L 12 KA 109/00

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 39 KA 946/00
Datum
06.06.2000
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 12 KA 109/00
Datum
10.10.2001
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 6. Juni 2000 wird zurückgewiesen.
II. Die Kläger haben dem Beklagten die Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten wegen des von dem Beklagten festgesetzten Arzneikostenregresses in Höhe von 15.748,19 DM.

Die Kläger sind als Allgemeinarzt/praktische Ärztin in W. niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

Laut Gesamtübersicht behandelten die Kläger im 2. Quartal 1998 2.039 Patienten, die bei den gesetzlichen Krankenkassen versichert waren. Mit einer Fallzahl pro Arzt in Höhe von 1.020 Patienten wurde die Fallzahl der Vergleichsgruppe 80/3 (Allgemeinärzte/praktische Ärzte mit einer Fallzahl von 901 bis 1.200 Fällen) um - 0,9 % unterschritten. Mit einem Rentneranteil von 25,4 % wird der Rentneranteil in der Vergleichsgruppe in Höhe von 29,7 % um 14,2 % unterschritten.

- Leistungsgruppe 01 Grundleistungen: + 50,6 %
- Leistungsgruppe 02 Besuche/Visiten: + 11,1 %
- Leistungsgruppe 03 Beratungs- und Betreuungsgrundleistungen: + 8,8 %
- Leistungsgruppe 04 Allgemeine Leistungen: + 46,9 %
- Leistungsgruppe 08 Sonderleistungen: - 35,7 %
- Leistungsgruppe 09 Physikalisch-medizinische Leistungen: - 76,5 %
- Leistungsgruppe 10 Basis/Allgemeine Laboruntersuchungen: - 26,7 %

Insgesamt machten die Kläger für sämtliche kurativen Leistungen (ohne die Nrn.1, 4 und 8066 BMÄ/E-GO) sowie die sonstigen Hilfen im 2. Quartal 1998 einen Leistungsbedarf in Höhe von 1.381.681,1 Punkten geltend. Mit einem Fallwert von 676,0 Punkten übersteigen die Kläger den gewichteten Fallwert der Arztgruppe in Höhe von 644,5 Punkten um + 4,9 %. Die "Wichtige Information über die Abrechnungs- und Verordnungswerte" ergibt - ohne Arzneikosten - folgendes Bild:

Sprechstundenbedarf: Arzt 8,98 DM: Arztgruppe 3,77 DM: Überschreitung: + 138,2 %

Krankenhauseinweisungen (Häufigkeit auf 100 Behandlungsfälle): Arzt: 2,3 Arztgruppe: 2,0

Bei der Verordnung von Arzneimitteln verursachten die Kläger Kosten in Höhe von 239.937,69 DM. Mit einem Fallwert von 128,65 DM pro Arzt wird der Fallwert der Vergleichsgruppe in Höhe von 83,11 DM um + 54,8 % überschritten.

Auf Antrag der Beigeladenen zu 2) bis 5) hat der Prüfungsausschuss Ärzte Schwaben mit Bescheid vom 2. September 1999 gegen die Kläger im Quartal 2/98 einen Regress bei den Arzneimitteln (ohne Sprechstundenbedarf) in Höhe von 7,5 % der Verordnungskosten bei den betroffenen Krankenkassen festgesetzt. Der auf die Regionalkassen entfallende Anteil des festgesetzten Regresses belaufe sich auf 12.402,17 DM. Am Verfahren beteiligt seien die antragstellenden Kassen. Die Entscheidung werde jedoch nur den Beteiligten gegenüber vollzogen, die vertragsgemäß Unterlagen vorgelegt hätten. Die Unterlagen der dem VdAK angeschlossenen Techniker-Krankenkasse seien erst nach Fristablauf (Fristende 31. März 1999) am 1. April 1999 bei der Geschäftsstelle des Prüfungsausschusses eingegangen, wobei die

Verspätung nach Angaben der Krankenkasse auf die Versandstelle zurückzuführen sei. Wie zwischenzeitlich auch das Sozialgericht München (S 32 KA 2092/98) bestätigt habe, stelle die in § 14 Abs.7 der Bayerischen Prüfungsvereinbarung (BayPV) festgelegte Frist für die Einreichung der erforderlichen Prüfunterlagen eine Ausschlussfrist dar. Die vorliegende Überschreitung in Höhe von 54,8 % gewichtet bei den Arzneimittelkosten stelle ein offensichtliches Missverhältnis im Sinne der Rechtssprechung dar, das die Vermutung der Unwirtschaftlichkeit begründe. Praxisbesonderheiten in Form von besonderen Behandlungsmethoden seien bei Überprüfung der Unterlagen nicht feststellbar gewesen. Insgesamt gelange der Prüfungausschuss zu der Überzeugung, dass Unwirtschaftlichkeiten gegeben seien und sich durch eine strengere Indikationsstellung sowie einen stärkeren Preisvergleich Einsparungen in nicht unerheblichem Umfang ohne Nachteile für die Patienten erzielen ließen. Hiergegen hat zum einen der Beigeladene zu 5) mit Schreiben vom 13. September 1999 Widerspruch eingelegt. Der Prüfungsausschuss habe einen Regress in Höhe von 7,5 % festgesetzt. Für den Bereich der Ersatzkassen seien allerdings keine Regressmaßnahmen vollzogen worden, da für alle Mitgliedskassen lediglich eine einheitliche Kassennummer übermittelt worden sei. Außerdem sei im Besonderen die Techniker-Krankenkasse nicht an der Regressberechnung beteiligt worden, da deren Unterlagen nach dem 31. März 1998 am 1. April 1998 beim Prüfungsausschuss eingegangen seien. Der VdAK-Ortsausschuss München habe mit Schreiben vom 23. März 1999 fristgerecht Antrag auf Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise gestellt und die Unterlagen gemäß § 14 Abs.7 BayPV an den Prüfungsausschuss gesandt. Lediglich die Unterlagen der Techniker-Krankenkasse habe der Prüfungsausschuss erst am 1. April 1998 erhalten. Die Sitzung des Prüfungsausschusses habe am 22. Juli 1999 stattgefunden. Ein ordnungsgemäßer Vollzug der Entscheidung sei daher nicht nur praktizierbar, sondern auch zwingend geboten. Insbesondere stelle auch die Regressberechnung kein Problem dar. Schließlich habe der Prüfungsausschuss die Feststellung getroffen, dass hier unwirtschaftliche Verordnungskosten verursacht worden seien. Der durch Unwirtschaftlichkeit verursachte Schaden sei den betroffenen Kassen auszugleichen.

Gegen den Bescheid haben auch die Kläger mit Schreiben vom 27. September 1999 Widerspruch eingelegt. Sämtliche Prüfanträge seien bereits wegen Verfristung unzulässig. Nach diesseitiger Würdigung der Regelungen der Prüfungsvereinbarung müssten spätestens zum Ablauf des neunten Monats nach dem zur Wirtschaftlichkeitsprüfung anstehenden Quartal kumulativ der Prüfantrag, seine Begründung und die erforderlichen Unterlagen vorliegen. Dies sei nicht der Fall. Der Widerspruch des Beigeladenen zu 5) vom 13. September 1999 sei zurückzuweisen. Dieser wende sich offensichtlich nicht gegen die Höhe des festgesetzten Regresses, so dass es an einer Beschwer fehle. Soweit sich der Widerspruch gegen den Ausschluss von der Vollziehung des festgesetzten Regresses für die Ersatzkassen wende, sei der Widerspruch nicht begründet. § 14 Abs.7 Nr.2 BayPV sei ein Ausschlusstatbestand und wortwörtlich erfüllt.

Der Beklagte hat mit Widerspruchsbescheid vom 16. März 2000 folgende Entscheidung getroffen: 1. Der Widerspruch der Vertragsärzte wird abgewiesen. 2. Der Widerspruch des VdAK/AEV bezüglich des Nichtvollzuges der Prüfmaßnahme ist gegenstandslos. 3. Der Widerspruch des VdAK/AEV bezüglich der nicht als fristgerecht anerkannten Einreichung der Unterlagen durch die Techniker-Krankenkasse wird abgewiesen. Praxisbesonderheiten in Form besonderer Behandlungsmethoden oder nach Art und Zusammensetzung des Patientengutes, auf die der beanstandete Mehraufwand bei den Arzneimitteln ursächlich zurückgeführt werden könne und durch die sich die Vertragsärzte wesentlich von der Vergleichsgruppe unterscheiden würden, seien nicht feststellbar. Vielmehr biete die Fallzahl eine ausreichende Ausgleichsmöglichkeit für etwaige schwere Fälle. Eine Fallkostenbereinigung wegen Praxisbesonderheiten bzw. Einsparungen auf anderen Gebieten vertragsärztlicher Tätigkeit sei bei den vorliegenden Gegebenheiten nicht erforderlich und der vorgenommene statistische Vergleich mit der herangezogenen Arztgruppe Allgemeinärzte/praktische Ärzte Bayerns sei unter Zugrundelegung des arithmetischen Mittelwertes als sachgerecht anzusehen. Die Überschreitung des gewichteten Arztgruppendurchschnittes in Höhe von + 54,8 % stelle ein offensichtliches Missverhältnis dar, das die Vermutung einer unwirtschaftlichen Verordnungsweise begründe. Hinsichtlich der Widerspruchsbegründung der Kläger stelle der Beklagte fest, dass unter den Unterlagen im Sinne des § 14 Abs.7 BayPV, welche von den jeweiligen Krankenkassen binnen Neunmonatsfrist nach Ablauf des Verordnungsquartals vorzulegen seien, die Verordnungsblätter (Rezepte) bzw. deren Images zu verstehen seien. Gemäß § 14 Abs.3 BayPV müsse der Antrag auf Prüfung innerhalb von neun Monaten nach Ablauf des Verordnungsquartals vorliegen. Der Antrag sei zu begründen. Die Art und Weise der Antragsbegründung werde von der Prüfungsvereinbarung nicht geregelt. Nach Auffassung des Beklagten könne der Antrag auch durch eine von den Prüfungsausschüssen über mehrere Vorquartale festgestellte Unwirtschaftlichkeit der Verordnungsweise begründet werden. Nach nochmaliger Durchsicht der Prüfungsunterlagen seien die vom Prüfungsausschuss getroffenen Feststellungen vollinhaltlich zu bestätigen. Sowohl der Verordnungsumfang als auch die Auswahl der Arzneimittel würden eine ausreichende Orientierung an der dem Kassenarzt gebotenen Wirtschaftlichkeit vermissen lassen. Dies gelte insbesondere für die Verstöße gegen die vertraglich festgelegten Bestimmungen des § 29 BMV-Ä gemäß § 82 Abs.1 SGB V und der Arzneimittel-Richtlinien. Die Vertragsärzte würden in erheblichem Umfang Originalpräparate verordnen und das große, auf dem Arzneimittelmarkt befindliche Generikaangebot kaum berücksichtigen. Es würden gleichzeitig mehrere Arzneimittel mit gleichgerichteter bzw. ähnlicher Wirksamkeit verordnet, wobei allopathische Arzneimittel neben Homöopathika bzw. naturheilkundlichen Medikamenten verordnet würden. Zwar sei die Verordnung von homöopathischen, antroposophischen und pytotherapeutischen Arzneimitteln nicht ausgeschlossen, bei ihrer Verordnung sei jedoch gemäß §§ 2, 34 SGB V der besonderen Wirkungsweise dieser Arzneimittel Rechnung zu tragen. Eine Mehrfachverordnung bzw. Absicherung des Therapieerfolges durch gleichzeitige Verordnung von allopathischen Medikamenten sei als Polipragmasie anzusehen und damit unwirtschaftlich. Es würden in erheblichem Umfang Arzneimittel mit umstrittener Wirkungsweise verordnet, wobei auch die Verordnung von Externa hinsichtlich der verordneten Menge und der Preiswürdigkeit einer Korrektur bedürfe. Auffallend sei auch eine dichte Verordnungsfolge. Dies bedeute eine Wiederholungsverschreibung, obwohl die zuvor verordnete Menge noch nicht verbraucht sein könne. Dies sei insbesondere bei Schlafmitteln bedenklich. Wenn man vom Fallwert der Kläger (128,65 DM) den gewichteten Fachgruppendurchschnitt (83,11 DM) und die Streubreite (16,62 DM) abziehe, ergebe sich ein möglicher Regress in Höhe von 28,92 DM, während der Prüfungsausschuss einen Regress nur in Höhe von 9,65 DM ausgesprochen habe. Bei den Arzneimitteln ergebe sich nach Abzug des Regresses eine gewichtete Restüberschreitung von + 43,2 %, die einem Mehraufwand von etwa 67.000,00 DM entspreche. Die vom Prüfungsausschuss belassene Restüberschreitung stelle im Hinblick auf die Homogenität mit der Vergleichsgruppe und die Vielzahl der Einsparmöglichkeiten noch immer ein offensichtliches Missverhältnis dar. Bezüglich des Widerspruches des Beigeladenen zu 5) sei der Beklagte zu dem Ergebnis gekommen, dass der Widerspruch nach Vollzug des Regresses nun gegenstandslos sei. Der Widerspruch bezüglich der Nichtbeteiligung der Techniker-Krankenkasse werde zurückgewiesen. Das Sozialgericht München (Az.: S 32 KA 2022/98) habe zwischenzeitlich bestätigt, dass die in der Prüfungsvereinbarung in § 14 Abs.7 BayPV festgelegte Frist für die Einreichung der erforderlichen Prüfunterlagen eine Ausschlussfrist darstelle.

Hiergegen richtet sich die Klage zum Sozialgericht München vom 14. April 2000.

Das Sozialgericht München hat mit Urteil vom 6. Juni 2000 die Klage abgewiesen. Die Kammer könne eine Unzulässigkeit der Prüfanträge nicht erkennen. Gesetzliche Grundlage der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Verordnungsweise sei die zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und den Landesverbänden der Krankenkassen abgeschlossene und am 1. April 1993 in Kraft getretene Prüfungsvereinbarung. Gemäß § 14 Abs.3 BayPV in der ab 1. Januar 1997 geltenden Fassung sei bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten der Antrag innerhalb von neun Monaten nach Ablauf des Verordnungsquartals beim Prüfungsausschuss zu stellen und zu begründen. Nach § 14 Abs.7 BayPV seien die erforderlichen Unterlagen bis spätestens neun Monate nach Ablauf des - ggfs. letzten - Verordnungsquartales dem Prüfungsausschuss zur Verfügung zu stellen. Soweit die Unterlagen einzelner Krankenkassen dem Prüfungsausschuss nicht vorlägen, seien Regressmaßnahmen für diese Krankenkassen nicht zu vollziehen. Prüfquartal im streitigen Verfahren sei das Quartal 2/98. Die nach § 14 Abs.3 BayPV festgesetzte Frist von neun Monaten sei am 31. März 1999 abgelaufen. Unstreitig seien die Prüfanträge der beteiligten Krankenkassen vom 23. März 1999, 29. März 1999 und 30. März 1999 fristgerecht gestellt worden. Die nach § 14 Abs.7 BayPV erforderlichen Unterlagen seien von den beteiligten Krankenkassen am 7. Mai 1999, 11. Mai 1999 und 19. Mai 1999 nachgereicht worden. Obwohl die Neunmonatsfrist nicht eingehalten worden sei, sei die Vorlage der Unterlagen jedoch im unmittelbaren Zusammenhang mit der Antragstellung und so zeitnah erfolgt, dass weder das Prüfverfahren beeinträchtigt worden sei noch durch die verspätete Vorlage der erforderlichen Unterlagen die Arbeit des Prüfungsausschusses in seiner Sitzung am 22. Juli 1999 gefährdet gewesen sei. Der Kläger seinerseits sei weder in seinem Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt noch sei eine vertrauensschutzrechtliche Position entstanden, dass nach Ablauf der Frist keine Unterlagen mehr beigebracht werden könnten. Nachdem die geringfügige Nichteinhaltung der Frist des § 14 Abs.7 BayPV keine maßgebende Bedeutung erlangt habe, liege eine Unzulässigkeit der Prüfungsanträge nicht vor. Auch der festgesetzte Arzneikostenregress, den die Kläger nicht angegriffen hätten, sei nicht zu beanstanden. Die Kammer folge insoweit der Begründung des Widerspruchsbescheides und sehe von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe nach § 136 Abs.3 SGG ab.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Kläger zum Bayerischen Landessozialgericht vom 17. Oktober 2000. Die Berufung wurde nicht begründet.

Der Kläger stellt den Antrag,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 6. Juni 2000 sowie den Bescheid des Beklagten vom 16. März 2000 in Ziffer I und den Bescheid des Prüfungsausschusses vom 2. September 1999 aufzuheben.

Die erschienenen Beigeladenen beantragen übereinstimmend,

die Berufung zurückzuweisen.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakte, die Klageakte, Az.: S 39 KA 946/00 und die Berufungsakte, Az.: L 12 KA 109/00 vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die nach § 143 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthafte sowie gemäß § 151 Abs.1 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Kläger ist nicht begründet. Der Bescheid des Beklagten vom 16. März 2000 und der zu Grunde liegende Bescheid vom 2. September 1999 sind nicht schon in formeller Hinsicht wegen Nichteinhaltung der in § 14 Abs.3 und Abs.7 BayPV vorgesehenen Fristen rechtswidrig. Die hier für das Quartal 2/98 einschlägige Bayerische Prüfungsvereinbarung hat ihre Rechtsgrundlage in § 106 Abs.3 Satz 1 SGB V in der bis 31.12.1999 geltenden Fassung. Danach vereinbaren die in Abs.2 Satz 3 genannten Vertragspartner die Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Abs.2 gemeinsam und einheitlich. Gegenstand der Prüfungsvereinbarung ist damit allein das Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit, also insbesondere die Bestimmungen über die Einzelheiten der zulässigen Prüfmethoden, die Bildung von Vergleichsgruppen und die Kriterien für die Auswahl der zu prüfenden Ärzte, nicht aber das eigentliche Verwaltungsverfahren im Sinne des § 8 SGB X vor dem Prüfungs- und Beschwerdeausschuss (vgl. BSG SozR 3-1300 § 63 Nr.10, S.31, 35; BSG SozR 3-1300 § 63 Nr.12 S.38, 41/42). Während nach altem Recht den Gesamtvertragspartnern eine entsprechende Kompetenz zugestanden wurde, da die RVO-Vorläufervorschrift (§ 368 n Abs.5 Satz 3 RVO) die Regelung des Verfahrens der Überwachung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit sowie des Verfahrens "vor den Ausschüssen" umfasste (vgl. BSG SozR 2200 § 368 n Nr.40 S.129, 132; BSG Urteil vom 11. Dezember 1985, Az.: 6 RKA 33/84 = USK 85219), umfasst die Zuweisung der Regelungsermächtigung nach dem bis 31. Dezember 1999 geltenden Recht bereits nach dem Wortlaut des § 106 Abs.3 Satz 1 SGB V nur noch das Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit. Vom SGB X abweichende Regelungen des Verwaltungsverfahrens der Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die Partner der Gesamtverträge sind somit seit dem In-Krafttreten des SGB V nicht mehr zulässig (BSG, Urteil vom 27. Juni 2001, B 6 KA 66/00 R, BSG SozR 3-1300 § 63 Nr.4, S.14, 18; BSG SozR 3-1300 § 63 Nr.10, S.31, 34, 36; BSG SozR 3-1300 § 63 Nr.12, S.38, 41/42). Möglich sind allein Regelungen, die die Bestimmungen des SGB X lediglich konkretisieren oder ergänzen. Bezüglich der in § 14 Abs.7 BayPV vorgesehenen Neunmonatsfrist hat der Senat bereits mit Urteil vom 4. Oktober 2000, Az.: L 12 KA 65/99, entschieden, dass diese schon im Wege der einfachrechtlichen Auslegung nicht als Ausschlussfrist angesehen werden kann. Der Tatbestand des § 14 Abs.7 Satz 2 BayPV ist nach dieser Entscheidung jedenfalls dann nicht erfüllt, wenn die erforderlichen Unterlagen im Sinne von § 14 Abs.7 Satz 2 BayPV zwar nach Ablauf der in § 14 Abs.7 Satz 1 BayPV vorgesehenen Neun-Monats-Frist, aber jedenfalls noch so rechtzeitig beim Prüfungsausschuss eingehen, dass die Sitzung des Prüfungsausschusses nicht beeinträchtigt wird. An dieser Rechtsprechung ist festzuhalten. Vorliegend sind - soweit ersichtlich - allein die Unterlagen der dem VdAK angeschlossenen Techniker-Krankenkassen erst nach Fristablauf (Fristende 31. März 1999) am 1. April 1999 bei der Geschäftsstelle des Prüfungsausschusses eingegangen und die Sitzung des Prüfungsausschusses hat erst am 22. Juli 1999 stattgefunden. Von daher kann durch die eintägige Versäumung der Einreichungsfrist keine Beeinträchtigung der Sitzung des Prüfungsausschusses im o.g. Sinne ernsthaft angenommen werden. Auch die in § 14 Abs.3 BayPV vorgesehene Frist ist nicht versäumt bzw. eine angenommene Versäumung führt nicht zur Nichtigkeit des Antrages insgesamt. Gemäß § 14 Abs.3 BayPV muss der Antrag auf Prüfung der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten innerhalb von neun Monaten nach Ablauf des Verordnungsquartals dem Prüfungausschuss vorliegen. Der Antrag ist zu begründen. Hierzu ist zunächst festzustellen, dass die Prüfung der Wirtschaftlichtkeit nur in der Zeit vom 1. Januar 1989 bis 31.12.2000 als Antragsverfahren ausgestaltet war. Der Antrag war dabei bloße Verfahrensvoraussetzung ohne materiell-rechtliche Bedeutung. Das in § 106 Abs.5 Satz 1 SGB V vorgesehene Antragserfordernis bezweckte weder direkt noch indirekt den Schutz des geprüften Arztes, so dass diesem Gesichtspunkt keine maßgebende Bedeutung beigemessen werden konnte (vgl. BSG, Urteil vom 21. Juni 1995, SozR 3-2500 § 106 SGB V

Nr.28 S.159). Weder aus der Funktion des Prüfantrages noch aus der Bedeutung des Prüfverfahrens für den betroffenen Arzt kann die Nichtigkeit eines ohne wirksamen Antrag ergangenen Prüfbescheides gefolgert werden. Vielmehr ist der Mangel der unterbliebenen Antragstellung gemäß § 41 Abs.1 Nr.1 SGB X unbeachtlich, wenn der Prüfantrag später nachgeholt wird, wobei dies im Umkehrschluss aus § 41 Abs.2 SGB X auch noch nach Abschluss des Verwaltungsverfahrens geschehen kann. In tatsächlicher Hinsicht ist festzustellen, dass der Beigeladene zu 5) den Antrag auf Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise nach Durchschnittswerten gemäß § 14 BayPV am 23. März 1999 (eingegangen am 29. März 1999) gestellt hat. Als Begründung wurde angegeben: "Verdacht auf offensichtliches Missverhältnis". Die Ergänzung der Begründung (Hinweis auf die Überschreitungswerte der Kläger gegenüber der Vergleichsgruppe) wurde mit Schreiben vom 7. Mai 1999, eingegangen am 10. Mai 1999, nachgeliefert. Der Antrag der Beigeladenen zu 2) datiert vom 30. März, eingegangen am 31. März 1999. Zur Begründung wurde darauf hingewiesen, dass "in der Vergangenheit ein offensichtliches Missverhältnis bei den Verordnungskosten vorgelegen habe". Die Ergänzung der Begründung mit Hinweis auf die Überschreitungswerte der Kläger gegenüber der Vergleichsgruppe erfolgte mit Schriftsatz vom 7. Mai 1999, eingegangen am 11. Mai 1999. Der Antrag des Beigeladenen zu 4) datiert vom 23. März 1999, eingegangen am 29. März 1999. Ergänzend wurde ausgeführt, dass die Begründung nachgereicht werde. Die Begründung zum Prüfantrag erfolgte unter Hinweis auf die Überschreitungswerte der Kläger mit Schreiben vom 11. Mai 1999, eingegangen am 17.05.1999. Der Antrag des Beigeladenen zu 3) schließlich datiert vom 29. März 1999, eingegangen am 31. März 1999. Auch hier wurde ergänzend mitgeteilt, dass die Begründung nachgereicht werde. Die Begründung vom 19. Mai, eingegangen beim Prüfungsausschuss am gleichen Tage, weist auf die Durchschnittsüberschreitungen der Kläger bei den Verordnungswerten hin. Insgesamt ist festzustellen, dass bis Ablauf der Frist 31. März 1999 die Antragsschreiben der antragstellenden Krankenkassen auf Arzneiprüfung für das Quartal 2/98 beim Prüfungsausschuss eingegangen sind, während die Begründung der Anträge nach der Frist 31. März 1999 erfolgte. Hierbei ist allerdings auch zu berücksichtigen, dass den antragstellenden Krankenkassen die statistischen Unterlagen über das Behandlungs- und Verordnungsverhalten der Kläger und der Vergleichsgruppe insgesamt bei Ablauf der Frist 31. März 1999 noch nicht vorlagen. Nach Auffassung des Senats ist schon in einfachrechtlicher Hinsicht fraglich, ob das in § 14 Abs.3 Satz 2 BayPV vorgesehene Begründungserfordernis ebenfalls innerhalb der Frist des § 14 Abs.3 Satz 1 BayPV von neun Monaten zu erfüllen ist. Hierzu hätte es wegen der daran anschließenden gravierenden Folgen einer klareren Regelung bedurft im Sinne von "der Antrag ist innerhalb von neun Monaten auch zu begründen". Wollte man aber weitergehend die Begründung des Antrages innerhalb von neun Monaten als zwingende Zulässigkeitsvoraussetzung für den Antrag ansehen, wäre dies ein Verstoß gegen die genannte gesetzliche Ermächtigungsnorm des § 106 Abs.3 Satz 1 SGB V in der bis zum 31. Dezember 1999 geltenden Fassung, weil eine solche Regelung über eine bloße Konkretisierung oder Erläuterung des Antrages deutlich hinausgeht (in diesem Sinne jetzt BSG, Urteil vom 27. Juni 2001, B 6 KA 66/00 R; so auch Henke in Peters, KV (SGB V), 19.Aufl., § 106 Rdnr.38; ebenso bereits BSG, Urteil vom 26. März 1976, Az.: 6 RKA 18/75 zu § 20 Abs.6 BMV-Z a.F.). Nach alledem ist festzustellen, dass dem streitgegenständlichen Bescheid auch wirksame Prüfanträge der Krankenkassen zu Grunde liegen.

Der Bescheid des Beklagten vom 16. März 2000 ist auch inhaltlich nicht zu beanstanden. Rechtsgrundlage für die hier durchgeführte Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten ist § 106 Abs.2 Satz 1 Nr.1 SGB V. Mit dieser Vorschrift hat der Gesetzgeber die bis zum 1. Januar 1989 lediglich durch Richterrecht sanktionierte Methode des statistischen Kostenvergleichs als Anknüpfungspunkt für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Tätigkeit anerkannt und als Regelprüfmethode übernommen. Er hat damit zugleich die zur Legitimation einer statistischen Vergleichsprüfung unerlässliche Annahme gebilligt, dass die Gesamtheit aller Ärzte im Durchschnitt gesehen wirtschaftlich behandelt und verordnet, jedenfalls das Maß des Notwendigen und Zweckmäßigen nicht unterschreitet und dass deshalb der durchschnittliche Behandlungs- bzw. Verordnungsaufwand der Arztgruppe grundsätzlich ein geeigneter Maßstab für die Wirtschaftlichkeitsprüfung eines Angehören dieser Arztgruppe ist (vgl. BSG SozR 3-2500 § 106 Nr.23 S.124). Die gesetzliche Regelung wurde im streiten Zeitraum (Quartal 2/98) ergänzt durch § 47 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) vom 19. Dezember 1994 bzw. § 43 des Arzt-Ersatzkassenvertrages (EKV-Ä) vom 7. November 1994 sowie der zwischen den Beigeladenen geschlossenen Bayerischen Prüfungsvereinbarung vom 26. März 1993. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts stellt im Rahmen der Prüfmethode nach Durchschnittswerten die statistische Betrachtung nur einen Teil der Wirtschaftlichkeitsprüfung dar. Diese muss durch eine intellektuelle Prüfung und Entscheidung ergänzt werden, bei der die für die Frage der Wirtschaftlichkeit bedeutsamen medizinisch-ärztlichen Gesichtspunkte wie das Behandlungsverhalten und die Behandlungsweisen innerhalb der Arztgruppe und die bei dem geprüften Arzt vorhandenen Praxisbesonderheiten in Rechnung zu stellen sind. Diese Gesichtspunkte sind bereits auf der ersten Prüfungsstufe von Amts wegen mitzuberücksichtigen, also bereits vor der Feststellung eines offensichtlichen Missverhältnisses (vgl. BSG SozR 3-2500 § 106 Nr.23 S.135 f; Nr.26 S.147 f; Nr.27 S.154, Nr.41 S.226). Diesen Anforderungen der neueren Rechtsprechung des Bundessozialgerichts wird der Bescheid des Beklagten gerecht. Der Beklagte hat bereits auf der ersten Stufe des Prüfverfahrens untersucht, ob bei den Klägern Praxisbesonderheiten oder Einsparungen vorliegen. Er konnte nach Art und Zusammensetzung des Patientengutes keine relevanten Abweichungen von der Vergleichsgruppe feststellen. Auch eine Schwerpunktbildung der Praxistätigkeit konnte er nicht erkennen. Gleiches stellte der Beklagte bezüglich kausaler Einsparungen fest. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, dass ein substantiierter Vortrag der Kläger zum Vorliegen von Praxisbesonderheiten und Einsparungen völlig fehlt, weil die Klägerbevollmächtigten in ihrer Widerspruchsbegründung allein auf die Versäumung der Antragsfrist abstellen. Der Beklagte kommt deshalb in nicht zu beanstandender Weise zu der Feststellung, dass weder Praxisbesonderheiten noch kausale Einsparungen vorliegen. Weiter stellt der Beklagte fest, dass die Kläger den gewichteten Arztgruppendurchschnitt in Höhe von + 54,8 % überschreiten und leitet daraus zu Recht das Vorliegen eines offensichtlichen Missverhältnisses ab. Der Beklagte hat sich des Weiteren noch zusätzlich die Prüfungsunterlagen durchgesehen und zahlreiche Anhaltspunkte gefunden, die für eine Unwirtschaftlichkeit der Verordnungsweise der Kläger sprechen. Der Verordnungsregress des Beklagten ist schließlich auch hinsichtlich der Regresshöhe (7,5 %) nicht zu beanstanden. Diese Kürzung belässt dem Kläger eine Restüberschreitung in Höhe von + 43,2 % gegenüber der Vergleichsgruppe. Der Beklagte hat dabei gesehen, wohin er kürzt und hat begründet, dass er den Überschreitungswert in Höhe von 43,2 % noch im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses sieht. In der Begründung hierzu stellt der Kläger auf die Homogenität mit der Vergleichsgruppe und auch die Vielzahl der Einsparmöglichkeiten ab. Dies ist ebenfalls nicht zu beanstanden. Begnügen sich die Prüfgremien mit einer Kürzung, die sich noch im Bereich des offensichtlichen Missverhältnis bewegt, so braucht die Höhe der Kürzung nicht besonders begründet zu werden (vgl. BSG, SozR 3-2500 § 106 Nr.36 S.207).

Aus diesen Gründen ist die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 6. Juni 2000 zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus § 193 Abs.1 und 4 Satz 2 SGG.
Rechtskraft
Aus
Login
NRW

Saved
2003-09-24