

## L 12 KA 182/05

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 43 KA 1449/03

Datum

22.09.2004

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 12 KA 182/05

Datum

23.04.2008

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 22. September 2004 wird zurückgewiesen.

II. Die Kläger tragen die Kosten des Verfahrens.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig sind Verordnungsregresse betreffend physikalisch-medizinische Maßnahmen in den Quartalen 1/01 und 2/01.

Die klagende Gemeinschaftspraxis besteht aus einem Allgemeinarzt und einer praktischen Ärztin. Diese hatten im Quartal 1/01 1.390 Behandlungsfälle. An Honorar wurden pro Fall 1.252,50 Punkte im Durchschnitt abgerechnet, was um 4,2 % über dem Vergleichswert der Allgemein-/praktischen Ärzte in Bayern lag. Arzneimittel wurden für 166,02 DM pro Fall verordnet (plus 37,7 %). Physikalisch-medizinische Leistungen haben die Ärzte für durchschnittlich 24,96 DM verordnet, womit sie um 54,9 % über dem Durchschnitt der o.g. Vergleichsgruppe lagen. Der Prüfungsausschuss beschloss in seiner Sitzung vom 17. April 2002 (Bescheid vom 1. August 2002) einen Regress in Höhe von 5 % bei den verordneten physikalisch-medizinischen Leistungen. Zur Begründung führte er aus, die Fallkosten der Vergleichsgruppe seien im Bereich des sogenannten offensichtlichen Missverhältnisses überschritten worden, so dass der Prüfungsausschuss zu einem Regress nach Schätzung berechtigt gewesen sei. Praxisbesonderheiten, die einen derartig hohen Aufwand begründen könnten, seien nicht erkennbar. Der Regress belief sich auf 1.677,74 DM (857,81 Euro).

Die Klägerin hat dagegen Widerspruch eingelegt, der nicht schriftlich begründet wurde. Der Allgemeinarzt und der Bevollmächtigte der Klägerin haben in der Sitzung des Beschwerdeausschusses ausweislich des Sitzungsprotokolls auf kostenintensive Patienten verwiesen. Der Beschwerdeausschuss hat den Widerspruch mit Bescheid vom 30. September 2003 zurückgewiesen und zur Begründung ausgeführt, es sei die Methode des statistischen Fallkostenvergleichs mit der Fachgruppe der praktischen-/Allgemeinärzte in Bayern unter Zugrundelegung des arithmetischen Mittelwerts als Prüfmethode gewählt worden. Die Zusammensetzung des Patientenguts nach Mitgliedern, Familienangehörigen und Rentnern sei durch die Gewichtung berücksichtigt worden. Eine Einzelfallprüfung sei im Hinblick auf die Fallzahl und die Höhe der Überschreitung nicht durchzuführen gewesen. Praxisbesonderheiten seien aus den Prüfunterlagen nicht offenkundig geworden. Nachdem es sich bei den praktischen-/Allgemeinärzten um eine homogene Arztgruppe handle, werde die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis auf 40 % festgelegt. Bei stichprobenhafter Durchsicht der Behandlungs- bzw. Verordnungsunterlagen sei kein für eine Allgemeinpraxis außergewöhnliches Patientengut bzw. kein hoher Anteil an schweren Behandlungsfällen erkennbar. Im Übrigen seien schwere Fälle keine Praxisbesonderheit, da sie auch bei anderen Ärzten der Vergleichsgruppe vorkämen. Auffällig sei bei Durchsicht der Unterlagen eine sehr aufwändige Verordnungstätigkeit, die in diesem Umfang nicht mehr wirtschaftlich sei. Oftmals seien bis zu zehn Maßnahmen (Massagen und Fango oder Krankengymnastik und Lymphdrainagen) auf einem Rezept verordnet worden. Kompensationsfähige Einsparungen seien nicht erkennbar. Der Klägerin sei eine Restüberschreitung von 47,10 % belassen worden.

Gegen diesen Bescheid hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht München (SG) erhoben (Az.: [S 43 KA 1449/03](#)). Zur Begründung haben die Bevollmächtigten der Klägerin u.a. ausgeführt, zwar unterliege es dem Beurteilungsspielraum des Beschwerdeausschusses, die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis festzulegen. Der Ausschuss habe es aber versäumt mitzuteilen, welche Erwägungen ihn dazu veranlasst hätten, diese bei 40 % festzusetzen. Dass der Beklagte fälschlicherweise annehme, dass es sich bei der Vergleichsgruppe um eine homogene Arztgruppe handle, entbinde ihn nicht von der Verpflichtung, für jeden Einzelfall zu prüfen, ob die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis tatsächlich auf 40 % festgelegt werden könne. Die Verordnungstätigkeit der Klägerin sei in keiner Weise aufwändig oder unwirtschaftlich. Bis zu zehn Maßnahmen auf einem Rezept kämen im Regelfall lediglich bei Folgeverordnungen vor, was bedeute, dass nach der Erstversorgung eine Überprüfung des Erfolgs der Maßnahme bzw. eine Kontrolle stattfinde. Der Anteil der 0 bis 14-jährigen

Patienten liege in der Praxis um 174 % über der Vergleichsgruppe. Desweiteren sei ein hoher Anteil an multimorbiden und alten Patienten vorhanden.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 22. September 2004 abgewiesen. In den Urteilgründen führt es aus, es sei nicht zu beanstanden, dass der Beklagte die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis bei 40 % gezogen habe. Dies sei nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zulässig, wenn ein homogenes Arzt-/Leistungsspektrum geprüft werde, was bei der Arztgruppe der Allgemein-/praktischen Ärzte hinsichtlich der Verordnung von physikalisch-medizinischen Leistungen der Fall sei. Es handle sich auch durchwegs um arztgruppentypische Leistungen. Die Durchsicht der Behandlungs- bzw. Verordnungsunterlagen des streitgegenständlichen Quartals durch die mit einem Arzt fachkundig besetzte Kammer habe ergeben, dass es sich bei den der Verordnung zugrunde liegenden Diagnosen überwiegend um degenerative Veränderungen des Bewegungsapparates handle. Schwere Fälle bzw. ein außergewöhnliches Patientengut seien nicht erkennbar gewesen. Die Feststellung des Beklagten, dass bei diesen "üblichen" Diagnosen sehr aufwändig verordnet werde, treffe zu. Der Bescheid des Beklagten sei ausreichend begründet, so dass im Rahmen der infolge von Beurteilungs- und Ermessensspielräumen eingeschränkten sozialgerichtlichen Überprüfung zumindest die zutreffende Anwendung der einschlägigen Beurteilungsmaßstäbe im Einzelfall erkennbar und nachvollziehbar sei. Die Anforderungen an die Darlegung und Berechnung dürften nicht überspannt werden, zumal sich Maßnahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung regelmäßig an einen sachkundigen Personenkreis richteten. Die Ausführungen ließen erkennen, wie das Behandlungsverhalten der Klägerin bewertet werde und auf welchen Erwägungen die getroffenen Kürzungsmaßnahmen beruhten. Zudem lasse der Bescheid erkennen, dass der Beklagte mindestens stichprobenhaft sich mit dem Behandlungs- und Verordnungsunterlagen auseinandergesetzt habe. Der Regress sei auch in der Höhe nicht ermessensfehlerhaft. Er korrespondiere angemessen mit dem Ausmaß der festgestellten Unwirtschaftlichkeit.

Im Folgequartal 2/01 hatte die klägerische Praxis 1.295 Fälle. Ärztliche Leistungen wurden im Umfang von 1.313,60 Punkten pro Fall erbracht (+ 13,4). Überdurchschnittlich waren auch die Arzneimittelverordnungen (plus 49,5 %) und insbesondere die physikalisch-medizinischen Leistungen, die im Werte von 21,28 DM pro Fall verordnet wurden und damit um 57,72 % über dem Durchschnitt der Allgemein-/praktischen Ärzte in Bayern lagen.

Der Prüfungsausschuss verhängte mit Bescheid vom 28. November 2002 einen 5 %igen Regress bei den physikalisch-medizinischen Verordnungen (1.492,22 DM) und begründete dies wie im Vorquartal mit dem offensichtlichen Missverhältnis zu den Werten der Vergleichsgruppe. Der dagegen von Klägerseite eingelegte Widerspruch wurde nicht schriftlich begründet. In der mündlichen Verhandlung hat der Allgemeinartz ausweislich der Sitzungsniederschrift wiederum auf schwere Behandlungsfälle (z.B. Patienten mit Lymphödem, Mammakarzinom, Skoliose) hingewiesen. Der Beschwerdeausschuss hat mit Bescheid vom 30. September 2003 den Widerspruch zurückgewiesen. Wie im Vorquartal beruft er sich auf den statistischen Fallkostenvergleich mit der Fachgruppe der Allgemein-/praktischen Ärzte in Bayern. Schwere Behandlungsfälle seien keine Praxisbesonderheiten. Solche seien überhaupt nicht ersichtlich. Einsparungen lägen nicht vor. Die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis zog der Ausschuss wie im Vorquartal bei 40 %. Es wurde eine Restüberschreitung von 49,84 % belassen.

Auch gegen diesen Bescheid hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht München erhoben (S 43 KA 1450/03), die wie im Vorquartal begründet wurde. Das SG hat auch diese Klage mit (gesondertem) Urteil vom 22. September 2004 abgewiesen. Die Begründung entspricht der des das Vorquartal betreffenden Urteils.

Die Klägerin hat gegen beide Urteile Berufung eingelegt. Zur Begründung der Berufungen wurde u.a. vorgetragen, der Beklagte und das SG hätten die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis bei 40 % angenommen. Voraussetzung hierfür sei ein homogenes Arzt-/Leistungsspektrum. Dies werde seitens des Beklagten und des SG ohne nähere Darstellung und ohne jegliche Überprüfungsmöglichkeit für die Klägerin in den Raum gestellt. Es müsse aber nicht richtig sein. Die Klägerin könne dies nicht akzeptieren. Bis dato sei es nicht gelungen, darzustellen, um welches Arztspektrum es sich bei der Vergleichsgruppe handle und vor allem welches Leistungsspektrum diese Ärzte in welchem Verhältnis zum Patientengut und zur Patientenzahl verordneten. Wenn das SG in den Urteilsgründen auf 14 Fälle im Quartal 2/01 verweise, wo mehr als zehn Massagen und/oder Fango, Krankengymnastik, Lymphdrainagen auf einem Rezept verordnet worden seien, bedeute dies im Hinblick auf die Fallzahl der Klägerin, dass diese in weit über 95 % der Behandlungsfälle wirtschaftlich verordnet habe. Mit Schriftsatz vom 14. April 2008, der zugleich drei andere Verfahren der Klägerin betrifft, wurde weiter ausgeführt, die Klägerin könne die Höhe der Arzneimittelkosten nicht überprüfen, solange nicht vom Beklagten rückverfilmte Rezepte vorgelegt würden, die auf CD-ROM vorhanden seien, sowie Kopien der Originalrezepte und Verordnungen. Es sei nicht nachvollziehbar und sachgerecht, dass hier Zahlenwerte präsentiert würden, die nur auf Stichproben beruhten und auch nicht plausibel seien.

Die Klägerin beantragt in beiden Verfahren, das Urteil des Sozialgerichts München vom 22. September 2004 und den Bescheid des Beklagten vom 30. September 2003 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

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

Die Berufungsverfahren betreffend Verordnungsregresse in den Quartalen 1 und 2/01 wurden in der mündlichen Verhandlung zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden.

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

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufungen sind zulässig aber unbegründet.

Die streitgegenständlichen Regresse bei den verordneten physikalisch-medizinischen Leistungen sind rechtlich nicht zu beanstanden. Nach [§ 12 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) müssen die Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder

unwirtschaftlich sind, könne Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer, also u.a. die Vertragsärzte, nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. Die Einhaltung dieses gesetzlichen fixierten Wirtschaftlichkeitsgebotes wird von den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung überwacht ([§ 106 Abs. 1 SGB V](#)), die dazu nach [§ 106 Abs. 4](#) und 5 SGB V in der Fassung der Gesetze vom 21. Dezember 1992 ([BGBl I S. 2266](#)) und 22. Dezember 1999 ([BGBl I S. 2626](#)) bei den Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsame Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse zu bilden hatten, denen die Prüfung oblag. Die Einzelheiten ergeben sich aus der nach [§ 106 Abs. 3 SGB V](#) von den genannten Vertragspartnern zu vereinbarenden Prüfungsvereinbarung (PV), hier in der ab dem 1. Quartal 2001 geltenden Fassung. Als Prüfmethode sieht [§ 106 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) unter Nr. 1. u.a. die arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten oder bei Überschreitung der Richtgrößen nach [§ 84 SGB V](#) (Auffälligkeitsprüfung) vor. Die hier streitgegenständliche Prüfung der Ordnungsweise von physikalisch Medizinischen Maßnahmen ist in § 13 PV geregelt. Die Prüfung kann auf Antrag einer Krankenkasse erfolgen oder wie hier von Amts wegen (§ 5 Abs. 2 PV i.V.m. Anlage 1 Nr. 6 PV), wonach eine Prüfung von Amts wegen erfolgen soll bei der Überschreitung des durchschnittlichen gewichteten Fallwertes bei den veranlassten physikalisch-medizinischen Leistungen um mindestens 50 % im Vergleich zur jeweiligen Vergleichsgruppe, hier der Allgemeinärzte und praktischen Ärzte in Bayern (vgl. Anlage 4 Nr. 1. zur PV).

Die Prüfinstanzen, insbesondere der beklagte Beschwerdeausschuss, dessen Entscheidung allein Gegenstand des vorliegenden Gerichtsverfahrens ist (vgl. BSG SozR 3-2500 [§ 106 SGB V](#) Nr. 22 S.119 m.w.N.), haben die Prüfung in den streitgegenständlichen Quartalen anhand eines Vergleiches des durchschnittlichen Verordnungsumfanges pro Fall in der klägerischen Praxis mit den durchschnittlichen Verordnungskosten pro Fall in der vorgenannten Vergleichsgruppe geprüft. Diese Vorgehensweise, die in [§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) sowie in der Prüfungsvereinbarung (§ 13 Abs. 2 PV) ausdrücklich vorgesehen ist, begegnet keinen rechtlichen Bedenken. Die klägerische Praxis hat bei den verordneten physikalisch-medizinischen Leistungen den Vergleichsgruppendurchschnitt in den streitgegenständlichen Quartalen jeweils um mehr als 50 % überschritten. Die Prüfinstanzen haben darin eine Überschreitung im Bereich des sogenannten offensichtlichen Missverhältnisses gesehen, dessen Grenze sie im vorliegenden Fall bei 40 % festgemacht haben. Diese Wertung ist entgegen der Auffassung der Klägerseite nicht zu beanstanden. Sie hält sich im Bereich des den Prüfinstanzen insoweit zustehenden und gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbaren Beurteilungsspielraum (vgl. BSG in SozR 4-2500 [§ 106 SGB V](#) Nr.1 Rn 12). Dabei hat der Beklagte in nicht zu beanstandender Weise festgestellt, dass Praxisbesonderheiten, die diese hohe Überschreitung rechtfertigen würden, nicht ersichtlich seien. Von Klägerseite wurde auf einen erhöhten Anteil von Patienten im Alter zwischen 0 und 14 Jahren verwiesen. Der Beklagte hat hierin zu Recht keine Praxisbesonderheit erkannt. Es gibt keinen allgemein anerkannten Erfahrungssatz dahingehend, dass bei Personen dieser Altersgruppe vermehrt physikalisch-medizinische Behandlungen notwendig wären. Ansonsten verweisen die Ärzte global auf schwere Behandlungsfälle. Auch dies reicht zur Darlegung einer Praxisbesonderheit nicht aus, denn schwere Behandlungsfälle kommen auch in den Praxen der Vergleichsgruppe vor (vgl. BSG in SozR 2200 § 368 n Nr.38). Ein besonders gehäuftes Auftreten schwerer Behandlungsfällen wurde weder von Klägerseite nachvollziehbar dargelegt, noch ist solches aus den Statistiken oder Behandlungsunterlagen erkennbar. Auch durch den Mehraufwand kausal verursachte Einsparungen sind nicht erkennbar, insbesondere liegt die Praxis auch bei den selbst erbrachten physikalisch-medizinischen Leistungen (Leistungsgruppe 09) in beiden Quartalen, wenn auch nur geringfügig, über dem Durchschnitt der Vergleichsgruppe. Der Beklagte hat über die rein statistischen Betrachtungen hinausgehend Einblick genommen in die Behandlungs- und Verordnungunterlagen und dabei im Rahmen seiner intellektuellen Prüfung festgestellt, dass oftmals bis zu zehn Maßnahmen (Massagen und Fango oder Krankengymnastik und Lymphdrainage) auf einem Rezept verordnet wurden. Das mit einem Arzt als ehrenamtlichen Richter fachkundig besetzte SG hat präzisierend festgestellt, dass in 14 Behandlungsfällen im Quartal 2/01 zehn Maßnahmen auf einem Rezept verordnet worden seien. Der hieraus von Klägerseite gezogene Schluss, dass demnach in der weitaus größten Zahl der Fälle keine unwirtschaftliche Ordnungsweise vorliege, ist nicht nachvollziehbar. Hinzukommt, dass die Feststellungen des SG insofern nicht entscheidungserheblich sind, als die Gerichte keine weiteren Prüfinstanzen der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind, sondern nur zu prüfen haben, ob deren Vorgehensweise rechters war.

Da der Beklagte somit in nicht zu beanstandender Weise zu der Auffassung gelangt ist, dass der erhebliche Aufwand bei der Verordnung von physikalisch-medizinischen Leistungen nicht durch Praxisbesonderheiten oder kausale Einsparung gerechtfertigt war, war er auf einer weiteren Stufe des Prüfungsverfahrens berechtigt, die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis festzulegen. Diese hat er wiederum in gerichtlich nicht zu beanstandender Weise bei 40 % festgesetzt. Dies ist nicht zuletzt im Hinblick auf die Größe der Vergleichsgruppe und auch der klagenden Praxis sowie die bei der Verordnung von Physikalisch medizinischen Maßnahmen bestehende Homogenität der Vergleichsgruppe und die daraus resultierende hohe Aussagekraft des statistischen Vergleiches nicht zu beanstanden (vgl. BSG SozR 3-2500 [§ 106 SGB V](#) Nr. 41, S.225).

Nach allem kommt der Senat, ebenso wie die Vorinstanz zu dem Ergebnis, dass die streitgegenständlichen Entscheidungen des Beklagten nicht zu beanstanden sind. Die Berufungen können deshalb keinen Erfolg haben.

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

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht ersichtlich ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2008-08-27