

L 12 KA 20/06

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 38 KA 11/04

Datum

24.02.2006

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 12 KA 20/06

Datum

22.04.2009

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Verordnungsregress bei Physikalisch-medizinischen Maßnahmen; "statistische Prüfung" nach [§ 106 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V](#) a.F. bei Durchschnittsüberschreitungen um mehr als 100%.

Eine nicht fallbezogene Auflistung aller verordneten Physikalisch-medizinischen Leistungen reicht zur Darlegung von Praxisbesonderheiten nicht aus; kein Anspruch auf Einzelfallprüfung.

Die Berufungen des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 24. Februar 2006 werden zurückgewiesen.

Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

In diesem Rechtsstreit geht es um Regresse wegen unwirtschaftlicher Verordnung von physikalisch-medizinischen Maßnahmen in den Quartalen 1/01 bis 3/01 sowie 1/02.

Im Quartal 1/01 hat der Kläger, der als Allgemeinarzt an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, bei 535 Behandlungsfällen für 21.596,- DM physikalisch-medizinische Leistungen verordnet, also im Durchschnitt für 40,37 DM pro Fall und lag damit um 134,6 % über dem gewichteten Durchschnittswert seiner Fachgruppe.

Der Prüfungsausschuss verhängte mit Bescheid vom 05.03.2003 gegen den Kläger einen Regress in Höhe von 32,5 % der Verordnungskosten (2.885,70 EUR) und begründete dies mit dem offensichtlichen Missverhältnis zwischen den Verordnungswerten des Klägers einerseits und denen seiner Vergleichsgruppe andererseits. Die Überschreitung bezifferte er unter Berücksichtigung der Einsparungen die beim Kläger durch Nichtabrechnung der Leistungsgruppe 09 (physikalisch-medizinische Leistungen) entstanden seien, mit 130,6 %. Nach dem Regress verbleibe eine Restüberschreitung von 55,7 %.

In seinem dagegen gerichteten Widerspruch hat der Kläger u.a. geltend gemacht, er sei von der Prüfung erst 24 Monate nach der Verordnung benachrichtigt worden, eine Stellungnahme zu einzelnen Behandlungsfällen bzw. Verordnungen sei ihm deshalb nicht mehr möglich. Er habe bei den Verordnungen einen strengen Maßstab angelegt, wie er in dem ab 1. Juli 2001 geltenden Richtlinien vorgesehen sei. Er wisse nicht, was seine Kollegen verordneten. Das statistische Prüfverfahren halte einer individuellen Gültigkeit nicht stand. Eine Unwirtschaftlichkeit könne nur anhand konkreter Behandlungsfälle nachgewiesen werden. Er habe in seinem Patientengut einen erhöhten Anteil von Rentnern. Ferner nannte der Kläger einzelne schwere Krankheitsbilder ohne die dazugehörigen Patienten zu benennen. Außerdem hat er eine Liste aller Patienten vorgelegt, bei denen physikalisch-medizinische Leistungen verordnet wurden. Diagnoseangaben sind auf der Liste nicht enthalten. Außerdem hat der Kläger an der Sitzung des Beschwerdeausschusses vom 30.07.2003 teilgenommen und laut Protokoll das Prüfverfahren nach Durchschnittswerten insgesamt in Frage gestellt. Seine Verordnungsweise richte sich nach den Diagnosen und nicht nach irgendwelchen Budgets.

Der Beschwerdeausschuss hat den Widerspruch mit Bescheid vom 08.12.2003 zurückgewiesen. Auch er stützt sich auf den Vergleich der Verordnungswerte des Klägers mit denen der Vergleichsgruppe. Nach Abzug von 0,60 DM wegen Nichtabrechnung der Leistungsgruppe 09 verbleibe ein durchschnittlicher Verordnungsfallwert von 39,69 DM, der um 130,6 % über den Durchschnittswert der Fachgruppe liege. Praxisbesonderheiten seien nicht vorgetragen worden und auch nicht erkennbar. Die Patientenliste enthalte nur die Namen und Adressen

und keine weiterführenden Angaben. Die Zusatzbezeichnung "Sportmedizin", die der Kläger führe, sei keine Praxisbesonderheit. Aber selbst bei einem Spezialvergleich mit den Ärzten, die wie der Kläger diese Zusatzbezeichnung führten, verbleibe eine Überschreitung um 126,4 %, die im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses liege. Zu beobachten seien lange Behandlungsserien, die zum Teil durch Diagnoseangaben nicht gedeckt seien. Einsparungen wären beispielsweise möglich durch die Verordnung von Heißluft statt Fango. Nach Abzug von 20 % Streubreite wäre eine Kürzung von 19,04 DM möglich gewesen. Der Prüfungsausschuss habe nur 12,90 DM gekürzt und damit eine Restüberschreitung von 55,7 % belassen.

Im Quartal 2/01 hat der Kläger bei 488 Behandlungsfällen im Durchschnitt für 40,97 DM physikalisch-medizinische Leistungen verordnet und damit den Fachgruppendurchschnitt um 155,5 % überschritten. Der Prüfungsausschuss (Bescheid vom 22.04.2003) verhängte einen 37,5 %-igen Regress (3.046,89 EUR), den er wiederum mit dem offensichtlichen Missverhältnis zwischen den Verordnungswerten des Klägers und denen der Vergleichsgruppe begründete. Den dagegen vom Kläger eingelegten und im Wesentlichen wie im Vorquartal begründeten Widerspruch hat der Beschwerdeausschuss mit Bescheid vom 08.12.2003 zurückgewiesen. Er stützt diese Entscheidung wie im Vorquartal auf einen Vergleich der Verordnungswerte des Klägers mit denen seiner Fachgruppe und stellt eine Überschreitung von 152,6 % nach Abzug der in der Vergleichsgruppe für Leistungen nach Leistungsgruppe 09 anfallenden Kosten dar. Praxisbesonderheiten, so heißt es im Bescheid weiter, seien nicht festzustellen; es sei eine Restüberschreitung von 55,9 % belassen worden.

Gegen die beiden zeitgleichen Widerspruchsbescheide hat der Kläger Klage zum Sozialgericht München ([S 38 KA 11/04](#)) erhoben und zur Begründung vorgetragen, er habe sich in jedem Verordnungsfall korrekt verhalten und wolle eine konkrete Beweiserhebung. Er biete die Patienten als Zeugen an.

Im Quartal 3/01 hat der Kläger bei 527 Behandlungsfällen durchschnittlich physikalisch-medizinische Leistungen im Werte von 17,04 EUR verordnet und lag damit um 170 % über den durchschnittlichen Verordnungskosten der Arztgruppe. Der Prüfungsausschuss hat mit Bescheid vom 22.04.2003 einen 40 %-igen Regress ausgesprochen (2.976,64 EUR), den er mit dem offensichtlichen Missverhältnis zwischen den Verordnungen des Klägers einerseits und der Fachgruppe andererseits begründete. Weiter heißt es, der Kläger habe die neuen Heilmittelrichtlinien voll ausgeschöpft und die oftmals dort vorgesehene Verordnungsalternative A und das optionale Heilmittel B nebeneinander angewendet.

Den im Wesentlichen wie in den Vorquartalen begründeten Widerspruch des Klägers hat der Beschwerdeausschuss mit Bescheid vom 02.11.2004 zurückgewiesen. Nach Abzug der Einsparungen bei der Leistungsgruppe 09 verbleibe eine Durchschnittsüberschreitung bei den verordneten physikalisch-medizinischen Leistungen um 165,05 %. Im Spezialvergleich mit den Ärzten mit der Zusatzbezeichnung "Sportmedizin" seien es 160,2 %. Die Durchsicht der Scheine und Verordnungsblätter zeige eine fachgruppenübliche Klientel. Praxisbesonderheiten lägen demnach nicht vor. Die Restüberschreitung betrage 59,3 %.

Das Quartal 4/01 ist nicht anhängig.

Im Quartal 1/02 hat der Kläger bei 513 Behandlungsfällen für durchschnittlich 18,27 EUR physikalisch-medizinische Leistungen verordnet und lag damit um 91,1 % über dem Fachgruppendurchschnitt.

In diesem Quartal hat der Kläger schon vor Entscheidung des Prüfungsausschusses eine Stellungnahme abgegeben, die wiederum mit dem Vorbringen in den Vorquartalen im Wesentlichen übereinstimmt; außerdem hat er die Verordnungsunterlagen zur Einsichtnahme angefordert. Daraufhin wurden ihm Kopien aller Verordnungsblätter übersandt, zu denen er jedoch nicht Stellung genommen hat.

Der Prüfungsausschuss hat mit Bescheid vom 09.03.2004 einen Regress von 20 % (1.325,97 EUR) verhängt.

Im Widerspruchsverfahren bringt der Kläger erneut im Wesentlichen dasselbe vor wie in den Vorquartalen und verwendet den Begriff "Daumenpeilung".

Der Beschwerdeausschuss hat den Widerspruch mit Bescheid vom 02.11.2004 zurückgewiesen. In der Begründung führt er aus, nach Abzug der Einsparungen bei Leistungsgruppe 09 verbleibe eine Durchschnittsüberschreitung um 91,1 %; im Spezialvergleich mit den Ärzten mit der Zusatzbezeichnung "Sportmedizin" seien es noch 85,8 %. Die Durchsicht der Scheine und Verordnungsblätter zeige eine fachgruppentypische Klientel. Praxisbesonderheiten seien nicht erkennbar. Die Restüberschreitung betrage 52,9 %.

Auch gegen die beiden Bescheide vom 02.11.2004 hat der Kläger das Sozialgericht München angerufen ([S 38 KA 1029/04](#)) und zur Begründung der Klagen wiederum ausgeführt, er habe sich korrekt verhalten. Die Versicherten hätten Anspruch auf die Leistungen.

Das Sozialgericht hat in seiner Sitzung vom 24. Februar 2006, an der der Kläger teilgenommen hat, die Streitsachen verbunden und die Klagen abgewiesen. In den Entscheidungsgründen des Urteils führt es aus, die Befugnis zur Wirtschaftlichkeitsprüfung, konkret der Überprüfung der Verordnung physikalisch-medizinischer Maßnahmen, ergebe sich aus [§ 106 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#) i.V.m. der Prüfungsvereinbarung. Die Ausschüsse hätten sich im Rahmen der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise der sog. statistischen Durchschnittsprüfung bedient. Diese stelle nach der Rechtsprechung die Regelprüfmethode dar (vgl. BSG, Beschluss vom 28.09.2005,

Az.: [B 6 KA 27/05 B](#)). Der Kläger habe keinen Anspruch auf eine Einzelfallprüfung als Prüfmethode. Die Ausschüsse hätten bei der Wahl der Prüfmethode grundsätzlich einen Beurteilungsspielraum. Es sei auch nicht zu beanstanden, dass der Kläger mit der Fachgruppe der Allgemeinärzte verglichen worden sei. Der Kläger habe auch keinen Anspruch auf Verfeinerung der Vergleichsgruppe im Hinblick auf die Zusatzbezeichnung "Sportmedizin". Der gleichwohl durchgeführte Spezialvergleich habe im Übrigen ebenfalls eine deutliche Überschreitung bei der Verordnungsweise physikalisch-medizinischer Leistungen ergeben, die nur geringfügig unter der Überschreitung des allgemeinen Fachgruppenwertes liege.

Der Beklagte habe Praxisbesonderheiten und Einsparungen zu Recht nicht anerkannt. Nach gefestigter Rechtsprechung bestehe für den Arzt, der sich auf Praxisbesonderheiten und Einsparungen berufe, eine Darlegungs- und Feststellungslast. Denn nur der betroffene Arzt könne darlegen, in welchen Behandlungsfällen er einen Patienten aufwändig ambulant behandelt habe bzw. bei welchen Patienten aufwändige Verordnungen veranlasst waren (BSG, Beschluss vom 19.04.1997, Az.: [B 6 KA 67/96](#)).

Das bedeute, dass es nicht ausreiche, wenn der Kläger behaupte, sein Verordnungsverhalten sei stets korrekt gewesen. Er habe die vorgenannten Anforderungen auch nicht dadurch erfüllt, dass er im Rahmen des Vorverfahrens Patientenlisten übersandt habe, denn diesen sei nicht zu entnehmen, aus welchen Gründen bei den jeweiligen Patienten im Einzelnen ein höherer Ordnungsbedarf notwendig war. Es sei Aufgabe des Klägers, das besondere Patientengut und den damit verbundenen Ordnungsbedarf so exakt wie möglich darzulegen. Komme er seiner Darlegungs- und Mitwirkungslast nach, sei es Sache der Ausschüsse, sich detailliert mit dem Vorbringen

auseinanderzusetzen. Aufgrund des Vorbringens des Klägers im Vorverfahren habe für die Ausschüsse jedoch keine Veranlassung bestanden, etwaigen Praxisbesonderheiten und/oder Einsparungen nachzugehen. Auch die jeweiligen Regresshöhen in Prozent seien rechtlich nicht zu beanstanden. Dem Kläger sei jeweils eine Restüberschreitung von über 50 % belassen worden, die sich nach wie vor über der Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis bewege.

Gegen das am 11.04.2006 zugestellte Urteil hat der Kläger am 11.05.2006 Berufung eingelegt und zur Begründung im Wesentlichen vorgetragen, in allen bisherigen Verfahren und Anhörungen sei die Notwendigkeit nicht berücksichtigt worden, weshalb ein höherer Verordnungsbedarf notwendig war. Da die Notwendigkeit jedoch in jedem Einzelfall nachweisbar sei, seien die Regressforderungen nicht rechters. Die Ausschüsse seien auf diese individuellen Besonderheiten nicht eingegangen, weshalb er sich gezwungen sehe, in der nächsten Instanz mit rechtsanwältlicher Unterstützung seine Verordnungsweise darzulegen und den Regressen zu widersprechen. Mit Fax-Schreiben vom 01.04.2009 hat der Kläger weiter ausgeführt, im gesamten bisherigen Verfahren sei ihm keine einzige Verordnung vorgelegt worden, die tatsächlich als unwirtschaftlich anzusehen sei. Auch habe er bisher vor keinem Gremium eine Einzelprüfung seiner Verordnungsweise bewirken können, um die indikationsbezogene notwendige und wirtschaftliche Verordnungsweise nachzuweisen. In den beanstandeten Zeiträumen hätten keine Richtlinien bestanden, wie sie heute nach der Heilmittelreform vorlägen. Die Regress-Forderung sei an ihn zwei Jahre nach dem Verordnungszeitraum ergangen. Damals habe ihm sein EDV-Programm keine statistische Prüfung ermöglicht. Wollte man auf die Verordnungen die Prinzipien der aktuell bestehenden Heilmittelverordnung anwenden, könnten die zur Beurteilung anstehenden Verordnungen ebenfalls bestehen. Sie hätten sich nach den medizinischen Erfordernissen und den ärztlichen Verpflichtungen gegenüber den krankenversicherten Patienten gerichtet. Hätten Durchschnittswerte zur Verfügung gestanden und hätte er seine Verordnungsweise nur danach ausgerichtet und so den Patienten evtl. eine medizinisch notwendige Verordnung verweigert, wäre dies ein Verstoß gegen seine ärztliche Verpflichtung gewesen, dem Patienten eine ihm rechtlich zustehende und medizinisch indizierte Behandlung zukommen zu lassen. Die Prüfmethode ergebe ein Fehlverhalten, das in der Realität nicht bestehe. Er bitte, gegenüber den betreffenden Krankenkassen in Prüfungen der Einzelverordnung klarstellen zu dürfen, dass die Verordnungen dem korrekten ärztlichen Handeln als Hausarzt entsprachen und nicht zu bestrafendes Fehlverhalten darstellten.

In der mündlichen Verhandlung hat der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts München vom 24. Februar 2006 aufzuheben und den Beklagten unter Aufhebung der Bescheide vom 8. Dezember 2003 und 2. November 2004 zu verurteilen, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über die Widersprüche gegen die Bescheide des Prüfungsausschusses vom 5. März 2003, 22. April 2003 und 9. März 2004 erneut zu entscheiden.

Der Beklagte und die Beigeladenen zu 1), 2) und 4) beantragen, die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat hat die zunächst quartalsweise getrennten Verfahren in der mündlichen Verhandlung erneut verbunden. Es lagen die Akten des Beklagten, des Sozialgerichts München und die Berufungsakten vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden, und auf deren Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

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

Das Sozialgericht hat die Klagen gegen die Entscheidungen des Beschwerdeausschusses, mit denen die Widersprüche gegen die vom Prüfungsausschuss verhängten Regresse zurückgewiesen wurden, zu Recht abgewiesen.

Der Senat macht sich insoweit die Ausführungen im Urteil des Sozialgerichts München zu eigen, so dass von einer Darstellung der Entscheidungsgründe abgesehen werden kann ([§ 153 Abs.2 SGG](#)).

Gleichwohl sei im Hinblick auf das beständige Vorbringen des Klägers auf Folgendes hingewiesen. Die vom Kläger immer wieder beanstandete Prüfung anhand eines Vergleiches seiner Verordnungskosten mit den durchschnittlichen Verordnungskosten der Vergleichsgruppe ist nicht zu beanstanden. Sie war in [§ 106 Abs.2 Satz 1 Nr.1 SGB V](#) in der damals geltenden Fassung sowie in § 13 i.V.m. der Anlage 4 Nr.1 der von der Kassenärztlichen Vereinigung mit den Krankenkassen geschlossene Prüfungsvereinbarung ausdrücklich vorgesehen. Es handelt sich bei den streitigen Quartalen um Quartale aus der Zeit vor der sog. Richtgrößenprüfung (vgl. § 5 der Umsetzungsvereinbarung zwischen der KVB und den Bayer. Krankenkassen vom 27.01.2004). In der Rechtsprechung ist diese Prüfmethode stets als zulässig bzw. vom Bundessozialgericht sogar als Standardprüfmethode anerkannt worden. Es liegt auf der Hand, dass die vom Kläger gewünschte Prüfung sämtlicher Einzelfälle, die prinzipiell bei allen Vertragsärzten erfolgen müsste, schon mengenmäßig nicht möglich ist und deshalb auch nicht verlangt werden kann. Bei Durchschnittsüberschreitungen der beim Kläger vorliegenden Art - er hat mehr als das Doppelte von dem verordnet, was die Ärzte seiner Vergleichsgruppe verordnet haben - besteht die Vermutung der Unwirtschaftlichkeit. Es wäre seine Sache gewesen, diese Vermutung ggf. anhand einzelner Behandlungsfälle zu widerlegen. Das hat er in keinem der Quartale getan. Nur in einem streitigen Quartal (1/01) hat er einige schwerwiegende Diagnosen genannt, allerdings ohne die dazugehörigen konkreten Angaben zu den jeweiligen Fällen. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass selbstverständlich schwere Behandlungsfälle mit erhöhtem Behandlungsbedarf in jeder Praxis vorkommen, und deshalb auch mitbestimmend sind für den Vergleichswert der Arztgruppe. Ansonsten hat sich der Kläger darauf beschränkt, eine Liste der Fälle vorzulegen, in denen physikalisch-medizinische Leistungen überhaupt erbracht wurden. Dies ist völlig unbehelflich, da daraus nicht hervorgeht, ob und in welchem Umfang diese Leistungen notwendig waren. Der Kläger irrt, wenn er meint, die Prüfinstanzen seien - bei Durchschnittsüberschreitungen dieser Größenordnung - verpflichtet, in jedem einzelnen Fall konkret nachzuweisen, welche seiner Verordnungen über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgegangen sind. Vielmehr wäre es wegen des offensichtlichen Missverhältnisses zwischen seinem Verordnungsumfang und dem seiner Arztgruppe seine Sache gewesen, den Prüfinstanzen die medizinische Notwendigkeit seiner Verordnungen anhand seines Patientengutes nachvollziehbar darzulegen. Dies hat der Kläger, obwohl sich der Prüfungszeitraum über mehrere Quartale erstreckt hat und er auch zum Teil an den Ausschusssitzungen teilgenommen hat, nicht für nötig befunden. Stattdessen hat er es sich sehr einfach gemacht und darauf bestan-

den, dass die Prüfinstanzen ihm einzelfallbezogen eine Unwirtschaftlichkeit nachzuweisen hätten, bevor ein Regress ausgesprochen werden

könnte.

Diese Auffassung entspricht nicht der Rechtslage. Die Berufung kann deshalb ebenso wie die vorangegangenen Klageverfahren keinen Erfolg haben.

Als Unterlegener hat der Kläger auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen ([§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs.2 Verwaltungsgerichtsordnung](#)).

Eine grundsätzliche Bedeutung hat die Sache nicht, so dass eine Zulassung der Revision nicht in Betracht kommt ([§ 160 Abs.2 Nr.1 SGG](#)).
Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2013-10-30