapplikation sei nicht beachtet worden. Berücksichtigungsfähige Minderaufwendungen lägen nicht vor. Im Wege der Schätzung werde der Regress bei Valoron auf 60 % reduziert und bei Myoson, da mit dem Präparat Norflex eine nahezu gleichwertiges aber billigeres Mittel zur Verfügung stehe, auf 550,00 DM geschätzt.

Auch in den Quartalen 2/00 bis 2/01 lagen die Sprechstundenbedarfsanforderungen des Klägers deutlich über den durchschnittlichen Anforderungen der Ärzte seiner Vergleichsgruppe der Chirurgen in Bayern. Im Einzelnen ergaben sich folgende Werte:

Quartal Sprechstundenbedarfs- Überschreitung des Fach- anforderungen pro Fall gruppendurchschnitts 2/00 35,95 DM 135,3 % 3/00 53,00 DM 261,5 % 4/00 48,34 DM 195,1 % 1/01 48,83 DM 198,8 % 2/01 49,53 DM 227,1 %.

Anders als in den Vorquartalen hat der Prüfungsausschuss in diesen Quartalen bei der Festsetzung der Regresse nicht mehr auf einzelne Medikamente Bezug genommen, sondern sich an der Höhe der Gesamtanforderungen orientiert. Dies führte im Quartal 2/00 (Bescheid vom 10.09.2001) zu einem Regress von 20 % (4.551,62 DM), in 3/00 (Bescheid vom 16.01.2002) zu einem Regress von 50 % (15.317,15 DM), in 4/00 (Bescheid vom 27.05.2002) von 40 % (11.426,96 DM), in 1/01 (Bescheid vom 19.02.2003) zu einem Regress von 40 % (12.129,09 DM) und im Quartal 2/01 (Bescheid vom 19.02.2003) zu einem Regress von 50 % (15.899,01 DM). Begründet wurden diese Entscheidungen mit der hohen Überschreitung der durchschnittlichen Sprechstundenbedarfsanforderung der Chirurgen in Bayern.

In den dagegen jeweils eingelegten Widersprüchen bzw. bereits im vorangegangenen Verfahren vor dem Prüfungsausschuss hat der Kläger im Wesentlichen dasselbe vorgetragen, wie in den früheren Quartalen. Desweiteren macht er geltend, er werde mit allen Chirurgen verglichen. Im Gegensatz zu diesen erbringe er aber im größeren Umfang ambulante Operationen. Die anderen Chirurgen verfügten vielfach über Belegbetten, wo sie ihre Operationen durchführten. In diesen Fällen gehe der Sprechstundenbedarf zu Lasten des jeweiligen Belegkrankenhauses, scheine also in der pc-Statistik nicht auf. Der Kläger erbringe viele Operationen, die wie aus der Statistik der EBM-Nrn. 80 ff. hervorgehe, nicht von allen Ärzten der Vergleichsgruppe erbracht würden. Schwerpunkt der operativen Tätigkeit seien venöse Erkrankungen (Krampfadern). Dabei falle viel Sprechstundenbedarf an. Auch in diesen Quartalen hat der Kläger enorme Einsparungen bei den Krankenhauseinweisungen errechnet, wobei er anhand der in der Statistik ausgewiesenen prozentualen Unterschreitung bei den Krankenhauseinweisungen die Anzahl der weniger erfolgten Einweisungen mit einer fiktiven Verweildauer von jeweils 10 Tagen und einem Pflegesatz von 650,00 DM pro Tag multipliziert. Eine ähnliche Berechnung stellt er auch hinsichtlich der relativ niedrigen AU-Schreibungen auf. Außerdem weist er erneut darauf hin, dass in den Verordnungsdaten zum Teil Verordnungen aus dem Vorquartal enthalten seien.

Der Beklagte hat die Widersprüche betreffend die Quartale 2/00 bis 1/01 mit gesonderten Bescheiden 24.06.2002, 05.12.2002 und 15.09.2003 zurückgewiesen. Betreffend das Quartal 2/01 (Bescheid vom 15.09.2003) erfolgte eine teilweise Stattgabe dahingehend, dass der vom Prüfungsausschuss verhängte Regress von 50 % auf 40 % reduziert wurde. Auch der Beklagte stützt seine Entscheidungen im Wesentlichen auf die hohen Überschreitungen der durchschnittlichen Anforderungen der Vergleichsgruppe der Chirurgen in Bayern, die im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses lägen. Nach Durchsicht der Verordnungsblätter und auf der Grundlage der Häufigkeitsstatistik der abgerechneten Leistungen stellt der Ausschuss fest, dass bei einer Reihe von Medikamenten nicht nachvollziehbare Mengen bestellt worden seien und der Grundsatz der Erstbehandlung, also dass der Sprechstundenbedarf nur für die erstmalige Behandlung gedacht sei, nicht berücksichtigt worden sei. Genannt werden in diesem Zusammenhang immer wieder Fraxiparin, Diclofenac, Dexabene, Piroxicam, Rheumon, Norflex, Bucain, Vetren-Salbe, Betaisadona-Salbe, Xylonest, Xyloneural, Valoron und in einem Quartal (1/01) auch Tetanol, das es in billigerer Form gegeben hätte. Anders als in den Quartalen 2/99 bis 1/00 orientiert sich der Beklagte bei der Festsetzung der Regresse nicht an den Kosten für einzelne Präparate, sondern beschränkt sich auf einen prozentualen Regress der insgesamt angeforderten Summen. Praxisbesonderheiten wurden nicht anerkannt. Die belassenen Restüberschreitungen liegen zwischen 77 % und 96 %.

Der Kläger hat in allen genannten Quartalen das Sozialgericht München angerufen. Dieses hat die Streitsachen verbunden und mit Urteil vom 21. April 2005 die Klagen abgewiesen. Zur Begründung führt das Gericht aus, bei Ausgangsüberschreitungen zwischen 135,3 % und 272,0 % sei die Grenze des offensichtlichen Missverhältnisses eindeutig überschritten. Praxisbesonderheiten, die bei der Feststellung des offensichtlichen Missverhältnisses ebenso wie kausale Einsparungen vorab zu berücksichtigen gewesen wären, habe der Beklagte und auch die Kammer nicht erkennen können. Ambulante Operationen würden von über 80 % der Vergleichsgruppe ebenfalls erbracht, wie sich aus den Häufigkeitsstatistiken ergebe. Kausale Einsparungen seien nicht in detaillierter Weise dargelegt worden. Bei der Prüfung von Amts wegen seien solche nicht erkennbar gewesen. Die belassenen Restüberschreitungen lägen zwischen 77,5 % und 236,70 % und seien damit so hoch, dass nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts eine detaillierte Begründung entbehrlich sei.

Gegen dieses Urteil hat der Kläger Berufung eingelegt, die von seinen Bevollmächtigten mit Schriftsatz vom 20. Dezember 2006 begründet wurde. Darin führen diese u.a. aus, ein Arzneimittel sei als Sprechstundenbedarf verordnungsfähig, wenn es seiner Art nach bei mehr als einem Berechtigten angewendet werde bzw. zur Notfall- oder Sofortbehandlung erforderlich sei. Zudem müsse es einer der in der Anlage zu Abschnitt III Nr. 1 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung aufgeführten Gruppen zuzuordnen sein. Das treffe für das Mittel Clexane zu, weil es nach Buchst. e der Anlage zu Abschnitt III zu den verordnungsfähigen Injektionsmitteln zähle. Der Kläger habe dieses Mittel jeweils bei Kassenpatienten verwendet, die aufgrund der gestellten Diagnose (drohende Thrombose) einer Behandlung in der Sprechstunde nach durchgeführter ambulanter Operation bedürft hätten. Dabei sei Clexane als single-shot gesetzt worden. Soweit es zusätzlich auch noch am zweiten und dritten Tag nach der Operation eingesetzt worden sei, was bei dem Operationsprogramm des Klägers das Wochenende betreffe, habe es sich um Venenoperationen gehandelt. Solche Patienten hätten ein gesteigertes Thromboserisiko. Ohne die zusätzlichen Thrombosespritzen wäre eine ständige ärztliche Kontrolle erforderlich gewesen, so dass sich die Patienten in stationäre Behandlung hätten begeben müssen. Außerdem verbiete es die ärztliche Sorgfaltspflicht, frisch operierte Patienten mit einer Einzelverordnung eine Apotheke aufsuchen zu lassen, damit sie anschließend zur Spritze wieder in die Praxis zurückkehrten. Weil dies so sei, würden solche Patienten üblicherweise zur stationären Behandlung eingewiesen. Der Kläger habe durch die ambulante Behandlung aber erhebliche Kosten gespart. Dies zeige sich daran, dass er um 80 % weniger Krankenhauseinweisungen getätigt habe. Spezielle Venenoperationen würden nicht von 80 % der Chirurgen durchgeführt, sondern von deutlich weniger Ärzten ambulant erbracht. Neben seiner Tätigkeit als H-Arzt der Berufsgenossenschaften habe der Kläger die Praxisschwerpunkte Unfallmedizin (Traumatologie), Sportmedizin und Chirotherapie und führe insbesondere ambulante Operationen durch. Er verfüge über umfassende Kenntnisse in der Neuraltherapie. Deshalb werde seine Praxis von einer bestimmten Klientel vermehrt Anspruch genommen, was die erhöhte Verordnung von Clexane im Sprechstundenbedarf erkläre. Außerdem folge aus der Spezialisierung auf Krampfaderoperationen ein erhöhter Bedarf an blutverdünnenden und abschwellenden Arzneimitteln. Der Beklagte hätte im Hinblick auf diese Schwerpunkte prüfen müssen, ob die gewählte Vergleichsgruppe (alle Chirurgen) geeignet gewesen sei. Es hätte ein Vergleich nur mit den Chirurgen erfolgen dürfen, die im gleichen Umfang wie der Kläger ambulant operierten. Zudem sei zu berücksichtigen, dass in die Vergleichsgruppe auch Chirurgen miteinbezogen worden seien, die ihre Operationen als Belegärzte durchführten und demgemäß keine erhöhten Kosten im Sprechstundenbedarf hätten. Wenn der Beklagte die ambulanten Operationen schon nicht als Praxisbesonderheit anerkannt habe, hätte er zumindest die kompensatorischen Einsparungen bei den Krankenhauseinweisungen berücksichtigen müssen. Im Hinblick darauf hätte dem Kläger eine deutlich höhere Restüberschreitung belassen werden müssen. Zu dem Schmerzmittel Valoron wurde von Klägerseite ausgeführt, gerade bei ambulanten Operationen, bei denen die Patienten anschließend nach Hause entlassen würden und somit nicht mehr nachträglich schmerztherapeutisch versorgt werden könnten, sei die Versorgung mit einem wirksamen Schmerzmittel unverzichtbar. Myoson sei nach der Roten Liste u.a. zur Behandlung von traumatischen und postoperativ bedingten Muskelspasmen geeignet. Den Patienten habe nicht zugemutet werden können, das Mittel nach Einzelverordnung aus der Apotheke zu beziehen und damit zur Praxis zurückzukehren. Norflex sei nicht gleichwertig. Einige Patienten hätten auf die Behandlung mit Norflex mit allergischen Reaktionen reagiert.

Vor der mündlichen Verhandlung des Senats wurde von Klägerseite ein Bescheid der Prüfungsstelle Ärzte Bayerns vom 21. April 2008 betreffend die Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise Sprechstundenbedarf nach Durchschnittswerten im Quartal 1/06 vorgelegt, in dem die Prüfungsstelle Praxisbesonderheiten im Sinne einer besonderen Zusammensetzung des Patientengutes anerkennt und von der Festsetzung einer Prüfmaßnahme absieht.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts München vom 21. April 2005 und die zugrundeliegenden Bescheide des Beklagten aufzuheben, hilfsweise den Beklagten unter Aufhebung des Ersturteils und der Bescheide unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu verbescheiden.

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

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

Entscheidungsgründe:

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

Die Bescheide des beklagten Beschwerdeausschusses sind rechtlich nicht zu beanstanden. Das Sozialgericht hat die dagegen gerichteten Klagen zu Recht abgewiesen. Dabei kommt es nicht darauf an, ob das Gericht, wie von Klägerseite vorgetragen wird, nicht auf alle klägerischen Argumente eingegangen ist, oder die Entscheidung prozessuale Mängel aufweist, denn der Senat entscheidet als zweite Tatsacheninstanz in vollem Umfang zur Sache.

Gegenstand der verbundenen Verfahren sind Arzneimittelregresse wegen unwirtschaftlicher Anforderung von Sprechstundenbedarf in den Quartalen 2/99 sowie 4/99 bis 2/01 nach Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Rechtsgrundlage der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist [§ 106](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V). Nach Abs. 2 Nr. 1 dieser Vorschrift in der damals geltenden Fassung wird die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung geprüft durch 1. Arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten oder bei Überschreitung der Richtgrößen nach § 84 (Auffälligkeitsprüfung). 2 ... Dieses Prüfverfahren gelangte in den hier streitgegenständlichen Quartalen jeweils zur Anwendung. Zuständig für die Prüfung war nach [§ 106 Abs. 5 SGB V](#) a.F. der Prüfungsausschuss, gegen dessen Entscheidung der Vertragsarzt, die Krankenkassen oder die Kassenärztliche Vereinigung den

Beschwerdeausschuss anrufen konnten, dessen Entscheidung allein Gegenstand eines sich eventuell anschließenden Klage- oder Berufungsverfahrens ist (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr. 22](#) S. 118 f). Das bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit durchgeführte Verfahren ist gemäß [§ 106 Abs. 3 SGB V](#) in einer von der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassenverbänden vereinbarten Prüfungsvereinbarung (PV) geregelt. Dort findet sich in § 13 die Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise nach Durchschnittswerten (Auffälligkeitsprüfung), um die es im vorliegenden Rechtsstreit geht.

Nach § 13 Abs. 3 PV in der bis zum Quartal 4/00 geltenden Fassung erfolgte die Prüfung auf Antrag, der innerhalb von neun Monaten nach Ablauf des Ordnungsquartals dem Prüfungsausschuss vorliegen musste und zu begründen war. Dieser Antrag wurde für das Quartal 1/00 am 19.12.2000, also fristgerecht gestellt und erstreckte sich rückwirkend auf die Quartale 2, 3 (hier nicht streitig) und 4/99. Dies ist nach § 13 Abs. 7 bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise von Sprechstundenbedarf zulässig. In den übrigen Quartalen bis einschließlich 4/00 wurde der Prüfantrag jeweils innerhalb von neun Monaten nach Ablauf des Ordnungsquartals gestellt. Ab dem Quartal 1/01 erfolgte die Prüfung gemäß § 13 Abs. 5 in der am 01.01.2001 in Kraft getretenen Fassung der PV von Amts wegen.

Die Prüfinstanzen, insbesondere der beklagte Berufungsausschuss haben die Prüfung anhand eines Vergleiches der Sprechstundenbedarfsanforderungen des Klägers pro Behandlungsfall mit den durchschnittlichen Fallkosten der Fachgruppe der Chirurgen in Bayern durchgeführt. Diese Prüfmethode ist in § 13 PV ausdrücklich geregelt. Daneben sieht jedoch § 14 PV auch eine Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise in Einzelfällen vor. Auch wenn der Prüfungsausschuss, der insoweit vom beklagten Beschwerdeausschuss bestätigt wurde, in den Quartalen 2 und 4/99 bei der Festsetzung der Regresse sich auf bestimmte Medikamente bezieht (Clexane, Valoron) und der Beklagte in späteren Quartalen eine Reihe von Medikamenten ausdrücklich nennt, bei denen seiner Meinung nach eine unwirtschaftliche Verordnungsweise vorliegt, handelt es sich dennoch nicht um eine Prüfung nach § 14 PV, da die Unwirtschaftlichkeit der Verordnungsweise insgesamt aus der hohen Durchschnittsüberschreitung gegenüber der Vergleichsgruppe abgeleitet wird. Dies geht aus den Begründungen der angefochtenen Bescheide eindeutig hervor.

Der Einwand des Klägers gegen die statistische Vergleichsprüfung, die Verordnungen seien zum Teil quartalsübergreifend, überzeugt schon deswegen nicht, weil das vorliegende Verfahren eine Vielzahl von zumeist aufeinander folgenden Quartalen betrifft, sodass der Mehraufwand in einem Quartal zu geringerem Aufwand im Folgequartal führen müsste. Das ist nicht erkennbar. Zwar sind die Verordnungen in den verschiedenen Quartalen durchaus unterschiedlich hoch, doch liegen sie selbst im günstigsten Quartal (2/00) mit 35,95 DM noch um 135,3 % über dem gewichteten Fachgruppendurchschnitt.

Der Kläger wurde nach Maßgabe des § 13 Abs. 2 PV i.V.m. der Anlage 3 Nr. 1 zur PV mit der Fachgruppe der an der vertragsärztlichen Versorgung in Bayern teilnehmenden Chirurgen verglichen. Eine Unterscheidung zwischen auch belegärztlich tätigen Chirurgen einerseits und nicht belegärztlichen Chirurgen andererseits, zu denen der Kläger zählt, ist in der PV nicht vorgesehen. Die Bildung einer gesonderten Vergleichsgruppe der nicht belegärztlich tätigen Orthopäden ist auch rechtlich nicht geboten, weil sich das Tätigkeitsfeld nicht so gravierend unterscheidet. Insoweit haben die Vertragsparteien der PV ein weites normgeberisches Ermessen. Der Senat vermag nicht zu erkennen, dass der Unterschied in der Verordnungsweise so gravierend wäre, dass die Bildung einer gesonderten Vergleichsgruppe zwingend notwendig erschiene. Gegebenenfalls kann bei einzelnen Praxen, wenn dies im Hinblick auf das Tätigkeitsbild erforderlich ist, und auch entsprechend plausibel vom Arzt vorgetragen wurde, die Durchführung ambulanter Operationen als Praxisbesonderheit berücksichtigt werden, wenn es sich hierbei um Operationen handelt, die ganz überwiegend von den Ärzten der Vergleichsgruppe stationär erbracht werden. Etwa in diesem Sinne hat sich der Kläger zumindest in den späteren Quartalen auch im Beschwerdeverfahren geäußert. Der Prüfungsausschuss und insbesondere auch der Beklagte konnten jedoch insoweit Praxisbesonderheiten bei der Durchsicht der Verordnungen einerseits und der Abrechnungsstatistiken andererseits ausdrücklich nicht feststellen. Lediglich in den ersten drei streitigen Quartalen (2/99, 4/99 und 1/00) wurde die Erstheparinisierung nach Operationen vom Beklagten als Praxisbesonderheit gewertet und bei der Höhe der Regresse berücksichtigt. Ob das von der Sache her geboten war, kann der Senat dahingestellt sein lassen, denn der Kläger ist dadurch nicht beschwert. Später hat der Beklagte auch insoweit keine Praxisbesonderheit mehr gesehen. Dieser Beurteilung hat sich das mit einem Arzt als ehrenamtlichen Richter fachkundig besetzte Sozialgericht angeschlossen und auch der ebenfalls mit einem Arzt fachkundig besetzte Senat kommt unter Berücksichtigung der Leistungsstatistiken des Klägers zu keiner anderen Wertung. Belegärztlich stationär werden üblicherweise nur solche chirurgischen Leistungen erbracht, die einen gewissen Schweregrad erreichen und die stationäre Aufnahme der Patienten erfordern z.B. wegen des Operationsrisikos oder des erforderlichen apparativen Aufwands oder der Notwendigkeit einer längeren stationären Versorgung und/oder Beobachtung nach der Operation. Leistungen dieser Art werden jedoch vom Kläger kaum erbracht. Dies geht insbesondere aus den sog. Zuschlagsziffern der Nrn. 80 bis 87 EBM 96 hervor, die vom Kläger zwar abgerechnet werden, aber in einem eher unterdurchschnittlichen Umfang. Lediglich in einem Quartal (1/00) wird die Nr. 85 überdurchschnittlich häufig abgerechnet. Von den nach dieser Ziffer zuschlagsberechtigten operativen Leistungen hat der Kläger aber nur die Nr. 2861 (Crossektomie und/oder Exstirpation der Vena saphena parva) überdurchschnittlich häufig, insgesamt aber auch nur sechsmal erbracht. Signifikant häufig hat der Kläger lediglich die Varizenverödung nach EBM6 Nr. 2023 erbracht, die jedoch nur mit 300 Punkten bewertet ist und einen vergleichsweise geringfügigen nicht zuschlagsberechtigten Eingriff darstellt. Die ebenfalls bei Krampfadern einschlägigen Operationsziffer 2860 ff. EBM 96 wurden vom Kläger nur in einem geringen Umfang erbracht. Die vom Kläger behauptete Erbringung von ambulanten Operationen, die von der Vergleichsgruppe nicht ambulant durchgeführt würden, findet demnach in der Abrechnung keine Stütze. Der Beklagte hat zu Recht insoweit keine Praxisbesonderheiten erkannt.

Er hat sich dabei keinesfalls nur auf statistische Betrachtungen beschränkt, sondern sich darüber hinaus im Rahmen seiner intellektuellen Prüfung (BSG, [SozR 3-2500 § 106 Nr. 23](#)) mit der Verordnungsweise des Klägers, insbesondere dem Umfang der im einzelnen verordneten Medikamente eingehend auseinandergesetzt und ist zu der vom Gericht im Rahmen seiner eingeschränkten Prüfungsbefugnis nicht zu beanstandenden Feststellung gelangt, dass die weit überdurchschnittlichen Anforderungen für Sprechstundenbedarf aus fachlich-ärztlicher Sicht nicht nachvollziehbar sind.

Insbesondere stellt der Ausschuss auch fest, dass der Kläger gegen die Bestimmungen der Sprechstundenbedarfsvereinbarung verstoßen hat, wenn er, wie er vorträgt, Sprechstundenbedarf nicht nur für die Erstbehandlung der Patienten, sondern auch für die Weiterbehandlung an Folgetagen verwendet hat. Nach III. Nr. 1. der Vereinbarung über die ärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und den bayerischen Krankenkassen(verbänden) bzw. den Verbänden der Ersatzkrankenkassen - Landesvertretung Bayern - vom 1. April 1999 (Sprechstundenbedarfsvereinbarung) gelten als Sprechstundenbedarf nur solche Mittel, die ihrer Art nach bei mehr als einem Berechtigten im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung angewendet werden. Der verordnete

Sprechstundenbedarf hat den Bedürfnissen der Praxis zu entsprechen und muss zur Zahl der Behandlungsfälle bzw. zur Zahl der einschlägigen einzelnen Leistungen in angemessenem Verhältnis stehen (III. Nr. 2). Arznei- und Verbandsmittel, die nur für einen Patienten bestimmt sind, stellen keinen Sprechstundenbedarf dar und sind daher mit Angabe der zuständigen Krankenkasse auf den Namen des Versicherten zu verordnen (III. Nr. 4.a). Die Sprechstundenbedarfsvereinbarung ist als gesamtvertragliche Regelung für den Kläger als Vertragsarzt verbindlich (I. Nr. 4). Sie soll nicht zuletzt auch den wirtschaftlichen Umgang mit dem von den Krankenkassen und damit der Versichertengemeinschaft bezahlten Sprechstundenbedarf sicherstellen und ist deshalb von den Prüfinstanzen zu Recht in die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise mit einbezogen worden (vgl. BSG, SozR 3-2500 Nr. 8). Die Nichteinhaltung der o.g. Vorschriften hat der Kläger eingeräumt und verteidigt. Abgesehen davon, dass es nicht in seinem Belieben steht, ob er gesamtvertragliche Bestimmungen einhalten will oder nicht, ist es nicht ohne weiteres nachvollziehbar, warum die Patienten speziell am Wochenende größere Mengen von zu injizierenden Medikamenten erhalten sollten, weil ihnen der Weg zur Apotheke nicht zugemutet werden könne. Andererseits trägt der Kläger nämlich vor, dass die Patienten nicht in der Lage seien, die Injektionen selber vorzunehmen. Also müssen sie letztlich doch wieder in die Praxis des Klägers gegangen sein, oder eines anderen Arztes, um sich die Injektionen applizieren zu lassen. Wenn sie dazu in der Lage wären, wären sie auch in der Lage gewesen, die entsprechenden Medikamente in der Apotheke zu besorgen, zumal dies ggf. auch durch andere Personen erfolgen kann, als durch die Patienten. Der Senat kommt damit zu dem Ergebnis, dass der Beklagte Praxisbesonderheiten, die den Umfang der Sprechstundenbedarfsverordnungen des Klägers erklären könnten, zu Recht nicht - bzw. nur in geringem Umfang - anerkannt hat. Insbesondere ist die ambulante Operationstätigkeit des Klägers dafür nicht geeignet.

Auch die vom Kläger behaupteten Einsparungen hat der Beklagte zu Recht nicht anerkannt. Zwar trifft es zu, dass er insbesondere bei den Krankenhauseinweisungen niedrig liegt. Dies ist aber wiederum anhand der von ihm abgerechneten Leistungen nicht weiter verwunderlich, da er nur wenige Leistungen erbringt, die üblicherweise stationär erbracht werden. Seinen Berechnungen bezüglich des Umfangs der dadurch angeblich erzielten Einsparungen kann nicht gefolgt werden. Der Beklagte brauchte darauf nicht näher einzugehen. Weder ist es plausibel, dass generell bei einer Krankenhauseinweisung zehn stationäre Behandlungstage erforderlich wären, noch kann allgemein von einem Pflegesatz von 650,00 DM ausgegangen werden. Vor allem aber hätte der Kläger konkret anhand einzelner Fälle darlegen müssen, dass er durch seine Behandlung eines bestimmten Patienten jeweils eine Krankenhauseinweisung vermieden habe. Dann hätte der Ausschuss den für diese speziellen Fälle erforderlichen Bedarf an Sprechstundenmaterial von den Gesamtanforderungen herunter rechnen können und danach feststellen müssen, ob ohne diese Mittel noch ein offensichtliches Missverhältnis zu den Anforderungswerten der Ärzte der Vergleichsgruppe vorliegt (vgl. BSG, SozR 2200 Nr. 43). Entsprechendes gilt für die unterdurchschnittlichen Krankschreibungen des Klägers. Auch hier hätte er konkret darlegen müssen, wie durch seine Behandlungsweise zwar mehr Sprechstundenbedarf angefallen sei, sich andererseits aber die Arbeitsunfähigkeitszeiten verkürzt hätten. Das ist nicht geschehen. Hinzu kommt, dass gerade in den Bereichen "KH" und "AU" die Statistik nur bedingt aussagefähig ist, weil Krankschreibung und Einweisung vielfach bereits durch den Hausarzt und nicht durch den Chirurgen erfolgen. Der Beklagte hat demnach die statistischen Unterschreitungen in diesen Bereichen zu Recht nicht als Indizien für ein insgesamt gesehen wirtschaftlich Verhalten des Klägers bei der bei der Verordnung von Sprechstundenbedarf gewertet.

Da somit weder Praxisbesonderheiten noch kausale Einsparungen zu Gunsten des Klägers anzuerkennen waren, brauchte der Beklagte solche auch nicht bei der Festsetzung der Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis zu berücksichtigen. Es ist nicht zu beanstanden, dass diese nicht höher als bei 50 % angesetzt wurde. Dabei ist es unschädlich, dass der Beklagte den Grenzwert nicht ausdrücklich im Bescheid genannt hat, weil er sich mit Regressfestsetzungen begnügt hat, die die Überschreitung des zu prüfenden Arztes in Relation zu seiner Vergleichsgruppe der Chirurgen in Bayern nicht unter die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis zurückführen (BSG, SozR 3-2500 Nr. 41, S. 227 f.). Es ist dem Kläger nicht gelungen, den durch die hohen Durchschnittsüberschreitungen im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses gesetzten Anschein der Unwirtschaftlichkeit zu widerlegen.

Bezüglich der Höhe der Regresse haben die Prüfinstanzen einen Ermessensspielraum. Ein Fehlgebrauch dieses Ermessens ist nicht erkennbar. In den ersten drei streitigen Quartalen (bis 1/00) hat sich der Beklagte bei der Festsetzung des Regresses an einzelnen Medikamenten orientiert. Diese Vorgehensweise erscheint nicht sachwidrig, auch wenn es im Hinblick auf die hohen Durchschnittsüberschreitungen und die sehr hohen belassenen Restüberschreitungen zwischen 134,31 % (1/00) und von 236,70 % (4/99) einer näheren Begründung nicht bedurft hätte, da auch die Restüberschreitungen noch eindeutig im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses liegen.

In den Folgequartalen 2/00 bis 2/01 hat der Beschwerdeausschuss (zumeist in Übereinstimmung mit dem Prüfungsausschuss) prozentuale Regresse bezogen auf den insgesamt verordneten Sprechstundenbedarf ausgesprochen und dabei Restüberschreitungen von wenigstens 77,05 % (4/00) belassen, die ebenfalls noch oberhalb der Grenze zum sog. offensichtlichen Missverhältnis liegen.

Der vom Kläger kurz vor der Verhandlung des Senats vorgelegte Bescheid der mit Wirkung vom 01.01.2008 nach [§ 106 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) in der Fassung Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes bei der Kassenärztlichen Vereinigung gebildeten gemeinsamen Prüfstelle ist nach Auffassung des Senats nicht geeignet, die Unrichtigkeit der Streitgegenständlichen Entscheidungen des Beschwerdeausschusses zu belegen. Zum einen bezieht sich dieser Bescheid auf einen sehr viel späteren Zeitraum, nämlich das Quartal 1/06. Es ist nicht ersichtlich, ob Patientenstruktur und Leistungsspektrum der Praxis gleich geblieben sind. Zum anderen erscheint dieser Bescheid auch inhaltlich nicht unproblematisch. Dort wird nämlich beispielsweise die Tatsache, dass der Kläger die Zusatzbezeichnung "Sportmedizin" führt, als Praxisbesonderheit bezeichnet. Sodann werden bestimmte Leistungspositionen genannt, die vom Kläger häufiger als von den Ärzten der Vergleichsgruppe erbracht werden. Ob hieraus wirklich ein besonderes Patientengut erkennbar ist, das einen entsprechend höheren Bedarf an Sprechstundenmaterial begründet, kann der Senat dahingestellt lassen, denn dieser Bescheid ist nicht Gegenstand des hiesigen Rechtsstreits. Nur nebenbei ist darauf hinzuweisen, dass der Bescheid der Prüfstelle noch nicht bestandskräftig ist, und dass die Prüfstelle, anders als Prüfungsausschuss und Beschwerdeausschuss nicht mit jeweils drei Ärzten fachkundig besetzt ist. Zusammenfassend ist festzustellen, dass dieser Bescheid nicht geeignet ist, die Entscheidungen des Beklagten in den Streitgegenständlichen Quartalen als unvertretbar erscheinen zu lassen.

Die Berufungen waren deshalb zurückzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2009-02-11