

L 5 KA 222/13 ER-B

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
5
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 11 KA 5772/12 ER
Datum
10.12.2012
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KA 222/13 ER-B
Datum
19.02.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Beschluss

Auf die Beschwerde des Antragstellers wird der Beschluss des Sozialgerichts Stuttgart vom 10.12.2012 aufgehoben. Die aufschiebende Wirkung der Klage des Antragstellers gegen den Widerspruchsbescheid des Antragsgegners vom 19.9.2012 wird angeordnet.

Der Antragsgegner trägt die Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen.

Der Streitwert wird für beide Rechtszüge auf 2.575,88 EUR festgesetzt.

Gründe:

Der Antragsteller begehrt vorläufigen Rechtsschutz gegen eine in einem Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren (Richtgrößenprüfung) verfügte Honorarrückforderung (Heilmittelregress).

Der Antragsteller nimmt seit 1.1.1990 als Orthopäde mit Vertragsarztsitz in S. an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Die Bezirksprüfungsstelle S. der Gemeinsamen Prüfungseinrichtungen B.-W. (Prüfungsstelle) führte beim Antragsteller für das Jahr 2008 eine Wirtschaftlichkeitsprüfung hinsichtlich der Verordnung von Heilmitteln aufgrund der Überschreitung des individuellen Richtgrößenvolumens des Klägers durch.

Mit Anhörungsschreiben vom 11.11.2010 teilte die Prüfungsstelle dem Antragsteller mit, man habe festgestellt, dass sein Heilmittelvolumen im Jahr 2008 sein individuelles Richtgrößenvolumen um mehr als 15% übersteige, ohne dass dies, soweit ersichtlich, durch Praxisbesonderheiten begründet sei. Die Heilmittelverordnungskosten hätten (nach Bereinigung um anerkannte Mehrkosten) insgesamt 316.651,10 EUR betragen und das Richtgrößenvolumen des Antragstellers (234.247,73 EUR) um 35,18% überschritten.

Unter dem 8.12.2010 trug der Antragsteller vor, ab 2008 habe die Zahl ambulant (bspw. an Kniegelenken und Sprunggelenken) operierter Patienten deutlich zugenommen. Diese hätten intensiv nachbehandelt werden müssen, u.a. mit Kontrolluntersuchungen, physikalischen Maßnahmen und Medikamenten, um baldmöglichst die Beweglichkeit und Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen. Dadurch würden Kosten für stationäre Behandlungen eingespart. Hinzukämen Patienten, die nach nur kurzer stationärer Behandlung eine Rehabilitationsmaßnahme meist aus beruflichen Gründen nicht durchführen könnten und ambulant (weiter-)behandelt werden müssten. Außerdem habe das Unfallgeschehen (Stürze, Stauchungen, Zerrungen) besonders bei älteren Patienten, die den Hauptteil seiner Patientenschaft ausmachten, deutlich zugenommen. Bei diesen bestehe nach Unfällen ein höherer Behandlungsbedarf als bei jungen Patienten. Er habe auch einen sehr großen Teil multimorbider Patienten, die häufig nicht medikamentös und deswegen physikalisch behandelt werden müssten.

Mit Schreiben vom 20.12.2010 unterbreitete die Prüfungsstelle dem Antragsteller ein Vergleichsangebot. Man habe einen Regress in Höhe von 23.841,55 EUR brutto bzw. 16.977,57 EUR beschlossen und biete an, diesen Betrag um die höchstzulässige Minderung von 20% zu ermäßigen (Regressbetrag 13.582,06 EUR). Der Antragsteller nahm das Vergleichsangebot nicht an.

Mit Prüfbescheid vom 20.12.2010 setzte die Prüfungsstelle gegen den Antragsteller einen Netto regress i. H. v. 16.977,57 EUR fest. Zur Begründung führte sie aus, gem. [§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1](#) i. V. m. [§ 106 Abs. 5a](#) und 84 Abs. 6 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) sei bei einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 15 % von Amts wegen eine Wirtschaftlichkeitsprüfung durchzuführen (Auffälligkeitsprüfung). Grundlage sei die zwischen der Beigeladenen Nr. 1 und den Landesverbänden der Krankenkassen abgeschlossene Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung für das Jahr 2008 vom 18.12.2007. Die danach für die Fachgruppe der Orthopäden maßgeblichen Richtgrößen (Mitglieder und Familienversicherte 43,06 EUR, Rentner 45,87 EUR) seien durch Rundschreiben vom 18.12.2007 bekannt

gegeben worden. Man habe vorab verschiedene Praxisbesonderheiten ohne regelhafte Indikationsprüfung definiert. Die Auswahl umfasse Indikationsschlüssel, die indikationsbezogen selten seien und in der Regel Verordnungskosten verursachten, die zu einer Überschreitung der Richtgrößen führten. Die entsprechenden Indikationsschlüssel habe man als Filter 4 bezeichnet und die darauf entfallenden Kosten (2.522,50 EUR) zu 100 % als Praxisbesonderheit berücksichtigt. Außerdem habe man Praxisbesonderheiten mit regelhafter Indikationsprüfung definiert. Diese Auswahl umfasse Indikationsschlüssel, die nach positiver Indikationsprüfung als Praxisbesonderheiten gewertet worden seien. Die entsprechenden Indikationsschlüssel habe man als Filter 5 bezeichnet und die darauf entfallenden Kosten (274,02 EUR) ebenfalls zu 100 % als Praxisbesonderheiten berücksichtigt. Zudem sei für ausgewählte Diagnosegruppen ein Mehrbedarf berücksichtigt worden, der sich aus der überdurchschnittlichen Häufigkeit von Verordnungen mit den unter Filter 6a1 bis 6a12 angeführten Indikationsschlüsseln errechne. Die Berechnung und Berücksichtigung eines etwaigen Mehraufwandes erfolge hierbei quartalsbezogen; dabei könne ein Versicherter im Laufe eines Jahres bis zu vier Rezeptfälle auslösen. Für die genannten Indikationsschlüssel seien die Kosten je Rezeptfall für die Vergleichsgruppe und für die Praxis des Antragstellers aufsummiert worden. Gleichzeitig habe man jeweils die Zahl der Rezeptfälle ermittelt sowie deren prozentualen Anteil an den Gesamtbehandlungsfallzahlen. Für die über dem Durchschnitt der Vergleichsgruppe hinausgehenden Rezeptfälle würden die durchschnittlichen Fallkosten des Antragstellers, höchstens die durchschnittlichen Fallkosten der Vergleichsgruppe als berechtigter Mehraufwand anerkannt. Die Gesamtkosten der mit den Filtern 4, 5 und 6a1 bis 6a12 berücksichtigten Praxisbesonderheiten betrügen 71.579,35 EUR. Diesen Betrag habe man für das Jahr 2008 um einen Sicherheitsaufschlag von 9,12 % (6.528,04 EUR) erhöht, den man ebenfalls vom Verordnungsvolumen abgezogen habe. Das beruhe darauf, dass 9,12 % der Verordnungskosten nicht oder nicht eindeutig einem Indikationsschlüssel hätten zugeordnet werden können. Das Heilmittelverordnungsvolumen des Antragstellers überschreite jedoch auch nach Abzug der genannten Kostenanteile das Richtgrößenvolumen noch um mehr als 25 %. Sie habe von Amts wegen geprüft, inwieweit Praxisbesonderheiten und/oder kompensatorische Einsparungen berücksichtigt werden könnten. Dabei sei auf der Grundlage der elektronisch übermittelten Daten festgestellt worden, dass die Honoraranforderung des Antragstellers im Durchschnitt des Jahres 2008 um 25,03 % unter dem Fachgruppendurchschnitt gelegen habe. Allerdings fehle ein kausaler Zusammenhang mit den überhöhten Heilmittelverordnungskosten, da die überwiegende Mehrheit der angesetzten Gebührenordnungsnummern keinen Einfluss auf hohe oder niedrigere Heilmittelverordnungskosten habe; die den Fachgruppendurchschnitt deutlich unterschreitende Honoraranforderung sei deshalb nicht zu berücksichtigen. Das danach neu errechnete Richtgrößenvolumen betrage 234.247,73 EUR, das um Praxisbesonderheiten bereinigte Verordnungsvolumen des Antragstellers betrage 316.651,21 EUR (Überschreitung 35,18 %). Weitere Praxisbesonderheiten bestünden nicht. Die verbleibenden (nicht bereits im Rahmen von Praxisbesonderheiten berücksichtigten) Krankheitsbilder unterschieden sich nicht wesentlich von den Krankheitsbildern einer durchschnittlichen orthopädischen Praxis. Nach abschließender Berücksichtigung der Zuzahlungen der Versicherten ergebe sich der endgültige Regressbetrag von 16.977,57 EUR.

Zur Begründung des dagegen eingelegten Widerspruchs trug der Antragsteller vor, gemäß [§ 106 Abs. 2 Satz 7 SGB V](#) sollten Richtgrößenprüfungen, die als Auffälligkeitsprüfung durchgeführt würden, in der Regel bei nicht mehr als 5 % der Ärzte einer Fachgruppe vorgenommen werden. Dem Bescheid der Prüfungsstelle sei nicht zu entnehmen, dass ein entsprechendes Auswahlverfahren stattgefunden habe. Sollten alle Orthopäden im Jahr 2008 einer Richtgrößenprüfung unterzogen worden sein, wäre das rechtswidrig. Außerdem würden im Prüfbescheid Auswahlkriterien nicht benannt und in der Prüfvereinbarung seien ein entsprechendes Auswahlverfahren und Auswahlkriterien nicht festgelegt. Der deswegen verfahrensfehlerhaft ergangene Regressbescheid sei auch nicht ausreichend begründet. Er enthalte Widersprüche und fehlerhafte Zahlen, weshalb die Berechnungen nicht nachvollzogen werden könnten. Die Verordnungskosten der Vergleichsgruppe und die einschlägigen Fallzahlen seien nicht angegeben. Die von ihm geltend gemachten Praxisbesonderheiten habe man nicht hinreichend gewürdigt. Die Prüfungsstelle habe mit ihrem Filtermodell eine rein schematische Prüfung vorgenommen und ihr Ermessen nicht richtig ausgeübt. Mit der Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten anhand von Durchschnittswerten der Prüfgruppe werde die zum 1.1.2004 abgeschaffte Durchschnittsprüfung der Sache nach wieder eingeführt. Das widerspreche auch der Prüfvereinbarung. Danach sei die Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise nach Durchschnittswerten vorzunehmen (§ 6 der Prüfvereinbarung), die Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Handlungsweise allerdings im Rahmen einer Richtgrößenprüfung im Wege der Auffälligkeitsprüfung (§ 8 Abs. 1 der Prüfvereinbarung). Ein Vergleich mit der Fachgruppe sei nicht vorgesehen. Die Quantifizierung der Praxisbesonderheiten müsse daher einzelfallbezogen nicht im Hinblick auf Werte der Vergleichsgruppe erfolgen. Andernfalls könnte er gerade besonders "teure" Patienten nicht mehr geltend machen und dementsprechend auch nicht mehr behandeln. Bei der Übernahme von Elementen einer statistischen Vergleichsprüfung müssten nach der Rechtsprechung auch alle Kriterien für eine zulässige Durchschnittsprüfung beachtet werden; u.a. müsse eine intellektuelle Prüfung der ermittelten Ergebnisse durch die Prüfgremien vorgenommen werden. Im Hinblick auf die strikte Filterprüfung sei auch das unterblieben. Bei Durchschnittsprüfungen erbringe außerdem erst die Überschreitung des offensichtlichen Missverhältnisses den Anscheinsbeweis der Unwirtschaftlichkeit. Regelmäßig werde das offensichtliche Missverhältnis bei einer Überschreitung der Durchschnittswerte um mehr als 40 % angesetzt. Vergleiche man den Vertragsarzt auch bei der Ermittlung der Praxisbesonderheiten immer nur mit den Verordnungskosten der Vergleichsgruppe, werde gleichsam in den wirtschaftlichen Bereich hinein gekürzt, da jede Wirtschaftlichkeitsprüfung eine gewisse Überschreitung der Werte der Vergleichsgruppe erlaube.

In der Sache sei der Berechnung des Richtgrößenvolumens im Jahr 2008 eine fehlerhafte Fallzahl zugrunde gelegt worden. Außerdem habe die Prüfungsstelle den berücksichtigungsfähigen Mehraufwand falsch berechnet und Praxisbesonderheiten zu Unrecht nicht berücksichtigt. Aus den Honorarbescheiden für 2008 gingen 5.378 Fälle und nicht (wie im Prüfbescheid) 5.355 Fälle hervor; das Richtgrößenvolumen müsse entsprechend erhöht werden. Der Sicherheitsabschlag sei ebenfalls unrichtig; würden 9,12 % der Verordnungskosten angesetzt, ergebe sich ein Abschlag von 36.001,98 EUR (nicht bzw. nicht eindeutig einem Indikationsschlüssel zuordenbarer Kosten) und nicht von nur 6.258,04 EUR. Die Praxisbesonderheiten seien nicht richtig in die Berechnung eingegangen, insbesondere habe man Patienten mit voraussichtlich hohem Heilmittelbedarf nicht ausreichend berücksichtigt. Er führe die Zusatzbezeichnung Chirotherapie. Deswegen erbringe er bestimmte Behandlungen häufiger als die Vergleichsgruppe (u.a. chirotherapeutische Eingriffe an der Wirbelsäule). Entsprechendes gelte für Behandlungen wegen der Zusatzbezeichnung Sportmedizin und physikalische Therapie. Wegen dieser Behandlungen werde er vermehrt konsultiert. Seine Praxis liege in der Stadtmitte, weswegen ihn viele Büroangestellte als Akutpatienten aufsuchten. Schließlich seien die kompensatorischen Einsparungen unzureichend ermittelt worden. Seine Praxis habe einen Behandlungsschwerpunkt bei Osteoporose-Patienten. Fast 60 % seiner Patienten litten unter dieser Erkrankung, die er nur bei absoluter Notwendigkeit mit Medikamenten versorge. Er setze vorrangig chirotherapeutische Mobilisierungen und physiotherapeutische Maßnahmen ein, um Schmerzfreiheit zu erreichen. Dadurch ergäben sich kompensatorische Einsparungen bei teuren Arzneimitteln. Deswegen habe er sein Richtgrößenvolumen im Bereich der Arzneimittel in allen Quartalen des Jahres 2008 unterschritten (insgesamt 2,17 %). Er verordne deutlich weniger Osteoporosemedikamente als die Fachgruppe. Aus seinen Aufzeichnungen ergebe sich, dass im Jahr 2008 bei 922 Patienten wegen der Heilmittelverordnungen auf

eine medikamentöse Therapie habe verzichtet werden können. Auch die deutlich unterdurchschnittliche Honoraranforderung (25,03 % unter dem Fachgruppendurchschnitt) hänge mit der Überschreitung des Heilmittelverordnungsvolumens zusammen. Das niedrigere Honorar verdeutliche seine wirtschaftliche Behandlungsweise; es folge nicht aus unterdurchschnittlichen Fallzahlen, sondern aus deutlich niedrigeren Fallwerten als bei der Vergleichsgruppe. Das gelte auch für postoperative Behandlungen, obgleich er auch Chirurg sei und ambulante Operationen vornehmen dürfe. Er lege freilich ein besonderes Augenmerk auf die konservative Therapie.

Die Beigeladene Nr. 1 trug vor, offenbar habe der Prüfungsausschuss in den Jahren 2006 und 2007 noch berücksichtigte Praxisbesonderheiten im Kalenderjahr 2008 nicht mehr berücksichtigt. Im Prüfbescheid für 2006 seien Einsparungen bei der Arzneimittelverordnung angerechnet worden. Gleichzeitig habe man für die deutlich unterdurchschnittliche Fallzahl (minus 20,2 %) einen Aufschlag von 20% auf die Richtgröße vorgenommen. Im Bescheid für 2007 habe man im Hinblick auf kostenintensive Patienten aufgrund postoperativer Behandlung bzw. ambulanter Operationen einen Zuschlag auf die Richtgröße von 25 % gewährt. Das fehle im Bescheid für 2008 ebenfalls. Problematisch sei auch, dass durch die Berechnungsmethode der unterschiedlichen Filter in den wirtschaftlichen Mehraufwand regressiert werde. Bei korrekter Berücksichtigung aller Praxisbesonderheiten hätte sich ein Regressbetrag sicherlich nicht ergeben.

Am 27.6.2012 führte der Antragsgegner eine mündliche Verhandlung durch, in der ein widerruflicher Vergleich (Widerrufsfrist bis 12.7.2012) abgeschlossen wurde. Der Regressbetrag wurde auf 8.241,95 EUR vermindert.

Unter dem 6.7.2012 wies der Antragsteller darauf hin, dass durch Änderung des [§ 106 Abs. 5e SGB V](#) der Grundsatz "Beratung vor Regress" - rückwirkend - eingeführt werden solle, weshalb vorliegend ein Regress nicht stattfinden dürfe. Am 12.7.2012 widerrief der Antragsteller den in der mündlichen Verhandlung des Antragsgegners vom 27.6.2012 geschlossenen Vergleich.

Mit Widerspruchsbescheid vom 19.9.2012 half der Antragsgegner dem Widerspruch des Antragstellers teilweise ab und verminderte den Regressbetrag unter Berücksichtigung des Minderaufwands in der Physikalischen Therapie von 9.372,32 EUR auf 10.303,54 EUR. Im Übrigen wies er den Widerspruch zurück. Zur Begründung wurde ausgeführt, die Praxis des Antragstellers habe 2008 5.378 kurative Fälle aufgewiesen, wovon 5.355 von der Verordnungsstatistik Heilmittel nach Richtgrößen erfasst worden seien; die Differenz beruhe auf der Nichterfassung der bei einer AOK oder LKK außerhalb von B.-W. versicherten Patienten. Man habe die Heilmittelverordnungskosten (brutto) des Antragstellers mit dem praxisindividuellen Richtgrößenvolumen verglichen, das sich aus der Multiplikation der Fallzahlen mit den geltenden Richtgrößenvolumen für Orthopäden im Jahr 2008 ergebe. Ermittelt worden seien die folgenden Werte:

Jahreswert 2008 Fallzahl Richtgröße je Fall in EUR Richtgrößenvolumen in EUR Verordnungsvolumen in EUR Abweichung gesamt in % M/F
4.052 43,06 174.479,12 292.146,67 67,44 R 1.303 45,87 59.768,61 102.611,93 71,68 Gesamt 5.355 234.247,73 394.758,60 68,52

Nach Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten und Sicherheitszuschlägen ergäben sich folgende Werte: Verordnungskosten insgesamt 394.758,60 EUR Praxisbesonderheit Filter 4 2.522,50 EUR Praxisbesonderheit Filter 5 274,02 EUR Praxisbesonderheit Filter 6a 68.782,83 EUR Sicherheitszuschlag nicht zuordnungsfähige IS 6.528 EUR Verordnungskosten gesamt abzüglich o.g. Besonderheiten 316.651,21 EUR Richtgrößenvolumen gesamt 234.247,73 EUR Abweichung 82.403,48 EUR Abweichung in % 35,18

Der Antragsteller habe 2008 das Richtgrößenvolumen für Orthopäden um 68,52 % überschritten, was i. S. d. [§ 106 Abs. 2 Satz 1, Abs. 5a SGB V](#) eine statistische Auffälligkeit begründe und eine Prüfung von Amts wegen zur Folge habe. Man selektiere vorab, welche Praxen einer Prüfung unterzogen würden und begrenze die Prüfung auf (regelmäßig) nicht mehr als 5 % der Praxen der Fachgruppe. Hier hätten allerdings 73 von 465 orthopädischen Praxen (15,70 %) die Richtgrößen um mehr als 15 % überschritten. Gleichwohl seien nur bei 10 Praxen Prüfverfahren eingeleitet worden, weshalb die gesetzliche Begrenzung der Prüfverfahren auf regelmäßig 5 % der Praxen einer Fachgruppe gewahrt worden sei. Hinsichtlich der Zusatzqualifikationen des Antragstellers habe man an Hand der Leistungsstatistiken festgestellt, dass (bspw.) ambulante Operationen nur eine untergeordnete Rolle im Leistungsangebot des Antragstellers gespielt hätten und deswegen keine Praxisbesonderheit begründeten. Die Fallzahlen des Antragstellers lägen nur um 8,45 % und damit geringfügig unter den Fallzahlen seiner Fachgruppe. Kostenintensive Fälle wirkten sich aber nur bei deutlich unterdurchschnittlichen Fallzahlen auf das Heilmittelverordnungsvolumen aus; das werde bei einer Unterschreitung der Durchschnittsfallzahl ab 50% angenommen. Auch der Rentneranteil liege beim Antragsteller (im Jahr 2008) unter dem Fachgruppendurchschnitt (minus 20,13 %). Damit begründeten weder die Praxisgröße noch die Altersstruktur eine Praxisbesonderheit. Kompensatorische Einsparungen gebe es bei der Arzneimittelverordnung nicht, da auch hier das Richtgrößenvolumen überschritten worden sei (plus 3,34 %, 1.580,80 EUR). Der Minderaufwand beim (Gesamt-)Honorar (minus 25,03 %, 9.708,81 EUR) könne den Heilmittelkosten nicht zugeordnet und deswegen nicht kompensatorisch berücksichtigt werden. Der Antragsteller habe ersichtlich zu viele passive Heilmittelverordnungen, insbesondere für Massagen und Wärmetherapie, ausgestellt, für einzelne Patienten teilweise mehrfach am Tag oder in der Woche. Angezeigt wären mehr aktive Therapiemaßnahmen, wie Krankengymnastik, gerade bei den vom Antragsteller angeführten Büroangestellten; dies werde dem Antragsteller zur Vermeidung künftiger Prüfungen empfohlen. Postoperative Behandlungen begründeten keine Praxisbesonderheit, da diese im Jahr 2008 unterdurchschnittlich erbracht worden seien. Man habe die von der Beigeladenen Nr. 1 monierte Berechnungsmethode der Filter überprüft und für korrekt befunden. Auch der Sicherheitszuschlag von 9,12 % sei zutreffend berechnet worden, da die nicht zuordenbaren Indikationsschlüssel nur auf die als Praxisbesonderheit zu berücksichtigenden Indikationen zu beziehen seien. Nach alledem errechne sich ein Regressbetrag von (noch) 10.303,54 EUR. Die Regelung des [§ 106 Abs. 5e SGB V](#) über den Vorrang der Beratung werde nicht rückwirkend angewandt, da bereits zwei bestandskräftige Prüfentscheidungen (Regressbescheide) für 2006 und 2007 vorlägen und damit ein Regress nicht erstmals festgesetzt werde. Der Widerspruchsbescheid wurde dem Antragsteller am 20.9.2012 zugestellt.

Am (Montag, dem) 22.10.2012 hat der Antragsteller Klage beim Sozialgericht Stuttgart erhoben, über die noch nicht entschieden ist (Verfahren [S 11 KA 5773/12](#)). Außerdem suchte er um vorläufigen Rechtsschutz nach.

Zur Begründung der Klage und des Antrags auf vorläufigen Rechtsschutz hat der Antragsteller vorgetragen, die Klage stütze sich auf die Einführung des Grundsatzes "Beratung vor Regress" durch [§ 106 Abs. 5e SGB V](#) zum 1.1.2012. Da bis dahin ein Beschluss des Antragsgegners noch nicht vorgelegen habe, gelte dieser Grundsatz auch hier (rückwirkend). Vor dem Prüfungszeitraum 2008 sei er nicht beraten worden. Er habe zwar schon vor dem Jahr 2008 (in den Jahren 2006 und 2007) das Richtgrößenvolumen um mehr als 25 % überschritten. Das Prüfverfahren für 2006 sei jedoch erst im Dezember 2008, das Prüfverfahren für 2007 erst im Dezember 2009 und damit

nach bzw. mit dem Prüfverfahren für 2008 eingeleitet worden. Beide vorausgegangene Verfahren hätten nicht mit einer Beratung, sondern mit einem Regress geendet. Gem. [§ 106 Abs. 5e SGB V](#) sei ein Regress aber frühestens für den Prüfzeitraum nach erfolgter Beratung zulässig. Nach der Gesetzesbegründung scheidet die Festsetzung eines Regressbetrags für Prüfzeiträume aus, die vor der tatsächlichen Beratung lägen. Die Vollstreckung des Regressbetrags gefährde seine Praxis zwar nicht wirtschaftlich, allerdings wäre die Liquidität vorübergehend deutlich beeinträchtigt.

Der Antragsgegner hat vorgetragen, die Prüfverfahren für 2006 und 2007 seien mit der Festsetzung von Regressbeträgen i. H. v. 5.433,04 EUR bzw. 9.038,46 EUR (bestandskräftig) abgeschlossen worden (Bescheide vom 16.12.2008 und 18.12.2009). Hinsichtlich des Jahres 2007 habe der Antragsteller einen Vergleich (Regressbetrag noch 7.230,77 EUR) akzeptiert. Mit den Prüfbescheiden für 2006 und 2007 habe der Antragsteller auch die notwendige Beratung erhalten. Die Neuregelung des [§ 106 Abs. 5e SGB V](#) solle Ärzte vor Regressen schützen, die noch keine Beratung erhalten hätten und gegen die auch noch kein Regress festgesetzt worden sei und die deswegen auf die Wirtschaftlichkeit ihrer Verordnungsweise vertraut hätten. Bei erstmaliger Überschreitung der Richtgröße sollten sie nicht sogleich mit einem Regress überzogen werden. Dem Antragsteller sei die Unwirtschaftlichkeit seiner Verordnungsweise freilich wegen der Prüfbescheide für 2006 und 2007 bewusst gewesen.

Der Antragsteller hat zuletzt eingewandt, die für die Jahre 2006 und 2007 ergangenen Prüfbescheide hätten jeweils einen Regress festgesetzt und könnten daher nicht als Beratung eingestuft werden. Er sei in den genannten Bescheiden nicht darüber aufgeklärt worden, wie eine wirtschaftliche Verordnungsweise erreicht werden könne. Ein Erstattungsbetrag dürfe bei künftiger Überschreitung der Richtgrößen erstmals für den Prüfzeitraum nach der Beratung festgesetzt werden. Außerdem seien ihm die Regressbescheide für 2006 und 2007 erst im Dezember 2008 bzw. im Dezember 2009 zugegangen, also nach Ablauf des hier streitigen Prüfzeitraums (2008); sie hätten sein Verordnungsverhalten im Jahr 2008 daher nicht mehr beeinflussen können.

Mit Beschluss vom 10.12.2012 lehnte das Sozialgericht die Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage des Antragstellers gegen den Widerspruchsbescheid des Antragsgegners vom 19.9.2012 ab. Zur Begründung führte es aus, der angefochtene Bescheid sei nicht offensichtlich rechtswidrig. Der Antragsteller berufe sich auf die zum 1.1.2012 eingeführte Vorschrift in [§ 106 Abs. 5e SGB V](#). Danach erfolge abweichend von [§ 106 Abs. 5e Satz 3 \(Regress\)](#) bei einer erstmaligen Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 % eine individuelle Beratung gem. [§ 106 Abs. 5a Satz 1 SGB V](#). Ein Erstattungsbetrag könne bei künftiger Überschreitung erstmals für den Prüfzeitraum nach der Beratung festgesetzt werden. Diese Regelung solle nach der Gesetzesbegründung ([BT-Drs. 17/10156 S. 95](#)) ab Inkrafttreten am 1.12.2012 für alle laufenden Verfahren der Prüfungsgremien gelten, auch soweit sie - wie hier - bereits vergangene Prüfzeiträume betreffen. Die Voraussetzungen der genannten Vorschrift seien jedoch nicht erfüllt. [§ 106 Abs. 5e SGB V](#) ordne den Vorrang der Beratung nur bei einer erstmaligen Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 % an. Daran fehle es, weil ein Regress gegen den Antragsteller schon für die Jahre 2006 und 2007 (bestandskräftig) festgesetzt worden sei; der Antragsteller habe das Richtgrößenvolumen daher schon zum dritten Mal überschritten. Unerheblich sei, ob die Regressbescheide für 2006 und 2007 (auch) als (rechtzeitige) Beratung i. S. d. [§ 106 Abs. 5e SGB V](#) eingestuft werden könnten. Eine unbillige Härte drohe dem Antragsteller bei Vollziehung des Regressbescheids nicht. Dass die Liquidität der Praxis nicht mehr gewährleistet werden könnte, habe der Antragsteller nicht substantiiert dargelegt.

Auf den ihm am 12.12.2012 zugestellten Beschluss hat der Antragsteller am (Montag, dem) 14.1.2013 Beschwerde eingelegt. Er trägt ergänzend vor, nach [§ 106 Abs. 5e SGB V](#) müsse zunächst eine Beratung erfolgen. Erst danach sei die Festsetzung eines Regressbetrags zulässig. Ob das Richtgrößenvolumen bereits in der Vergangenheit überschritten worden sei, sei unerheblich. Außerdem habe er bis Dezember 2008 (Ergehen des Regressbescheids für 2006) nicht um die Unwirtschaftlichkeit seiner Verordnungsweise gewusst und sein Verordnungsverhalten im Prüfzeitraum daher nicht ändern können. Die Festsetzung eines Erstattungsbetrags für Prüfzeiträume vor der Beratung scheidet aus, weil [§ 106 Abs. 5e SGB V](#) bezwecke, einer wiederholten Überschreitung des Richtgrößenvolumens durch individuelle Beratung vorzubeugen und dies nur mit der Möglichkeit zur Anpassung des Verordnungsverhaltens in den nachfolgenden Prüfzeiträumen erreicht werden könne (so [BT-Drs. 17/10156 S. 95](#)). Daher müsse, unabhängig davon, ob eine erstmalige Richtgrößenüberschreitung in Rede stehe, stets zuerst eine Beratung erfolgen. Außerdem wäre bei Vollstreckung des Regressbetrags zwar nicht die Existenz der Praxis, jedoch die Liquidität vorübergehend nicht mehr gesichert.

Der Antragsteller beantragt sinngemäß,

den Beschluss des Sozialgerichts Stuttgart vom 10.12.2012 aufzuheben und die aufschiebende Wirkung seiner Klage gegen den Widerspruchsbescheid des Antragsgegners vom 19.9.2012 anzuordnen.

Der Antragsgegner beantragt,

die Beschwerde zurückzuweisen.

Die übrigen Beteiligten stellen keinen Antrag.

Der Antragsgegner hält den angefochtenen Beschluss für zutreffend.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten des Antragsgegners, des Sozialgerichts und des Senats Bezug genommen.

II. Die Beschwerde des Antragstellers ist gem. [§§ 172 ff. Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) statthaft, insbesondere nicht gem. [§ 172 Abs. 3 Nr. 1 SGG](#) ausgeschlossen, und auch sonst zulässig. Sie ist auch begründet. Dem Antragsteller ist vorläufiger Rechtsschutz gegen den im Widerspruchsbescheid des Antragsgegners vom 19.9.2012 verfügten Regress zu gewähren.

1.) Vorläufiger Rechtsschutz ist hier gem. [§ 86b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG](#) statthaft. Nach dieser Vorschrift kann das Gericht der Hauptsache in den Fällen, in denen Widerspruch oder Anfechtungsklage keine aufschiebende Wirkung haben, die aufschiebende Wirkung ganz oder teilweise anordnen. Die aufschiebende Wirkung ([§ 86a Abs. 1 SGG](#)) der Klage des Antragstellers gegen den im Widerspruchsbescheid vom

19.9.2012 festgesetzten Regress hat gem. [§ 106 Abs. 5a Satz 11 SGB V](#) keine aufschiebende Wirkung. Die gerichtliche Anordnung der aufschiebenden Wirkung setzt in der Sache voraus, dass das Aufschubinteresse des Betroffenen (Klägers bzw. Antragstellers) das Interesse der Allgemeinheit oder eines Beteiligten an der sofortigen Vollziehung überwiegt. In den Fällen, in denen, wie hier, die aufschiebende Wirkung gesetzlich ausgeschlossen ist ([§ 106 Abs. 5a Satz 11 SGB V](#), vgl. auch [§ 106 Abs. 5 Satz 7 SGB V](#) zur Honorarkürzung auf Grund von Durchschnittsprüfungen), geht der Gesetzgeber vom grundsätzlichen Vorrang des Vollziehungsinteresses aus. Hinsichtlich der Anforderung von Beiträgen, Umlagen und sonstigen öffentlichen Abgaben ([§ 86a Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)) soll die Aussetzung der Vollziehung - gem. [§ 86a Abs. 3 Satz 2 SGG](#) durch die Verwaltung - daher nur dann erfolgen, wenn ernstliche Zweifel an der Rechtmäßigkeit des angefochtenen Verwaltungsaktes bestehen oder die Vollziehung für den Abgaben- oder Kostenpflichtigen eine unbillige, nicht durch überwiegende öffentliche Interessen gebotene Härte zur Folge hätte. Diese Maßstäbe gelten entsprechend für die Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes durch die Gerichte in Beitrags-, Umlage- oder (sonstigen) Abgabensachen. Der Senat zieht sie auch für die Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes gegen Honorarkürzungen bzw. die Anforderung eines Erstattungsbetrags nach einer Wirtschaftlichkeitsprüfung ([§ 106 SGB V](#)) heran (vgl. auch etwa LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 31.8.2011, - [L 11 KA 24/11 B ER](#) -; BSG, Beschl. v. 29.8.2011, - [B 6 KA 18/11 R](#) -). Ernstliche Zweifel i. S. d. [§ 86a Abs. 3 Satz 2](#) 1. Alt. SGG liegen vor, wenn der Erfolg des in der Hauptsache eingelegten Rechtsbehelfs wahrscheinlicher ist als ein Misserfolg (vgl. Senatsbeschluss vom 19.7.2010, - [L 5 KR 1153/10 ER-B](#) - m. w. N.). Die Härteklausele des [§ 86a Abs. 3 Satz 2](#) 2. Alt. SGG stellt auf die Erfolgsaussichten im Hauptsacheverfahren nicht ab; bei ihr handelt es sich um eine Ausprägung des verfassungsrechtlichen bzw. grundrechtlichen Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes. Das Gericht muss im Übrigen immer bedenken, welche nachteiligen Folgen dem Antragsteller aus der sofortigen Vollziehung des Verwaltungsakts, vor allem für seine grundrechtlich geschützten Rechtspositionen erwachsen und ob bzw. wie diese ggf. rückgängig gemacht werden können. Der Rechtsschutzanspruch ([Art. 19 Abs. 4 GG](#)) darf gegenüber dem (auch gesetzlich vorgegebenen) öffentlichen Interesse am Sofortvollzug einer Maßnahme umso weniger zurückstehen, je schwerwiegender die auferlegte Belastung ist und je mehr die Maßnahmen der Verwaltung Unabänderliches bewirken (vgl. BVerfG, Beschl. v. 27.10.2009, - [1 BvR 1876/09](#) -).

Die Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes durch die Gerichte setzt nicht voraus, dass zunächst erfolglos ein Antrag auf Aussetzung der Vollziehung des Verwaltungsakts bei der Behörde gestellt worden ist (a. A. LSG Land Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 31.8.2011, - [L 11 KA 24/11 B ER](#) - gegen BSG, Ur. v. 17.1.2007, - [B 6 KA 4/07 R](#) -).

2.) Danach muss die Beschwerde des Antragstellers Erfolg haben. Bei der im vorläufigen Rechtsschutzverfahren allein möglichen summarischen Prüfung der Sach- und Rechtslage erscheint ernstlich zweifelhaft, ob es im Hauptsacheverfahren bei dem im Widerspruchsbescheid des Antragsgegners vom 19.9.2012 (als alleinigem Klagegegenstand - BSG, Ur. v. 14.5.1997, - [6 RKA 63/95](#) -) festgesetzten Regress (Erstattungsbetrag) bleiben wird. Die Festsetzung eines Regresses dürfte mit dem in [§ 106 Abs. 5e SGB V](#) geregelten Grundsatz "Beratung vor Regress" voraussichtlich nicht vereinbar sein.

Rechtsgrundlage des vom Antragsgegner verfügten Regresses ist [§ 84 Abs. 6](#) und 8 SGB V i. V. m. [§ 106 Abs. 5a SGB V](#) und der für 2008 maßgeblichen Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung vom 18.12.2007. Gem. [§ 84 Abs. 6 SGB V](#) vereinbaren die Vertragspartner zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung für das auf das Kalenderjahr bezogene Volumen der je Arzt verordneten Arznei- und Verbandmittel (Richtgrößenvolumen) arztgruppenspezifische fallbezogene Richtgrößen als Durchschnittswerte unter Berücksichtigung der nach [§ 84 Abs. 1 SGB V](#) getroffenen Arzneimittelvereinbarung, erstmals bis zum 31. März 2002. Zusätzlich sollen die Vertragspartner die Richtgrößen nach altersgemäß gegliederten Patientengruppen und darüber hinaus auch nach Krankheitsarten bestimmen. Die Richtgrößen leiten den Vertragsarzt bei seinen Entscheidungen über die Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot. Die Überschreitung des Richtgrößenvolumens löst eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach [§ 106 Abs. 5a SGB V](#) unter den dort genannten Voraussetzungen aus. [§ 84 Abs. 6 SGB V](#) ist für Heilmittel unter Berücksichtigung der besonderen Versorgungs- und Abrechnungsbedingungen im Heilmittelbereich entsprechend anzuwenden. Gem. [§ 106 Abs. 5a SGB V](#) werden Beratungen ([§ 106 Abs. 1a SGB V](#)) bei Überschreitung der Richtgrößenvolumen nach [§ 84 Abs. 6](#) und 8 SGB V durchgeführt, wenn das Verordnungsvolumen eines Arztes in einem Kalenderjahr das Richtgrößenvolumen um mehr als 15 % übersteigt und auf Grund der vorliegenden Daten die Prüfungsstelle nicht davon ausgeht, dass die Überschreitung in vollem Umfang durch Praxisbesonderheiten begründet ist (Vorab-Prüfung). Bei einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 % hat der Vertragsarzt nach Feststellung durch die Prüfungsstelle den sich daraus ergebenden Mehraufwand den Krankenkassen zu erstatten, soweit dieser nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist ([§ 106 Abs. 5a Satz 3 SGB V](#)). Die Prüfungsstelle soll vor ihren Entscheidungen und Festsetzungen auf eine entsprechende Vereinbarung mit dem Vertragsarzt hinwirken, die eine Minderung des Erstattungsbetrages um bis zu einem Fünftel zum Inhalt haben kann. Die in Absatz 2 Satz 4 genannten Vertragspartner bestimmen in Vereinbarungen nach Absatz 3 die Maßstäbe zur Prüfung der Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten.

Für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Richtgrößenvolumina (Richtgrößenprüfung) hat der Gesetzgeber zum 1.1.2012 den Grundsatz "Beratung vor Regress" eingeführt. Gem. [§ 106 Abs. 5e SGB V](#) (i. d. F. des Gesetzes v. 22.12.2011, [BGBl I S. 2983](#), vgl. Art. Nr. 38d) erfolgt abweichend von [§ 106 Abs. 5a Satz 3 SGB V](#) bei einer erstmaligen Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 Prozent eine individuelle Beratung nach [§ 106 Abs. 5a Satz 1 SGB V](#). Ein Erstattungsbetrag kann bei künftiger Überschreitung erstmals für den Prüfzeitraum nach der Beratung festgesetzt werden. Dies gilt entsprechend, wenn ein Vertragsarzt die ihm angebotene Beratung abgelehnt hat. Im Rahmen der Beratung nach Satz 1 können Vertragsärzte in begründeten Fällen eine Feststellung der Prüfungsstelle über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten beantragen. Eine solche Feststellung kann auch beantragt werden, wenn zu einem späteren Zeitpunkt die Festsetzung eines Erstattungsbetrags nach [§ 106 Abs. 5a SGB V](#) droht.

Die Beratung nach [§ 106 Abs. 5e SGB V](#) hat nicht nur Warnfunktion. Sie soll vielmehr das ärztliche Ordnungsverhalten steuern und dafür sorgen, dass der Arzt künftig wirtschaftlich handelt und Regresse nach einer Richtgrößenprüfung deshalb vermieden werden. Das tritt in der Begründung zum Entwurf des [§ 106 Abs. 5e Satz 7 SGB V](#) klar hervor. Danach soll der Grundsatz "Beratung vor Regress" ab dem 1.1.2012 für alle zu diesem Zeitpunkt laufenden und nachfolgenden Verfahren der Prüfungsgremien - auch soweit sie zurückliegende Prüfzeiträume betreffen - gelten. Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss können seitdem keinen Erstattungsbetrag mehr festsetzen, wenn nicht zu dem früheren Prüfzeitraum die gesetzlich vorgeschriebene individuelle Beratung der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes erfolgt ist. Insoweit haben die Prüfungsgremien das zum Zeitpunkt ihrer abschließenden Entscheidung geltende Recht anzuwenden. Zudem scheidet die Festsetzung eines Erstattungsbetrages für Prüfzeiträume aus, die vor der tatsächlichen Beratung liegen, weil der Zweck der Vorschrift, einer wiederholten Überschreitung des Richtgrößenvolumens durch individuelle Beratung vorzubeugen, nur mit der Möglichkeit zur Anpassung des Ordnungsverhaltens in den nachfolgenden Prüfzeiträumen erreicht werden kann ([BT-Drs. 17/10156 S. 95](#)).

Gem. [§ 106 Abs. 5e Satz 7 SGB V](#) - eingeführt mit Wirkung vom 26.10.2012 durch Gesetz vom 19.10.2012 ([BGBl I S. 2192](#) vgl. Art. 12b Nr. 3) - gilt [§ 106 Abs. 5e SGB V](#) auch für Verfahren, die am 31. Dezember 2011 noch nicht abgeschlossen waren. Der Gesetzgeber wollte, wie (ebenfalls) aus den zuvor wiedergegebenen Gesetzesmaterialien hervorgeht - mit [§ 106 Abs. 5e Satz 7 SGB V](#) (nur) klarstellen, dass der in [§ 106 Abs. 5e SGB V](#) für die Richtgrößenprüfung (entgegen der bisherigen Rechtsprechung, vgl. etwa BSG, Urt. v. 28.4.2004, - [B 6 KA 24/03 R](#) -) verankerte Grundsatz "Beratung vor Regress" auch für bei Inkrafttreten des [§ 106 Abs. 5e SGB V](#) zum 1.1.2012 noch nicht abgeschlossene Richtgrößenprüfungen gelten soll. Dabei wird man unter "Verfahren" i. S. d. [§ 106 Abs. 5e Satz 7 SGB V](#) das Verwaltungsverfahren und nicht etwa ein sich daran anschließendes Gerichtsverfahren und hinsichtlich des Verwaltungsverfahrens auch das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss und nicht nur das vor der Prüfungsstelle zu verstehen haben. Das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss gilt als Vorverfahren i. S. d. [§ 78 SGG](#) (vgl. [§ 106 Abs. 5 Satz 6 SGB V](#)); es schließt das Verwaltungsverfahren mit dem Widerspruchsbescheid, der allein Gegenstand eines nachfolgenden Klageverfahrens ist, ab. Auch in der Begründung zum Entwurf des [§ 106 Abs. 5e Satz 7 SGB V](#) ist ausgeführt, dass die Neuregelung (des Grundsatzes "Beratung vor Regress") für ein bereits vor dem Inkrafttreten abgeschlossenes Widerspruchsverfahren nicht gelten soll, auch wenn eine Klage gegen die Entscheidung des Beschwerdeausschusses noch anhängig ist ([BT-Drs. 17/10156, S. 95](#)).

Davon ausgehend wird der gegen den Antragsteller verhängte Regress aller Voraussicht nach schon aus formalen Gründen wegen des Grundsatzes "Beratung vor Regress" ([§ 106 Abs. 5e SGB V](#)) nicht bestehen bleiben können, weshalb die aufschiebende Wirkung der dagegen erhobenen Klage anzuordnen ist. [§ 106 Abs. 5e SGB V](#) ist vorliegend anzuwenden, da eine Richtgrößenprüfung in Rede steht und das Verfahren i. S. d. [§ 106 Abs. 5e Satz 7 SGB V](#) am 31.12.2011 noch nicht abgeschlossen war; der Widerspruchsbescheid des Antragsgegners erging erst unter dem 19.9.2012.

Vor Erlass des angefochtenen Bescheids hat eine individuelle Beratung des Antragstellers i. S. d. [§ 106 Abs. 5e SGB V](#) zur Wirtschaftlichkeit seines Heilmittelverordnungsverhaltens nicht stattgefunden. Die Regressbescheide für 2006 und 2007 stellen eine Beratung nach [§ 106 Abs. 5e SGB V](#) nicht dar. [§ 105 Abs. 5e Satz 1 SGB V](#) nimmt für die verlangte individuelle Beratung über [§ 105 Abs. 5a Satz 1 SGB V](#) letztendlich auf [§ 106 Abs. 1a SGB V](#) Bezug. Diese Vorschrift legt inhaltliche Vorgaben für die Beratung der Vertragsärzte fest. Danach berät die Prüfungsstelle die Vertragsärzte auf der Grundlage von Übersichten über die von ihnen im Zeitraum eines Jahres oder in einem kürzeren Zeitraum erbrachten oder veranlassten Leistungen über Fragen der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung. Diesen Anforderungen werden die Begründungen von Regressbescheiden regelmäßig nicht gerecht; das gilt auch für die gegen den Antragsteller für 2006 und 2007 ergangenen Regressbescheide vom 16.12.2008 und 18.12.2009. Diese könnten außerdem die mit der Beratung nach [§ 106 Abs. 5e SGB V](#) verfolgte Verhaltenssteuerung nicht mehr bewirken, da auch der zuerst ergangene Bescheid für 2006 erst im Dezember 2008 erlassen worden ist, als das hier streitige Prüffahr 2008 praktisch verstrichen war.

Angesichts der Zielsetzung des [§ 106 Abs. 5e SGB V](#) wird man dem Antragsteller auch nicht entgegenhalten können, er habe das Richtgrößenvolumen im Jahr 2008 nicht zum ersten Mal i. S. d. [§ 106 Abs. 5e Satz 1 SGB V](#), sondern zum dritten Mal, überschritten. Die Konzeption des [§ 106 Abs. 5e SGB V](#) mit dem zum 1.1.2012 neu eingeführten Grundsatz "Beratung vor Regress" sieht vor, dass der Arzt, der mit seinem Ordnungsverhalten die Richtgrößen überschreitet, - jetzt (ab 1.1.2012) - zuerst nach näherer Maßgabe des [§ 106 Abs. 1a SGB V](#) beraten werden muss. Ein Regress darf erst dann festgesetzt werden, wenn er in einem weiteren Prüfzeitraum nach erfolgter (oder abgelehnter) Beratung i. S. d. [§ 106 Abs. 5e SGB V](#) i. V. m. [§ 106 Abs. 1a SGB V](#) die Richtgrößen erneut überschreitet. Für diesen dem Grundsatz "Beratung vor Regress" zugrunde liegenden Verfahrensgang ist es unerheblich, ob die Richtgrößen in der Vergangenheit (ggf. bereits mehrfach) überschritten wurden und deswegen Regressbescheide, die den Anforderungen an eine Beratung nach [§ 106 Abs. 1a SGB V](#) nicht gerecht werden, ergangen waren. Als erstmalige Überschreitung des Richtgrößenvolumens i. S. d. (neuen) [§ 106 Abs. 5e Satz 1 SGB V](#) wird diejenige Überschreitung anzusehen sein, auf die erstmals die in der genannten Vorschrift geforderte Beratung stattfindet. Im Hinblick darauf wäre der Antragsteller wegen der (auch) für 2008 festgestellten Überschreitung des Richtgrößenvolumens jetzt zunächst nach näherer Maßgabe des [§ 106 Abs. 1a SGB V](#) darüber zu beraten gewesen, wie er sein Heilmittelverordnungsverhalten wirtschaftlich gestalten kann. Ein Regress käme erst in Betracht, wenn er nach einer solchen Beratung künftig das Richtgrößenvolumen erneut um mehr als 25 % überschreiten würde.

3.) Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Es entspricht nicht der Billigkeit, dem Antragsgegner auch die außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen aufzuerlegen, da diese (insbesondere) Sachanträge nicht gestellt und damit ein Prozessrisiko nicht übernommen haben ([§§ 154 Abs. 3, 162 Abs. 3 VwGO](#)).

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§§ 53 Abs. 3 Nr. 4, 52 Abs. 1 GKG](#). Maßgeblich ist ein Viertel des Nachforderungsbetrags von 10.303,54 EUR (Senatsbeschluss vom 14.2.2007, - [L 5 KR 2854/06 W-A](#) -).

Dieser Beschluss ist unanfechtbar ([§ 177 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-02-22