

L 7 KA 226/98

Land

Hessen

Sozialgericht

Hessisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

7

1. Instanz

SG Frankfurt (HES)

Aktenzeichen

S 28 Ka 2728/94

Datum

15.10.1997

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 7 KA 226/98

Datum

03.02.1999

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 15. Oktober 1997 wird zurückgewiesen.

II. Die Kläger haben dem Beklagten die außergerichtlichen Kosten der zweiten Instanz zu erstatten.

III. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit von Arzneimittelregessen wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise im Bereich der Beigeladenen zu 2) und 7) der Quartale II/90, III/90, IV/90 und I/91 in Höhe von insgesamt 29.187,- DM.

Die Kläger sind als praktische Ärzte mit einer Gemeinschaftspraxis in S. und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Sie betreiben seit 1987 eine Gemeinschaftspraxis mit einer Haupt- und sechs Zweigpraxen.

Wegen ihrer Ordnungspraxis erhielten die Kläger Hinweise für die Quartale IV/89 bis I/91.

Die Beigeladene zu 2) stellte folgende Anträge zur Prüfung der Verordnungsweise der Kläger:

am 27. März 1991 für das Quartal II/90, am 19. Juli 1991 für die Quartale III und IV/90 und am 25. März 1992 für das Quartal I/91.

Die Honorare und die von den Klägern verordneten Leistungen stellen sich im Vergleich zu ihrer Fachgruppe in den streitbefangenen Quartalen wie folgt dar:

Der Prüfungsausschuß der Ärzte und Krankenkassen (Prüfungsausschuß) setzte nach Prüfsitzungen für die streitbefangenen Quartale im Bereich der Beigeladenen zu 2) und 7) mit folgenden Bescheiden Arzneimittelregresse fest:

Bescheid vom 09. Januar 1992:

Quartal II/90 14 DM

pro Fall in 1505

(V + R) Fälln./ 10 % 18.963,00 DM

Bescheid vom 20. März 1992:

Quartal III/90 10 DM

pro Fall in 1539

(V + R) Fälln./ 10 % 13.851,00 DM

Quartal IV/90 05 DM

pro Fall in 1555

(V + R) Fälln./ 10 % 06.997,50 DM

Bescheid vom 12. Januar 1993:

Quartal I/91 08,70 DM

pro Fall in 1588

(V + R) Fälln./ 10 % 12.434,04 DM.

Nachdem die Kläger gegen die jeweiligen Bescheide Widerspruch erhoben hatten, half der Prüfungsausschuß diesen insoweit ab, als der Arzneimittelregreß für das Quartal III/90 (Abhilfebescheid vom 12. Januar 1993) auf 8,55 DM pro Fall (1.555 V + R – Fälle) und für das Quartal I/91 (Abhilfebescheid vom 03. August 1993) auf 5,00 DM pro Fall jeweils abzüglich des Apothekenrabattes von 10 % reduziert wurde.

Der Beklagte verband die Widerspruchsverfahren und ließ einen Prüfbericht durch den Arzt H. W. F. (prakt. Arzt/Chirotherapie) erstellen.

Nach einer Sitzung am 26. Februar 1994 reduzierte der Beklagte den Arzneimittelregreß mit Widerspruchsbescheid vom 07. Juli 1994 wie folgt:

für das Quartal II/90
auf 6,90 DM pro Fall
(in 1505 Fällen) (10.384,50 DM)
für das Quartal III/90
auf 6,25 DM pro Fall
korrigiert auf 1538 Fälle (09.612,50 DM)
für das Quartal IV/90
auf 3,40 DM pro Fall (in 1555 Fällen) (05.287,00 DM)
für das Quartal I/91 auf 4,50 DM
pro Fall (in 1588 Fällen) (07.146,00 DM) (32.430,00 DM)
abzüglich 10 % Rabatt (03.243,00 DM)
insgesamt (29.187,00 DM).

Zur Begründung führte der Beklagte aus, der statistische Arzneikostenvergleich habe eine Überschreitung gegenüber der Vergleichsgruppe ergeben, die dem Bereich der Übergangszone zuzuordnen sei. In Ergänzung der statistischen Vergleichsprüfung sei eine repräsentative Einzelfallprüfung anhand von 10 % der Fälle der Beigeladenen zu 2) durchgeführt worden. Diese und die Darlegungen der Kläger in der Sitzung hätten ergeben, daß erhebliche Einsparungen ohne Nachteile für die Patienten möglich seien. So sei Lipidsenker über eine längere Zeit hinweg ohne die erforderliche Laborkontrolle und über mehrere Quartale ohne Arzt/Patienten-Kontakt verordnet worden. Auch gelinge es den Klägern nicht, die vorgenommenen Verordnungen engmaschig und gegenseitig zu kontrollieren. Patientenwünsche würden zu weitgehend berücksichtigt. Im übrigen verwies der Beklagte zu den möglichen Einsparungsmöglichkeiten auf die Anlage II des Widerspruchsbescheides (Beanstandungen des Prüfarztes). Die festgestellten Mehrkosten ließen sich auch nicht durch Praxisbesonderheiten oder mit kompensatorischen Einsparungen rechtfertigen. So sei es in der Region der Bezirksstelle Gießen durchaus üblich, daß die von Fachärzten verordneten Medikamente vom Landarzt weiter verordnet werden würden. Weitere Besonderheiten, wie ein überproportionaler Anteil von Asthmatikern, Rheumapatienten, onkologischen Behandlungsfällen seien nicht erkennbar. Die von den Klägern eingeräumten Abstimmungsprobleme innerhalb der Gemeinschaftspraxis könnten nicht als Praxisbesonderheit anerkannt werden. Es obliege der Verantwortung der Kläger ihre Gemeinschaftspraxis so zu organisieren, daß diese Probleme nicht entstünden. Ein besonderes Leistungsspektrum, besondere Therapieformen oder Medikamentenverordnungen seien ebenfalls wie kompensatorische Einsparungen nicht festzustellen. Jedoch sei die Höhe der Arzneimittelregresse der einzelnen Quartale herabzusetzen gewesen. Der Sicherheitsabschlag sei von 20 auf 30 % zu erhöhen gewesen, da die Verordnungen von Dauertherapiemedikamenten nicht allein aufgrund nicht vorgenommener Kontrollmaßnahmen als unwirtschaftlich bezeichnet werden könnten. Im Quartal III/90 sei auch die Fallzahl zu korrigieren gewesen. Da den Klägern gegenüber der Vergleichsgruppe nach Abzug der Regresse von Mehrbeträgen von 53,53 DM im Quartal II/90, von 46,97 DM im Quartal III/90, 43,31 DM im Quartal IV/90 und von 46,10 DM im Quartal I/91 verblieben seien, habe man den Bereich der Streubreite im statistischen Vergleich nicht verlassen.

Gegen den den Klägern am 08. Juli 1994 zugestellte Widerspruchsbescheid haben sie am 04. August 1994 Klage vor dem Sozialgericht in Frankfurt a.M. erhoben.

Zur Begründung haben sie vorgetragen, der Beklagte habe einen statistischen Vergleich nur mit den Durchschnittswerten anderer Gemeinschaftspraxen durchführen dürfen. Auch sei als Praxisbesonderheit anzuerkennen, daß viele ihrer Patienten Rentner seien, die aufgrund ihrer Tätigkeit im Bergbau nun gesundheitlich besonders angegriffen seien. Auch stünden viele Kinder in ihrer Behandlung, da in der näheren Umgebung kein Kinderarzt praktiziere. Wegen der schwierigen Verkehrsanbindung würden sie die Verordnungen von Fachärzten, z.B. auch der Kinderärzte, fortführen. Ebenso werde ihr Arzneimittelbudget dadurch belastet, daß sie Katheder-Verbandsmaterial, Spüllösungen u.ä. selbst verordneten. Darüber hinaus sei zu berücksichtigen, daß ihre Praxis das ganze Jahr geöffnet sei. Im übrigen sei auch zu beachten, daß der Kläger zu 2) in Notfällen gerufen werde, da er am Ort wohne. Auch komme es aufgrund des umfangreichen Leistungsspektrums zu weniger Facharztüberweisungen. Da in den streitigen Quartalen keine Karteikarten geführt worden seien, habe man die Arzneimittelverordnungen bei den Patienten, die vormittags die Hauptpraxis und am Nachmittag eine Zweigpraxis aufsuchten oder bei Hausbesuchen, nicht kontrollieren können. Dies sei zwischenzeitlich abgestellt worden. Auch habe man an einem Pharmako-Therapiezyklus teilgenommen.

Das Sozialgericht Frankfurt a.M. hat mit Urteil vom 15. Oktober 1997 die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, die Festsetzung der Höhe des Kürzungsbetrages stehe im Ermessen der Prüfgremien. Deren Entscheidung könne gerichtlich nur darauf überprüft werden, ob die gesetzlichen Grenzen des Ermessens eingehalten worden seien und ob von dem Ermessen in einer dem Zweck der Ermächtigung entsprechenden Weise Gebrauch gemacht worden sei. Es sei nicht zu beanstanden, daß der Beklagte die Prüfung mittels eines statistischen Fallkostenvergleichs durchgeführt und die Fachgruppe Ärzte/Allgemeinärzte herangezogen habe. Die Vergleichsgruppe sei mit 200 Ärzten hinreichend groß. Die Bildung der Vergleichsgruppe unterliege der Entscheidung des Beklagten. Auch sei die repräsentative Einzelfallprüfung im Ergebnis nicht zu beanstanden. Zwar enthalte die Liste der beanstandeten Fälle nicht die Diagnose der Patienten. Diese Information sei jedoch wichtig, um die Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise beurteilen zu können. Da diese Information aus den Behandlungsscheinen entnommen werden könne, werde dies vorliegend nicht beanstandet. Der Beklagte solle diese Praxis jedoch für die Zukunft ändern. Einerseits würden bereits bei der repräsentativen Einzelfallprüfung Praxisbesonderheiten berücksichtigt. Andererseits seien die von den Klägern vorgetragenen Praxisbesonderheiten nicht substantiiert dargelegt worden. Auch die Höhe des abgezogenen Apothekenrabattes und die Höhe der vorgenommenen Regresse seien nicht zu beanstanden. Ein Ermessensfehlgebrauch oder eine

Ermessensüberschreitung könne nicht festgestellt werden.

Gegen das am 22. Januar 1998 zugestellte Urteil haben die Kläger am 20. Februar 1998 Berufung eingelegt.

Sie sind der Auffassung, der Beklagte habe ihre Ordnungsweise nur nach den statistischen Zahlen anderer Landarztpraxen vergleichen dürfen. Andernfalls gingen die Besonderheiten einer Landarztpraxis gegenüber einer Großstadtpraxis verloren. Insoweit verweisen die Kläger auf Bl. 27 Supplement zum Deutschen Ärzteblatt Heft 22/1998. Des weiteren legten die Kläger eine Auflistung von 14 Patienten vor, bei deren Behandlung kompensatorische Einsparungen erzielt worden seien. Durch eine teure Arzneimittel-Therapie sei eine notwendige stationäre Einweisung verhindert worden.

Sie beantragen,
das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt a.M. vom 15. Oktober 1997 und den Widerspruchsbescheid des Beklagten vom 07. Juli 1994 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, die Widersprüche unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Der Beklagte und die Beigeladenen beantragen,
die Berufung zurückzuweisen.

Er ist der Auffassung, das Sozialgericht habe mit dem angefochtenen Urteil zutreffend entschieden. Im übrigen weist er daraufhin, daß die Vergleichsgruppe des statistischen Vergleichs auf der Grundlage der Zahlen der Bezirksstelle Gießen entsprechend § 5 der Prüfvereinbarung der Ordnungsweise vom 15. August 1987 gebildet worden sei.

Der Senat hat die Verwaltungsvorgänge des Beklagten (3 Bände und die Abrechnungsunterlagen der Kläger der beanstandeten Fälle) beigezogen. Wegen der Einzelheiten des Vortrags der Beteiligten wird auf die Gerichtsakte und die beigezogenen Unterlagen verwiesen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Der Senat hat in diesem Rechtsstreit in der Besetzung mit dem ehrenamtlichen Richter S., statt des nach der Reihenfolge der Liste der ehrenamtlichen Richter für diesen Senat vorgesehenen Richters H. verhandelt und entschieden. Der ehrenamtliche Richter H. war mit der streitbefangenen Angelegenheit als Vorsitzender des Prüfungsausschusses befaßt gewesen.

Die Berufung ist zulässig. Sie wurde form- und fristgerecht eingelegt und ist statthaft gem. § 151; §§ 143, 144 Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Sie ist jedoch nicht begründet.

Weder war das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 15. Oktober 1997 aufzuheben noch der Beklagte unter Aufhebung des Widerspruchsbescheides vom 07. Juli 1994 zur Neubescheidung der Widersprüche der Kläger zu verurteilen. Der Widerspruchsbescheid ist rechtmäßig.

Es ist nicht zu beanstanden, daß der Beklagte die Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise von Arzneimitteln der Kläger anhand einer statistischen Prüfung nach Durchschnittswerten durchgeführt hat. Die Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Verordnung wird gemäß § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch, 5. Buch (SGB V) mittels einer arztbezogenen Prüfung nach Durchschnittswerten überprüft. Im Bezug auf die Grundsätze dieser Prüfmethode verweist der Senat gem. § 153 Abs. 2 SGG zur Vermeidung von Wiederholungen auf die zutreffenden Entscheidungsgründe des Urteils des Sozialgerichts Frankfurt am Main.

Soweit die Kläger im Berufungsverfahren die Auffassung vertreten, ihre Praxis habe nur mit einer Vergleichsgruppe anderer Gemeinschaftspraxen bzw. Landpraxen verglichen werden dürfen, so konnte sich dem der Senat nicht anschließen. Es steht grundsätzlich in der Wahlfreiheit der Prüfungsgremien, ob sie einer Praxisbesonderheit durch die Bildung einer engeren Vergleichsgruppe Rechnung tragen oder im Rahmen einer statistischen allgemeineren Vergleichsgruppe anerkennen und berücksichtigen. Ein Anspruch eines Arztes auf die Bildung einer verfeinerten Vergleichsgruppe kann jedoch nach dem Grundsatz der Gleichbehandlung des Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz (GG) bestehen. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ist der Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG dann verletzt, wenn Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, daß eine Ungleichbehandlung mit anderen Normadressaten gerechtfertigt ist (BerGG 55, 72, 89 ff.; BVerfGE 71, 146, 154 ff.; BVerfGE 72, 141, 150 ff.; BVerfGE 79, 87, 98 ff.; Spellbrink, Wirtschaftlichkeitsprüfung im Kassenarztrecht, Rdnr. 522). Der Senat ist ebenso wie das Sozialgericht Frankfurt am Main zu dem Ergebnis gekommen, das eine sogenannte "Landarztpraxis" im Bezirk Gießen keine "Praxisbesonderheit" darstellt, sondern gerade üblich ist.

Eine Besonderheit stellt lediglich dar, daß die Kläger berechtigt sind, eine Hauptpraxis mit 6 Zweigpraxen zu betreiben. Dies allein rechtfertigt jedoch nicht von den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit der Verordnung von Arzneimitteln abzuweichen. Das Problem der Doppelverordnungen, wie die Kläger dies für ihre Praxis beschrieben haben, liegt in der Organisation und Koordination der Sprechstunden an den verschiedenen Orten begründet. Auch wenn der Beigeladene zu 2) die Führung einer solchen Praxis genehmigt hat, entbindet dies nicht die Kläger von ihrer Pflicht, ihre Praxis so zu organisieren, daß Doppelverordnungen vermieden werden. Auch konnte der Senat aus dem Vortrag der Kläger nicht erkennen, weshalb eine Gemeinschaftspraxis im Hinblick auf deren Wirtschaftlichkeit nicht mit Einzelpraxen verglichen werden sollte. Für eine Gemeinschaftspraxis gilt das Gebot der Wirtschaftlichkeit des SGB V ebenso uneingeschränkt wie für die Einzelpraxis.

Der Senat ist wie das Sozialgericht Frankfurt am Main zu der Überzeugung gekommen, daß der Beklagte den Wert der Überschreitungen der Kläger in nicht zu beanstandender Weise in den einzelnen streitigen Quartalen dem Übergangsbereich zugeordnet hat. Dieser Bereich der Überschreitung, der zwischen der normalen statistischen Streuung und dem offensichtlichen Mißverhältnis liegt, ist dem Bereich zwischen 20-25 und 40-50 von Hundert zuzuordnen. Wie das Sozialgericht Frankfurt am Main dazu weiter zutreffend ausgeführt hat, besitzen die fachkundig besetzten Prüfungsgremien einen Beurteilungsspielraum im Hinblick darauf, ob die festgestellte Überschreitung bereits dem Übergangsbereich zuzurechnen ist. Auch insoweit verweist der Senat auf die Ausführungen im Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main.

Wie das Bundessozialgericht wiederholt festgestellt hat (z.B. Urteil vom 15.03.1995, Az. [6 RKa 37/93](#) in SozR 3-2500 § 106 Nr. 26), ist die statistische Betrachtung nur ein Teil der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach [§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#). Diese ist durch eine intellektuelle Prüfung und Entscheidung zu ergänzen, bei der die für die Frage der Wirtschaftlichkeit relevanten medizinisch-ärztlichen Gesichtspunkte zum Tragen kommen.

Der Senat sah keine Veranlassung es zu beanstanden, daß der Beklagte insoweit eine ergänzende Untersuchung anhand von Einzelfällen vorgenommen hat. Dies stellt nach Überzeugung des Senats keinen Wechsel der Prüfmethode dar, bzw. die Prüfung wird dadurch nicht zur Einzelfallprüfung. Es handelt sich vielmehr um eine statistische Prüfung nach Durchschnittswerten gem. [§ 106 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#), die lediglich um eine Einzelfallprüfung ergänzt wird. Das Erfordernis der ergänzenden Einzelfallprüfung liegt darin begründet, daß die prozentuale Überschreitung des Durchschnittswertes im Bereich des Übergangsbereichs zwar den Verdacht einer Unwirtschaftlichkeit in sich birgt, jedoch für sich allein noch keinen Beweis der Unwirtschaftlichkeit beinhaltet. Vielmehr kann erst die ergänzende Prüfung ergeben, ob eine unwirtschaftliche Verordnungsweise des zu prüfenden Arztes vorliegt. Die Honorarkürzung nach einer ausschließlich repräsentativen Einzelfallprüfung mit Hochrechnung ([BSGE 70, 246](#) ff.) ist jedoch eine eigene und grundsätzlich andere Prüfmethode. Ihr geht keine Prüfung nach statistischen Durchschnittswerten voraus (vgl. dazu Spellbrink, a.a.O., Rdnr. 622, 625, 769 ff.).

Es ist deshalb rechtmäßig, daß der Beklagte dieser ergänzenden Einzelfallprüfung nicht 20 % (bzw. 100 Fälle, wie das BSG es für die repräsentative Einzelfallprüfung für notwendig angesehen hat = [BSGE 70, 245](#) ff.), sondern 10 % der Fälle der Beigeladenen zu 2) als Grundlage herangezogen hat. Denn vorliegend handelt es sich nicht um eine Einzelfallprüfung als Prüfungs-Grundmethode, sondern nur um eine Ergänzung der statistischen Prüfung nach Durchschnittswerten. Der Senat ist jedoch der Auffassung, daß die Anzahl der Einzelfallprüfungen hinreichend groß sein muß, um eine Tendenz in der Verordnungsweise des zu prüfenden Arztes ergeben zu können. Dies ist vorliegend der Fall. Es wurden die Verordnungen bei 43 Patienten in den streitigen Quartalen überprüft. Da als Voraussetzung für eine Prüfung nach Durchschnittswerten von einer Fallzahl von mindestens 50 im Quartal auszugehen ist (BSG Urteil vom 19.11.1985, Az. [6 RKa 13/84](#); Jörg, Das neue Kassenarztrecht, Rdnr. 435), sieht der Senat bei einer die Prüfung nach Durchschnittswerten ergänzenden Einzelfallprüfung im Umfang von 43 Fällen pro Quartal keinen Anhaltspunkt dafür, den Aussagewert dieser Prüfung anzuzweifeln.

Der Senat hat auch keine Zweifel daran, daß diese geprüften Fälle repräsentativ für die Praxis der Kläger gewesen sind. Nach dem angefochtenen Widerspruchsbescheid entsprachen diese Fälle der fortlaufenden Reihenfolge nach der Patientenstruktur. Dem sind die Kläger nicht entgegengetreten.

Des weiteren geht der Senat nach dem Wortlaut des Widerspruchsbescheides davon aus, daß der Prüfarzt von der auf den Behandlungsscheinen vermerkten Diagnosen ausgegangen ist. Denn dort heißt es: " im Zusammenhang mit den Abrechnungsscheinen und den hierauf vermerkten Diagnosen in den Vordergrund gestellt." Der Senat sieht es zwar als mißlich an, daß auf der Liste der beanstandeten Verordnungen bei den 43 Patienten die Diagnose nicht verzeichnet ist. Da der Prüfarzt jedoch aus dem Widerspruchsbescheid folgend von keiner abweichenden Diagnose ausgegangen ist, sieht er keine Veranlassung, dies zu beanstanden. Etwas anderes ist es, ob der Beklagte dem "Rat" des Sozialgerichts Frankfurt am Main folgt und in Zukunft die Prüfarzte um Angabe der Diagnosen bittet, von der diese bei der Überprüfung ausgehen.

Der Senat sah auch keinen Anlaß, die Entscheidung des Beklagten hinsichtlich der Berechnung und der Höhe des Regresses je Quartal zu beanstanden. Die Auswahl der Methode steht im Ermessen des Beklagten und unterliegt somit der nur eingeschränkten gerichtlichen Kontrolle. Auch insoweit verweist der Senat auf die Ausführungen im angefochtenen Urteil.

Der Prüfarzt hat auch in den jeweiligen Quartalen den einzusparenden Betrag angegeben. Anhand der so ermittelten Einsparungen pro Fall hat die Beklagte dann den jeweiligen Regreßbetrag pro Fall hochgerechnet und einen Sicherheitsabschlag von 30 % zum Abzug gebracht.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 und Abs. 4 Satz 2 SGG](#).

Die Revision war wegen der grundsätzlichen Angelegenheit der Rechtssache zuzulassen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2008-02-22