

S 21 KA 97/08

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
SG Magdeburg (SAN)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung
21
1. Instanz
SG Magdeburg (SAN)
Aktenzeichen
S 21 KA 97/08

Datum
09.05.2012
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
-

Datum
-

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Klagen werden abgewiesen. Die Klägerin hat die Kosten der Verfahren, mit Ausnahme der Kosten der Beigeladenen zu tragen. Der Streitwert wird auf 16.311,60 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Die Klägerin wendet sich, in den mit Beschluss vom 27.01.2012 zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbundenen Klageverfahren gegen für die Quartale 2/2006 bis 1/2007 im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung wegen Verstoßes gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot festgesetzten Regresse in Höhe von insgesamt 16.311,60 Euro.

Die Klägerin nahm zum streitgegenständlichen Zeitpunkt als Fachärztin für Allgemeinmedizin in Klostermannsfeld an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Nach vorheriger Anhörung setzte der Prüfungsausschuss bzw. die Prüfungsstelle auf Antrag der Beigeladenen zu 1) gegen die Klägerin wegen Verstoßes gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot im besonderen Fall gem. [§ 106 Abs. 5 SGB V](#) i. V. m. § 12 der Prüfungsvereinbarung Sachsen-Anhalt zugunsten der Beigeladenen zu 1) folgende Regresse fest:

Quartal 2/2006:

Bescheid vom 25.07.2007, Regress in Höhe von 4.028,40 Euro,

Quartal 3/2006:

Bescheid vom 25.10.2007, Regress in Höhe von 4.028,40 Euro,

Quartal 4/2006:

Bescheid vom 17.12.2007, Regress in Höhe von 4.028,40 Euro,

Quartal 1/2007:

Bescheid vom 24.06.2008, Regress in Höhe von 4.226,40 Euro.

Zur Begründung wurde jeweils u. a. ausgeführt, die Klägerin habe aufgrund des getätigten Bezugsweges für den Gerinnungsfaktor VIII SDH Inters 1000 DFL über eine öffentliche Apotheke Mehrkosten in der regressierten Höhe veranlasst. Ein Direktbezug über den Hersteller hätte diese Mehrkosten verhindert. Die Klägerin habe das Wirtschaftlichkeitsgebot gem. [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) zu beachten. Die Beigeladene zu 1) habe, vertreten durch zwei Mitarbeiterinnen, am 28.10.2005 ein persönliches Gespräch mit der Ärztin in ihrer Praxis geführt. Ziel sei es gewesen, die Ärztin über die Möglichkeiten und die damit verbundene Kostenersparnis des Direktbezuges gem. [§ 47 AMG](#) zu informieren, um zukünftig auf diese Verfahrensweise umzustellen. Nach dieser Vorschrift dürfen pharmazeutische Unternehmer das o. g. Präparat auch an Ärzte abgeben. Dieses beschriebene Verfahren wird in der Regel bei Hämophilie-Patienten durchgeführt und es handele sich dabei um die wirtschaftlichste Verordnungsweise. Die Klägerin habe diesen Vertriebsweg nicht entsprechend der gesetzlichen Gegebenheiten umgesetzt und dadurch Mehrkosten in Höhe der jeweiligen Regressierung verursacht.

Gegen alle 4 Bescheide legte die Klägerin Widerspruch ein. Mit ihren Widersprüchen machte die Klägerin insbesondere geltend, dass es für die Festsetzung eines Regresses an einer bestimmten, sich aus einem formellen Parlamentsgesetz ergebenden Norm fehle. Die Inanspruchnahme der Klägerin greife in deren Rechte nach [Artikel 2, 12](#) und [14 GG](#) erheblich ein. Weder aus dem SGB V noch aus der Prüfvereinbarung Sachsen-Anhalt seien demgegenüber hinreichend bestimmte Normen auffindbar. Die [§§ 2](#) und [12 SGB V](#) stellten lediglich Rechtsprinzipien dar. [§ 106 SGB V](#) regele den vorliegenden Einzelfall nicht. Aus [§ 47 AMG](#) ließe sich weder eine Verpflichtung des Herstellers zur Belieferung anderer Abnehmer als Apotheken noch eine Verpflichtung anderer Abnehmer zum Bezug und zur Abnahme entnehmen. Ebenso ließe sich nicht aus [§§ 3](#) und [12](#) der PV die Anordnung eines Regresses bei Nichtbenutzung des alternativen Bezugsweges gem. [§ 47 AMG](#) entnehmen. Die Berufung auf die [§§ 2, 12](#) und [106 SGB V](#) i. V. m. [§§ 3](#) und [12](#) PV könne daher nicht zu einem Regressanspruch führen. Es sei zwar richtig, dass die Klägerin durch Mitarbeiterinnen der Beigeladenen zu 1) auf den alternativen Bezugsweg nach [§ 47 AMG](#) hingewiesen wurde, jedoch nicht auf eine angebliche Verpflichtung, diesen Bezugsweg auch zu nutzen.

Mit Bescheiden vom 25.04.2008 (Prüfbescheide vom 25.07.2007 und 25.10.2007) und mit Bescheiden vom 29.04.2009 (Prüfbescheide vom 17.12.2007 und 24.06.2008) wies der Beklagte die Widersprüche der Klägerin zurück. In den entsprechenden Bescheiden wurde jeweils ausgeführt, dass die Beanstandung seitens der Beigeladenen zu 1) hinsichtlich des Bezugsweges für den Gerinnungsfaktor VIII SDH Inters 1000 DFL zu Recht erfolgt sei. Gemäß [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) müssen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Sofern die Klägerin im Vorverfahren den Einwand bezüglich der Anforderungen an die Lagerfähigkeit des Präparates vorgebracht hatte, wurde ausgeführt, dass diese nicht haltbar seien, da die geforderten Bedingungen (Raumtemperatur oder Kühlschrank) in einer Arztpraxis gegeben seien. Des Weiteren wurde auf die Ausführungen im angefochtenen Bescheid verwiesen.

Gegen die Bescheide des Beklagten vom 25.04.2008 hat die Klägerin am 28.05.2008 beim SG Magdeburg Klage erhoben ([S 21 KA 97/08](#)) und gegen die Bescheide des Beklagten vom 29.04.2009 hat die Klägerin am 29.05.2009 Klage beim SG Magdeburg erhoben (S 21 KA 107/09). Die beiden Rechtsstreite wurden mit Beschluss vom 27.01.2012 unter Weiterführung der Verfahren unter dem Aktenzeichen [S 21 KA 97/08](#) zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden.

Die Klägerin wiederholt und vertieft ihr Vorbringen aus den Vorverfahren. [§ 47 AMG](#) sei nicht konzipiert, um das Wirtschaftlichkeitsprinzip hinsichtlich der Leistungserbringer sicher zu stellen. Im Übrigen lägen die Voraussetzungen des [§ 47 Abs. 1 Ziff. 2 a AMG](#) nicht vor. Außerdem müsse bei Direktbezug die Versicherung erhöht werden, was von der Klägerin nicht gefordert werden könne.

Die Klägerin beantragt,

die Bescheide des Beklagten vom 25.04.2008 und die Bescheide des Beklagten vom 29.04.2009 aufzuheben.

Der Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Er beruft sich auf die angefochtenen Bescheide und weist darauf hin, dass der Vertragsarzt gem. [§ 13 BMV/Ä](#) verpflichtet sei, die notwendigen Verordnungen zu treffen, soweit die zu verordnenden Leistungen in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fallen. Dabei habe der Arzt das Gebot der Wirtschaftlichkeit gem. [§ 12 SGB V](#) zu beachten und seine Verordnungsweise danach einzurichten. Das bedeute, dass die von der GKV zu erbringenden Leistungen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Die Klägerin habe mit dem gewählten Bezugsweg für das Faktor-VIII-Präparat über eine öffentliche Apotheke das Maß des Notwendigen überschritten, weil dieser Bezugsweg deutlich kostenaufwändiger ist, als der Bezug vom Hersteller. Letzterer sei als Sondervertriebsweg in [§ 47 AMG](#) geregelt und habe der Klägerin offengestanden, zumal sie von der antragstellenden Krankenkasse am 28.10.2005 auf den günstigeren Direktbezug hingewiesen worden sei.

Die Beigeladenen stellen keine Anträge.

Die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte des Beklagten haben vorgelegen und waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Entscheidungsfindung. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Sachvortrages der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte ergänzend verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässigen Klagen sind unbegründet, weil die Regresse wegen Unwirtschaftlichkeit der Verordnungsweise nicht zu beanstanden sind.

Rechtsgrundlage der durchgeführten Wirtschaftlichkeitsprüfungen ist [§ 106 Abs. 2](#) und [3 SGB V](#) i. d. F. ab 01.01.2004 i. V. m. der auf Landesebene geschlossenen Prüfvereinbarung (PV) gem. [§ 106 SGB V](#) in der ab 01.01.2004 gültigen Fassung.

Nach [§ 106 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) wird die Wirtschaftlichkeitsprüfung der vertragsärztlichen Versorgung geprüft durch Auffälligkeitsprüfung (Nr. 1) und Zufälligkeitsprüfung (Nr. 2). Nach [§ 106 Abs. 2 Satz 4 SGB V](#) können die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den kassenärztlichen Vereinigungen über die in Satz 1 vorgesehenen Prüfungen hinaus Prüfungen ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten oder anderer artbezogene Prüfungsarten vereinbaren.

Die hier anzuwendende PV ermächtigt gem. [§ 12](#) zur Prüfung in besonderen Fällen. Danach hat der Prüfungsausschuss auf begründeten Antrag der KV S.-A. oder einer Krankenkasse zu prüfen, ob der Vertragsarzt durch veranlasste oder verordnete oder selbst erbrachte Leistungen im einzelnen Behandlungs- bzw. Ordnungsfall gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat. Soweit der Prüfungsausschuss im Einzelfall eine Unwirtschaftlichkeit festgestellt hat, entscheidet er, ob und in welcher Höhe die Unwirtschaftlichkeit besteht (vgl. [§ 12 Abs. 3 Satz 2 PV](#)).

Die Voraussetzungen dieser Vorschrift liegen hier wegen Unwirtschaftlichkeit der Verordnungsweise hinsichtlich des Bezugsweges vor. Die streitgegenständlichen Bescheide des Beklagten stehen im Einklang mit den gesetzlichen Vorgaben in [§ 106 SGB V](#) sowie in [§ 12](#) der PV.

Die Durchführung einer Prüfung im besonderen Fall durch den Beklagten ist nicht zu beanstanden. Die Prüfmethode der Prüfung in besonderen Fällen kann gewählt werden, um die Wirtschaftlichkeit des Vorgehens eines einzelnen Arztes anhand einzelner Behandlungs- bzw. Verordnungsfälle zu überprüfen.

Die Wahl der Prüfmethode (vgl. dazu BSG, Urteil vom 19.10.2011, [B 6 KA 38/10 R](#) zum Beurteilungsspielraum bei der Auswahl der Prüfmethode) ist vorliegend nicht zu beanstanden.

Die Befugnis zur Prüfung in besonderen Fällen findet ihre Berechtigung darin, dass jeder Vertragsarzt verpflichtet ist, sich umfassend wirtschaftlich zu verhalten, d. h. nicht nur insgesamt, sondern auch in jedem Teilbereich seiner Tätigkeit und bei jeder einzelnen Leistung entsprechend dem Wirtschaftlichkeitsgebot zu handeln. Denn dem Wirtschaftlichkeitsgebot muss in jedem einzelnen Bereich Rechnung getragen werden (so st. Rspr. des BSG vgl. bspw. Urteil v. 21.05.2003, [B 6 KA 32/02 R](#); v. 16.07.2003, [B 6 KA 45/02 R](#); v. 27.06.2007, [B 6 KA 44/06 R](#); v. 29.10.2011, [B 6 KA 38/10 R](#)). Dies findet für die Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung auch seine gesetzliche Grundlage in [§ 106 Abs. 2 S. 3 SGB V](#). Danach umfassen die Prüfungen nach Satz 1 Nr. 2 neben dem zur Abrechnung vorgelegten Leistungsvolumen auch sonstige veranlasste Leistungen. Mithin auch solche, die Gegenstand der vorliegenden Überprüfung waren.

Die streitgegenständlichen Verordnungen waren unwirtschaftlich. Die Klägerin nimmt als Leistungserbringerin an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Diese Position beinhaltet gewisse Beschränkungen der ärztlichen Berufsausübungsfreiheit. So dürfen Vertragsärzte zugunsten ihrer in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Patienten keine Leistungen auf Kosten von deren Krankenkassen erbringen, auf die die Versicherten nach dem Leistungsrecht des SGB V keinen Anspruch haben. Hier ist insbesondere das in der gesetzlichen Krankenversicherung geltende Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 zu beachten, denn alle Leistungsansprüche des SGB V unterliegen dem allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebot in [§ 12 Abs. 1 SGB V](#). Danach müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können die Versicherten nicht beanspruchen und dürfen die Leistungserbringer nicht erwirken.

Unwirtschaftlich ist eine Arzneimittelversorgung schon dann, wenn eine gleich geeignete, aber weniger kostenaufwändige Behandlungsform zur Verfügung stand (sogenanntes Minimalprinzip, vgl. Urteil des BSG vom 31.05.2006 – [B 6 KA 13/05 R](#)).

Das bedeutet, ein Sachleistungsanspruch des betroffenen Patienten gegen seine gesetzliche Krankenkasse scheidet nach dem oben zitierten Wirtschaftlichkeitsgebot bereits dann aus, wenn an Stelle eines verordneten Wirkstoffs ein preiswerterer, therapeutisch generell gleichwertiger Wirkstoff zur Verfügung steht ohne Rücksicht darauf, ob die zugrundeliegende Arzneimittelverordnung grundsätzlich zu Lasten der Krankenkasse möglich war. Das gilt ebenso für die Wahl des Bezugsweges. Denn zur wirtschaftlichen Verordnungsweise gehören nicht nur preisgünstige Verordnungen, sondern auch die Bezugsquellen (vgl. dazu [§ 73 Abs. 8 S. 1 SGB V](#), der in der ab 01.04.2007 geltenden Fassung eine diesbezügliche Informationspflicht statuiert). Unwirtschaftlich ist die Arzneimittelverordnung dann, wenn eine gleich geeignete, aber kostengünstigere Bezugsform zur Verfügung stand. Das ist hier der Fall.

Die von der Klägerin getätigten Verordnungen waren zwar grundsätzlich auch hinsichtlich des Bezugsweges so verordnungsfähig. Jedoch gab es anstelle dieser Möglichkeit die in [§ 47 Abs. 1 Nr. 2 a](#) festgesetzte Möglichkeit der Wahl eines anderen, wesentlich kostengünstigen Vertriebsweges.

Die Klägerin hätte ebenso gut den kostengünstigeren Vertriebsweg wählen können. Hinderungsgründe sind nicht ersichtlich. Insoweit wurde die Klägerin auch über die günstigere Vertriebsmöglichkeit durch die Beigeladene zu 1) rechtzeitig unterrichtet. Vor diesem Hintergrund ist die Verordnung über eine Apotheke – wie vorliegend – evident unwirtschaftlich. Nach Ansicht der Kammer lässt sich dies ohne weiteres aus der gesetzlichen Regelung des [§ 12 SGB V](#) ableiten, zumal kein Grund ersichtlich ist, weshalb der hier betreffende Patient das streitige Präparat notwendig aus der Apotheke statt der Arztpraxis der Klägerin holen sollte.

Soweit die Klägerin meint, dass die Voraussetzungen des [§ 47 Abs. 1 Ziff. 2 a AMG](#) nicht vorlägen, kann dem nicht gefolgt werden. Nach dieser Vorschrift dürfen pharmazeutische Unternehmen und Großhändler Arzneimittel, deren Abgabe den Apotheken vorbehalten ist, außer an Apotheken u. a. nur abgeben an Krankenhäuser und Ärzte, soweit es sich um aus menschlichem Blut gewonnene Blutzubereitungen oder gentechnologisch hergestellte Blutbestandteile handelt, die, soweit es sich um Gerinnungsfaktorzubereitungen handelt, von dem hämostaseologisch qualifizierten Arzt im Rahmen der ärztlich kontrollierten Selbstbehandlung von Blutern an seine Patienten abgegeben werden dürfen.

Die Klägerin ist unstreitig Ärztin und bei dem hier den streitigen Verordnungen zugrunde liegenden Präparat handelt es sich eindeutig um eines im Sinne dieser Vorschrift. Die Kammer geht weiter davon aus, dass die Klägerin, die dieses Präparat verordnet hat, es auch im Rahmen der ärztlich kontrollierten Selbstbehandlung von Blutern an ihren Patienten abgeben durfte und entsprechend hämostaseologisch qualifiziert war. Entgegenstehendes hat die Klägerin auch nie behauptet. Auf das Führen der Zusatzbezeichnung Hämostaseologie kommt es vorliegend nach Ansicht der Kammer nicht an, da die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt vom 27.11.1993 in der Fassung vom 11.11.2002 derartiges nicht vorsah. Dieses war erst nach der am 16.04.2005 beschlossenen und am 08.12.2005 durch das Ministerium für Gesundheit und Soziales genehmigten Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt möglich, wobei die Weiterbildungszeit 12 Monate betrug, so dass es vorliegend nicht auf das Führen dieser Zusatzbezeichnung ankommen kann.

Unerheblich ist schließlich, dass die Klägerin vorträgt, die Beigeladene zu 1) habe sie nicht darauf hingewiesen, dass sie zwingend diesen Vertriebsweg wählen müsse. Unstreitig hat die Beigeladene zu 1) bzw. deren Mitglieder die Klägerin rechtzeitig, d. h. vor der zeitlich hier ersten streitgegenständlichen Verordnung über die Möglichkeit des wirtschaftlich günstigeren Vertriebsweges aufgeklärt und in Kenntnis gesetzt. Dies ist aus Sicht der Kammer ausreichend, da die Beigeladene zu 1) hier lediglich beratend tätig werden kann.

Schließlich greift der Einwand der Klägerin hinsichtlich einer höheren Versicherungsprämie nicht, da einerseits diesbezüglich kein konkreter Vortrag erfolgte und andererseits nicht ersichtlich ist, dass der organisatorische Ablauf nicht so hätte gestaltet werden können, dass eine sofortige Übergabe an den Versicherten oder ggf. Familienangehörige o.ä. erfolgen konnte.

Die Regresshöhe unterliegt keiner Beanstandung.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) i. V. m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Danach hat der unterliegende Teil die Kosten des Verfahrens zu tragen. Eine Erstattung außergerichtlicher Kosten der Beigeladenen ist nicht veranlasst, weil diese im Verfahren keine Anträge gestellt haben.

Der Streitwert ergibt sich gem. [§ 52 Abs. 3 GKG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2012-07-05