

L 11 KA 46/10

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

11
1. Instanz
SG Dortmund (NRW)
Aktenzeichen
S 52 (16,9) KA 60/07

Datum
25.02.2010
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KA 46/10

Datum
13.07.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 25.02.2010 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der als praktischer Arzt in D zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Kläger wendet sich gegen Arzneimittelregresse wegen unwirtschaftlicher Verordnungswiese in den Quartalen I/1998 bis IV/2001.

Die Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen/Ersatzkassen in Westfalen-Lippe beantragte unter dem 22.03.2000, 23.03.2000, 24.03.2000 und 24.03.2000 beim Prüfungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen Nordrhein (Prüfungsausschuss) die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungswiese des Klägers für die vier Quartale des Jahres 1998 wegen Überschreitung durchschnittlicher Arzneikosten um 103,5 %, 80,9 %, 108,9 % und 118,2 %. Auf die Mitteilung der Prüfanträge vom 21.08.2000, 06.11.2000, 01.12.2000 und 11.12.2000 für das Jahr 1999 sowie vom 26.03.2001, 21.09.2001 und 20.12.2001 für die Quartale I, III, und IV/2000 wegen Überschreitungen der durchschnittlichen Arzneimittelkosten um zwischen 81,3 % und 106,6 % reagierte der Kläger ebenso wenig wie auf die Mitteilung des Prüfungsausschusses über die wegen weiterer Überschreitungen im Umfang von zwischen 88,1 % und 108,6 % von Amts wegen eingeleiteten Prüfverfahren für die vier Quartale des Jahres 2001 vom 12.07.2002, 29.08.2002, 29.08.2002 und 12.11.2001.

Mit Beschlüssen vom 20.09.2001 (Quartale I/1998 bis IV/1999), vom 19.06.2002 (Quartale I/2000, III/2000 und IV/2000) und zwei weiteren Beschlüssen vom 09.06.2004 (Quartale I/2001 und IV/2001 sowie II/2001 und III/2001) setzte der Prüfungsausschuss Regresse wegen unwirtschaftlicher Verordnungswiese bei Arzneimitteln in einem Umfang von insgesamt 678.671,45 EUR fest.

Seine hiergegen fristgerecht eingelegten Widersprüche begründete der Kläger im Wesentlichen wie folgt: Der Rentneranteil seiner Patienten sei im Vergleich zur Fachgruppe der Allgemeinmediziner sehr hoch (von 48,85 % gegenüber der Fachgruppe von 27,58 % im Quartal I/2001 bis 58,91 % gegenüber der Fachgruppe von 28,3 % im Quartal I/1998); er behandle insbesondere viele ältere multimorbide Patienten, die wegen der hohen Anzahl von Diabetikern, Refluxoesophagitis-Patienten, Dementen, Depressiven, Osteoporose-Patienten und Asthmatikern für die Überschreitungen im Arzneimittelbereich mitursächlich seien. Der Großteil der Patienten sei zwischen 50 und 80 Jahren alt. Auffällig hoch sei die Zahl der Patienten zwischen 70 und 100. Deren Anteil betrage in sämtlichen Prüfquartalen ca. 30 %. Der Kläger legte hierzu eine Übersicht über die Altersstruktur in seiner Praxis sowie beispielhafte Auswertungen seiner Arzneimittelverordnungen für das Quartal I/2000 vor, die den kausalen Zusammenhang zwischen den überdurchschnittlichen Arzneiverordnungen und dem hohen Rentneranteil zeige. So liege etwa die Zahl der behandelten Diabetiker in der Praxis bei ca. 20 % gegenüber dem Anteil an der Gesamtbevölkerung in Deutschland von 7 bis 10 %. Die in diesem Quartal für die Osteoporosebehandlung bei 11 Rentnern angefallenen Verordnungskosten, entsprächen nahezu den gesamten Osteoporoseverordnungskosten für ca. 100 Patienten im Quartal I/2000. Ferner würde ein Großteil der Kosten durch die Behandlung von dementen und depressiven Patienten durch Rentner verursacht. Dies gelte ebenso bei der Therapie von Asthma und COPD, die im Ruhrgebiet öfter aufträten als im übrigen Bereich von Westfalen-Lippe. Ein weiterer Schwerpunkt bei der Behandlung alter Patienten sei die Therapie der Gastroösophagitis. Von den im Quartal I/2000 behandelten 86 Patienten hätten die Rentner allein Kosten i.H.v. 17.575,10 DM verursacht. Außerdem legte der Kläger Auszüge aus einer "Studie zur Versorgungsforschung" hinsichtlich der Inanspruchnahme im Leistungsbereich Arzneimittel im Jahr 2000 vor, die die Arzneimittelnutzung und -kosten der Versichertengruppe der über 60jährigen Versicherten der Volkswagen-BBK betreffen. Aus der Studie werde insbesondere deutlich, dass eine Arzneimitteltherapie bei alten Menschen teuer sei und die überproportionalen Mehraufwendungen in dem Bereich nicht alleine durch die vorgenommene Rentnergewichtung ausgeglichen werden könnten. Vielmehr sei die besondere Zusammensetzung des Patientengutes unter Berücksichtigung der Differenzierung innerhalb der Altersgruppen älterer Patienten als Praxisbesonderheit anzuerkennen.

Der Beklagte reduzierte mit Beschluss vom 15.11.2006, dem Kläger zugewandt am 26.03.2007, den Regressbetrag auf 496.488,67 EUR. Er bestätigte im Ergebnis die Beschlüsse des Prüfungsausschusses über die Regresse in den Prüfquartalen mit der Maßgabe, dass er dem Kläger eine Toleranz von jeweils + 60% beließ und den 5 %igen Apothekenrabatt sowie den 6 %igen Anteil für die Patientenzuzahlungen berücksichtigte. Es seien keine Gründe zu erkennen, die die beanstandeten Überhöhungen in vollem Umfang als notwendig und wirtschaftlich erscheinen ließen. Im Hinblick auf Praxisbesonderheiten sei eine von der Vergleichsgruppe abweichende Klientel, die die beanstandeten Überschreitungen in vollem Umfang erklären könne, nicht ersichtlich und auch nicht dargelegt worden. Es erübrigten sich nähere Ausführungen zu der vom Kläger vorgelegten "Studie zur Versorgungsforschung", da für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise der Fachgruppendurchschnitt der Allgemeinmediziner/praktischen Ärzte aus dem Versorgungsbereich der KVWL maßgeblich sei. Auch seien die Kernaussagen der Studie über die höhere Morbidität älterer Versicherter und daraus resultierender höherer Arzneimittelkosten hinlänglich bekannt. Dies gelte nicht nur für die Praxis des Klägers, sondern auch für die Fachgruppe, was die in diesem Prüfverfahren maßgeblichen Quartalsstatistiken bestätigten. Der jeweilige Fachgruppendurchschnitt sei entsprechend den Versichertenanteilen des Klägers in seiner Klientel gewichtet und dem überhöhten Anteil der kostenintensiveren Versichertengruppe der Rentner Rechnung getragen worden. Ferner könne der Hinweis auf die Betreuung alter und zum Teil hochbetagter Patienten den Kläger nicht vollständig entlasten. Es sei auf die Indizwirkung der Abrechnungshäufigkeit der Gebührennummer (GBN) 32 des Einheitlichen Bemessungsmaßstabes (EBM) für eine vermehrte Betreuung von alten Patienten bzw. Patienten in Altenheimen hinzuweisen. Ausweislich der für die Prüfquartale vorliegenden Häufigkeitsstatistiken seien zwischen 100 (I/1998) und 49 (III/2001) Mitbesuche nach der GNR 32 EBM ("Besuch eines weiteren Kranken derselben sozialen Gemeinschaft, z.B. Altenheime, ...") abgerechnet worden. Darin sehe der Beklagte vor dem Hintergrund der nahezu durchschnittlichen Fallzahl in den Prüfquartalen keine Besonderheit gegenüber der Fachgruppe, zumal auch von anderen Allgemeinmedizinern Alten- und Pflegeheime betreut würden und deren Kosten ebenfalls in die Durchschnittsberechnungen einfließen. Überdies seien auch anhand der vorgelegten Patientenunterlagen und nach eingehender Durchsicht der eingereichten Patientenaufstellungen keine Besonderheiten innerhalb der behandelten Klientel ersichtlich, die die vorliegenden Überschreitungen der Arzneikosten in vollem Umfang rechtfertigen könnten. Soweit der Kläger im Beschwerdeverfahren Patientenlisten aus den Bereichen Diabetes, Osteoporose, Depression, Asthma/Lungenkrankheit und Magen-/Darmerkrankungen beigefügt habe, sei darauf hinzuweisen, dass in vielen der angeführten Fälle die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelverordnungen und die Ausschöpfung anderer, nicht medikamentöser Maßnahmen nicht nachgewiesen sei. So solle grundsätzlich der nicht-medikamentösen Therapie, insbesondere bei der Behandlung der häufig vorliegenden Osteoporose ohne pathologische Fraktur entsprechend der "Handlungsleitlinie Osteoporose aus Empfehlungen zur Prävention und Therapie der Osteoporose -Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft", der Vorzug gegenüber medikamentösen Behandlungen eingeräumt werden. Entsprechendes sei anhand der vorgelegten Unterlagen nicht ersichtlich gewesen. Ferner habe auch in der Diabetikerbehandlung keine Besonderheit gegenüber der Fachgruppe festgestellt werden können, die die vorliegenden Überschreitungen in voller Höhe hätten rechtfertigen können. So sei die entsprechende Klientel fachgruppentypisch und stelle schon aus diesem Grunde keine Besonderheit dar. Darüber hinaus sei eine vermehrte Behandlung von Diabetespatienten in der Klientel des Klägers nicht feststellbar. Auch erscheine der vom Kläger geschätzte durchschnittliche Diabetikeranteil von lediglich 10 % trotz der fehlenden Vergleichsgruppenwerte aus Westfalen-Lippe nicht sachgerecht. Die Vermutung, dass der vom Kläger berechnete Durchschnittswert nicht angemessen sei, werde durch eine wissenschaftliche und damit entsprechend aussagekräftige Studie zu diesem Thema gestützt. Im Rahmen einer prospektiven Querschnittstudie mit dem Titel "Prävalenz, medikamentöse Behandlung und Einstellung des Diabetes mellitus in der Hausarztpraxis" seien auf der Grundlage einer bundesweiten Zufallsstichprobe von 3.188 Hausarztpraxen (mit 55.518 Patienten im September 2003 standardisiert mit Fragebögen, Arztgespräch und Labormessungen untersucht worden. Als Ergebnis sei u.a. festgestellt worden, dass eine Prävalenz des Diabetes mellitus Typ 1 von 0,5 % und des Typ II von 14,7 % dokumentiert werden konnte. Von daher habe sich die Annahme des Klägers, dass in der durchschnittlichen allgemeinmedizinischen Praxis ein Anteil von lediglich 10 % Diabetikern behandelt werde und der vorliegende Anteil in der Praxis des Klägers damit deutlich erhöht sei, anhand der Studienergebnisse insgesamt nicht bestätigen lassen. Ferner hätten sich bei verschiedenen Krankheitsbildern (Diabetes, Demenz/Depression, Atemwegserkrankungen) große Differenzen bei der Höhe der verordneten Arzneikosten bei - beispielhaft genannten - Patienten gezeigt, die durch den Kläger hätten näher erläutert werden können. Die angeführten Patienten und die in diesen Fällen verordneten Arzneimittelkosten ließen damit keine Rückschlüsse auf eine gegenüber der Vergleichsgruppe vermehrte Behandlungsnotwendigkeit zu. Auch sei die Behauptung vermehrter Atemwegserkrankungen im Ruhrgebiet nicht durch entsprechende Statistiken und wissenschaftliche Studien belegt. Soweit der Kläger umfangreich Patienten aufgelistet habe, bei denen durch niedergelassene Fachärzte und stationäre Einrichtungen Gastroskopien bzw. Oesophago- Gastro- und Doudenoskopien durchgeführt und empfohlene Präparate von ihm weiterverordnet worden seien, bestehe die Überzeugung, dass derartige Fälle auch in anderen Praxen der Vergleichsgruppe betreut würden und deren Behandlungskosten im Fachgruppendurchschnitt enthalten seien. Die angeführten Arznelisten entsprechend der Richtgrößenstatistik des Jahres 2002 seien wenig hilfreich, eine Besonderheit in den Quartalen aus I/1998 bis IV/2001 zu begründen. Die Behandlung vieler polymorbider alter Patienten sowie einzelner kostenintensiver Patienten stelle grundsätzlich keine Praxisbesonderheit dar, da schwere und teure Behandlungsfälle in jeder Praxis anzutreffen seien. Der Kläger habe nicht dargelegt, dass er mehr schwere Fälle zu behandeln gehabt habe als der Durchschnitt. Hinsichtlich der geltend gemachten Ursächlichkeit der Behandlung polymorbider Rentner für die vorliegenden Überschreitungen sei auf die laut Verordnungsstatistiken zum Teil ganz erheblichen prozentualen Überschreitungen in allen Versichertenbereichen hinzuweisen. Es sei insgesamt festzustellen, dass in einem zu hohen Maße medikamentöse Therapie betrieben worden sei. Es werde jedoch nicht in Abrede gestellt, dass bei älteren Patienten die angesprochenen Krankheitsbilder Diabetes, Osteoporose, Depression, Asthma/Lungenkrankheit und Magen-/Darmerkrankungen vermehrt auftreten könnten. Insofern erscheine die vom Prüfungsausschuss belassene Toleranz von + 50 % vor dem Hintergrund der zweifelsfrei über dem Durchschnitt liegenden Altersstruktur nicht geeignet, der von ihm behandelten Klientel gerecht zu werden. Daher seien die festgesetzten Regresse in der Form zu reduzieren, dass in den Prüfquartalen jeweils eine Toleranz von 60 % verbleibe.

Gegen den Beschluss des Beklagten hat sich die am 10.04.2007 erhobene Klage gerichtet.

Der Kläger hat unter Wiederholung und Vertiefung seines Vorbringens vorgetragen: Hinsichtlich der Ausführungen des Beklagten zur Studie zum Thema Anzahl der Diabetiker im hausärztlichen Praxen sowie der Erwähnung einer ICD-10-Statistik zum durchschnittlichen Diabetikeranteil liege ein Verstoß gegen den Grundsatz des rechtlichen Gehörs vor. Die erwähnte Studie sei ihm nicht zur Kenntnis gegeben und auch nicht in der mündlichen Verhandlung vor dem Beklagten am 15.11.2006 thematisiert worden. Hinsichtlich der ICD-10-Statistik werde nicht deutlich, ob diese sich auf die von ihm übersandte Statistik beziehe oder der Beklagte eine eigene Statistik erstellt habe, die ihm ebenfalls nicht vorgelegt worden sei. Soweit der Beklagte der Ansicht sei, dem 50 %igen Rentneranteil in seiner Klientel mittels Durchführung einer Rentnergewichtung ausreichend Rechnung getragen zu haben, stelle dies einen Beurteilungsfehler dar, denn der hohe Rentneranteil sei als Praxisbesonderheit zu werten. Angesichts des indiziellen Charakters der im Beschwerdeverfahren bereits vorgelegten

Studie zur Versorgungsforschung hätte sich dem Beklagten aufdrängen müssen, die Aussagekraft der Rentnergewichtung zu überdenken, da vorwiegend ältere Rentner behandelt würden und die Kosten der Arzneimittelbehandlung nicht für alle Rentner gleich sei, sondern überproportional mit dem Alter ansteige. Dies gelte auch für die Behandlung "rentnertypischer" Krankheiten. Der Beklagte hätte ferner auf der Grundlage der Daten der Beigeladenen schätzen müssen, wie hoch die zusätzlichen Kosten für den erhöhten Anteil der Diabetiker liegen. Hinsichtlich der durchschnittlichen Kosten für einen Typ II-Diabetiker hätte er auf Daten zu den DSP und Disease-Management-Programmen zurückgreifen können. Zudem hätte sich der Beklagte ausführlicher mit der vorgelegten Richtgrößen-Statistik für das Jahr 2002 auch hinsichtlich des Ordnungsverhaltens in den streitigen Prüfquartalen auseinandersetzen müssen. Auch hätte der Beklagte mit Blick auf die Prüfungsverfahren 2002 und 2003 erweiterte Arzneimitteldaten von den Beigeladenen zu 1) - 6) anfordern können, um ein vollständiges Bild über sein Ordnungsverhalten zu erlangen. Ferner seien in den streitigen Prüfquartalen noch abgelehnte Praxisbesonderheiten in den Prüfverfahren für 2002 (Richtgrößenprüfung) und 2003 (statistischer Fallkostenvergleich) von Amts wegen anerkannt worden. Dies verstoße gegen logische Denkansätze und sei nicht mit einer intellektuellen Prüfung vereinbar. Soweit der Beklagte mit einer besseren Datenlage 2002 und 2003 argumentiere, sei auf seine Amtsermittlungspflicht hinzuweisen. Der Vorhalt, er habe insbesondere bei Osteoporosebehandlungen nicht entsprechend der Behandlungsleitlinie therapiert, sei mit Blick auf unterschiedliche Therapieansätze je nach vorhandener Knochendichte zumindest missverständlich. Auch sei die Leitlinie der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft erst 2003 veröffentlicht worden, so dass er sich nicht hieran habe orientieren können. Ferner habe die Feststellung des Beklagten, dass den Ordnungsstatistiken in allen versicherten Bereichen zum Teil ganz erhebliche prozentuale Überschreitungen zu entnehmen seien, angesichts dessen, dass das Ordnungsverhalten im Wesentlichen durch die Rentner bestimmt werde, keine Aussagekraft. Schließlich werde er dadurch benachteiligt, dass die Arzneimittelverordnungen für Knappschaftsversicherte nicht in das Gesamtordnungsvolumen der Allgemeinmediziner in Westfalen-Lippe einfließen, wenn diese von Knappschaftsärzten ausgestellt würden. Dadurch käme es für ihn zu statischen Verschiebungen im Vergleich zu Knappschaftsärzten, da er viele Knappschaftsversicherte behandle, ohne selbst Knappschaftsarzt zu sein. Da erhebliche Arzneimittelkosten gerade für diese Patienten entstanden seien, sei er als Vertragsarzt im Ruhrgebiet benachteiligt. Der Kläger hat beantragt,

den Beschluss des Beklagten vom 15.11.2006 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, über seine Widersprüche unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden,

hilfsweise, Beweis über die Frage zu erheben, ob die durchgeführte Rentnergewichtung nach mathematischen Grundsätzen überhaupt zu sachgerechten Ergebnissen führen kann.

Der Beklagte sowie die Beigeladenen zu 1) bis 3) haben beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beigeladenen zu 4) bis 7) haben keine Anträge gestellt.

Der Beklagte, der im Übrigen Bezug auf den angefochtenen Beschluss genommen hat, hat ausgeführt: Der Kläger habe die in den Statistiken ausgewiesenen und auch im angegriffenen Beschluss festgestellten Überschreitungen bei den Mitglieder- und Familienangehörigen nicht widerlegt. Insbesondere sei der Kläger nicht mit den hausärztlichen Kollegen in seiner Umgebung verglichen worden, die Knappschaftsärzte seien. Die Vergleichsgruppe setze sich aus vielen in Westfalen-Lippe tätigen Hausärzten zusammen, die auch Versicherte der Knappschaft behandelten und mit Arzneimitteln versorgten, ohne Knappschaftsarzt zu sein. Es gebe keinen Nachweis dafür, dass knappschaftlich Versicherte höhere Ordnungskosten bewirkten als andere gesetzlich Krankenversicherte.

Auch die Beigeladene zu 4) ist der Behauptung des Klägers entgegen getreten, dass Knappschaftsärzte bei der Vergleichsberechnung einen Vorteil hätten. Die knappschaftlichen Behandlungsfälle gingen nicht in die Vergleichsberechnung ein, wodurch bei den Knappschaftsärzten auch die Anzahl der Behandlungsfälle geringer seien. Es könne auch nicht nachgewiesen werden, dass knappschaftlich Versicherte höhere Ordnungskosten bewirkten als die übrigen GKV-Versicherten. Im Übrigen sei ein Vergleich der knappschaftlichen Fallwerte des Klägers mit den Fallwerten im Knappschaftssystem nicht geeignet, da es sich um zwei unterschiedliche Systeme handle. Zudem werde der Fallwert im Knappschaftsarztsystem aus Ordnungskosten und Behandlungsfällen von Knappschaftsärzten der Regionen Westfalen-Lippe, Nordrhein und Saarland insgesamt gebildet, wohingegen der Fallwert bei der Beigeladenen zu 7) nur aus Ordnungskosten und Behandlungsfällen aus der Region Westfalen-Lippe gebildet werde. Insofern könne nicht ausgeschlossen werden, dass es aufgrund der regional unterschiedlichen Betrachtung zu ebenso unterschiedlichen Fallwerten komme. Aber auch der bisher noch nicht berechnete Fallwert im Knappschaftsarztsystem nur für die Region Westfalen-Lippe sei für einen Vergleich nicht geeignet, da aufgrund von besonderen Behandlungsprogrammen, bei denen zur Vermeidung und Verkürzung von stationären Behandlungen auf eine intensivere Arzneimitteltherapie gesetzt werde, ein höherer Fallwert zu erwarten sei. Schlussendlich sei die Vornahme eines Vergleichs mit dem Knappschaftsarztsystem aus datentechnischen Gründen nicht möglich, da die vom Kläger geforderten knappschaftlichen Ordnungsdaten nach Ablauf von vier Jahren zu löschen gewesen seien.

Das Sozialgericht (SG) Dortmund hat die Klage mit Urteil vom 25.02.2010 zurückgewiesen. Der angefochtene Beschluss sei formell rechtmäßig. Insbesondere seien die Prüfanträge rechtzeitig erstellt worden, die vierjährige Ausschlussfrist eingehalten und die Voraussetzung einer Verwirkung des Regresses nicht gegeben. Der Beklagte habe auch den Anspruch des Klägers auf rechtliches Gehör nicht verletzt, da die beanstandeten Passagen, in denen dieser auf die ICD-10-Statistik und auf eine Studie hinweise, keine entscheidungstragenden Gründe, sondern lediglich Hilfserwägungen enthielten, die dessen Auffassung zusätzlich stützen sollten. Der angefochtene Beschluss sei auch materiell rechtmäßig. Der Beklagte habe den erhöhten Rentneranteil des Klägers ausreichend dadurch berücksichtigt, dass er gewichtete Fachgruppenwerte gebildet und sich im Übrigen mit dessen Vortrag im Prüfungs- und Beschwerdeverfahren, einen überdurchschnittlichen Anteil an besonders alten und polymorbiden Rentnern zu haben, eingehend und beanstandungsfrei auseinandergesetzt, sich hierbei insbesondere nicht auf den statistischen Fallkostenvergleich anhand des ihm von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten Datenmaterials beschränkt, sondern im Sinne einer intellektuellen Prüfung die vom Kläger eingereichten Patientenunterlagen bzw. Aufstellungen durchgesehen und sie im Rahmen des angefochtenen Beschlusses verwertet bzw. berücksichtigt habe. Der Beklagte sei insbesondere auch beanstandungsfrei zu dem Ergebnis gelangt, dass die statistischen Arzneydaten aus 2002 nicht zwangsläufig für die vorliegenden Prüfquartale Aussagekraft besäßen und zur Beurteilung, ob Besonderheiten in der Klientel des Klägers vorliegen, nicht sachdienlich seien. Dass die Datengrundlage in den Jahren 2002 und 2003 im Hinblick auf die eingeführte

Richtgrößenprüfung eine andere, offenbar bessere gewesen sei als in den streitigen Prüfquartalen, sei einer veränderten Rechtslage geschuldet und ändere nichts daran, dass der Beklagte berechtigt gewesen sei, die Prüfung der hier streitigen Quartale anhand der für diese Quartale zur Verfügung stehenden Daten und Statistiken vorzunehmen. Soweit der Kläger auf den Amtsermittlungsgrundsatz verweise, verkenne er die ihm obliegende materielle Darlegungs- und Feststellungslast für den Nachweis von Praxisbesonderheiten. Dies zugrunde legend habe er auch keinen Nachweis darüber zu führen vermocht, dass gerade das Morbiditätsrisiko der Gruppe der Knappschaftsversicherten höher sei als das der bei anderen Krankenkassen versicherten Rentner. Der Beklagte habe rechtsfehlerfrei kompensatorische Einsparungen verneint und ebenso rechtsfehlerfrei den Umfang des Regresses festgesetzt. Auch der Hilfsantrag des Klägers sei unbegründet; die von ihm begehrte Beweisaufnahme sei auf ein nicht beweisbedürftiges Thema gerichtet, da sein Vorbringen nicht geeignet sei, ernsthafte Zweifel an der von dem Beklagten vorgenommenen Rentnergewichtung zu begründen. Zudem würde die vom Kläger begehrte Beweiserhebung den dem Beklagten zustehenden Beurteilungsspielraum auch und gerade bei der Bildung von Vergleichsgruppen im Rahmen der statistischen Prüfung unzulässig einengen.

Der Kläger hat gegen das ihm am 26.03.2010 zugestellte Urteil am 26.04.2010 Berufung eingelegt. Die Beigeladene zu 4) sei verpflichtet, die Arznei- und Heilmittelkosten pro Fall in den streitgegenständlichen Quartalen aufgliedert nach Mitgliedern, Familienangehörigen und Rentnern mitzuteilen. Er habe in seiner Praxis einen Anteil an Knappschaftspatienten von ca. 35 %. In seiner näheren Umgebung seien vermehrt Vertragsärzte tätig, die zugleich Knappschaftsärzte seien. Die Verordnungen von Arznei- und Heilmitteln für Knappschaftspatienten von Knappschaftsärzten seien nicht in der Statistik enthalten, die Grundlage des statistischen Fallkostenvergleichs geworden sei. Vielmehr würden diese Daten zentral für alle Knappschaftsärzte bei der Beigeladenen zu 4) gesammelt. In jedem Fall werde er gegenüber Vertragsärzten, die zugleich Knappschaftsärzte seien, benachteiligt, wenn Knappschaftspatienten in der Arznei- und Heilmittelversorgung teurer seien als andere Versicherte. Eine Benachteiligung wäre auch anderen Vertragsärzten gegenüber gegeben, die weniger Knappschaftspatienten betreuten. Insofern seien die von der Beigeladenen zu 4) begehrten Daten entscheidungserheblich. Soweit darauf verwiesen werde, dass der Fallwert der Knappschaftsärzte in Westfalen-Lippe für einen Vergleich nicht geeignet wäre, da es besondere Behandlungsprogramme gebe, bei denen auf eine intensivere Arzneimitteltherapie gesetzt werde zur Vermeidung von stationären Behandlungen, so müsse dies in gleicher Weise für Vertragsärzte gelten, die Knappschaftspatienten behandelten. Die Annahme, dass Knappschaftspatienten teurer seien, werde somit bestätigt. Hinzuweisen sei darauf, dass entgegen der Auffassung des SG mit den Daten der Beigeladenen zu 4) keine Praxisbesonderheit bewiesen, sondern die Aussagekraft der Statistik geprüft werden solle. Damit handele es sich um eine Sachverhaltsaufklärung, die dem Beklagten im Rahmen des Beurteilungsspielraums obliege. Es sei zu klären, ob die im Rahmen des statistischen Fallkostenvergleichs verwandte Statistik aussagekräftig sei im Hinblick auf seinen hohen Anteil an Knappschaftspatienten und die Lage seiner Praxis. Sollten die Verordnungskosten für Knappschaftsversicherte höher sein als für Versicherte in der vertragsärztlichen Versorgung, würde sich für Ärzte, die überdurchschnittlich viele Knappschaftspatienten behandelten, ohne Knappschaftsarzt zu sein, eine Praxisbesonderheit ergeben. Im Übrigen sei aufgefallen, dass die Arzneimittelstatistik für das Quartal I/1999 in unterschiedlichen Varianten existiere. Danach sei das Verordnungsvolumen in der Statistik vom 03.02.2000 mit 397.678,02 DM festgelegt worden und in der Statistik vom 02.11.2000 mit 420.919,79 DM, wobei die Fallzahl mit 1.148 Fällen gleich sei. Auch hier bedürfe es der Aufklärung, welche Statistik richtig sei.

Im Übrigen hat der Kläger einen Verstoß gegen seinen Anspruch auf rechtliches Gehör gerügt. Die von dem Beklagten zur Begründung des angefochtenen Beschlusses herangezogenen ICD-10-Statistiken seien für ihn von entscheidungserheblicher Bedeutung, da anhand dieser überprüft werden könne, ob der Anteil der Rentner mit Magen-Darm-Erkrankungen, Diabetes, COPD und Depressionen höher sei als in der Fachgruppe. Das Landessozialgericht (LSG) habe in seinem Beschluss vom 05.10.2007 - [L 10 B 10/07](#) KA ER - darauf hingewiesen, dass die Frage, ob der Beklagte eine eigene Statistik erstellt oder aber die ihm übersandte Statistik zitiert habe, im Hauptsacheverfahren geklärt werden solle. Das SG habe dies nicht als entscheidungserheblich angesehen. Der Anteil an einer bestimmten Patientengruppe, der im Arzneimittelbereich erhebliche Kosten auslöse, sei jedoch dann entscheidungserheblich, wenn er vom Durchschnitt der Fachgruppe abweiche. Der angefochtene Beschluss sei materiell rechtswidrig, weil die Praxisbesonderheit des hohen Rentneranteils nicht anerkannt und der Anteil an Knappschaftspatienten gewürdigt worden sei. Darüber hinaus sei auch auf der Rechtsfolgenseite dem Rentneranteil nicht ausreichend Rechnung getragen worden. Insofern lägen sowohl Beurteilungs- als auch Ermessensfehler vor. Eine intellektuelle Überprüfung habe nicht stattgefunden.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 25.02.2010 abzuändern und den Beklagten unter Aufhebung seines Beschlusses vom 15.11.2006 zu verpflichten über seine Widersprüche gegen die Beschlüsse des Prüfungsausschusses vom 20.09.2001, 19.06.2002 sowie die beiden Beschlüsse vom 09.06.2004 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu entscheiden.

Der Beklagte und die Beigeladenen zu 1) und 2) beantragen,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte verweist zur Begründung auf den angefochtenen Beschluss sowie die seiner Auffassung nach zutreffenden Ausführungen des SG im angefochtenen Urteil. Er bleibe dabei, dass der Kläger im Verwaltungsverfahren keinen Nachweis darüber geführt habe, dass gerade das Morbiditätsrisiko der Knappschaftsversicherten höher sei als das der bei anderen Krankenkassen versicherten Rentner. Er habe eine Durchsicht der Behandlungsausweise und der vorliegenden Verordnungen vorgenommen und keine spezielle Klientel oder besondere Häufung kosten- und verordnungsintensiver Behandlungsfälle festgestellt.

Die Beigeladene zu 4) hat unter Bezug auf ihren erstinstanzlichen Vortrag ergänzend wie folgt Stellung genommen: Soweit der Kläger in Frage stelle, ob für den statistischen Fallkostenvergleich eine vergleichbare Datenbasis zugrunde gelegt worden sei, weise sie darauf hin, dass es sich bei der vorliegenden Prüfung um eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Fachgruppendurchschnittswerten handele. Die hierfür erforderlichen Behandlungs- und Verordnungsdaten erhielten die Prüfstellen von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen. Das Knappschaftsarztssystem sei jedoch nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Daher sei für die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Knappschaftsärzte ausschließlich die Knappschaft selbst zuständig. Aus diesem Grund dürften arzt- und versichertenbezogene Behandlungs- oder Verordnungsdaten von Knappschaftsärzten nicht an Prüfstellen der vertragsärztlichen Versorgung weitergeleitet werden. Für die vom Kläger bemängelte Vergleichsmethode würden von der Fachgruppe alle Verordnungskosten des

vertragsärztlichen Bereichs in Westfalen-Lippe herangezogen. Darin seien mehr als 75 % der Verordnungskosten der knappschaftlich Versicherten enthalten, da diese nicht von Knappschaftsärzten behandelt würden. Dadurch sei eine für einen statistischen Fallkostenvergleich notwendige repräsentative und weit mehr als ausreichend große Datenbasis vorhanden. Soweit der Kläger behauptete, knappschaftliche Versicherte würden höhere Verordnungskosten verursachen, wäre dies als Praxisbesonderheit für jeden Einzelfall nachzuweisen. Entsprechende Fachgruppendurchschnittswerte des Knappschaftsarzt systems zum Vergleich, ob knappschaftlich Versicherte höhere Verordnungskosten verursachten, stünden nicht zur Verfügung. Die Verordnungsdaten von Knappschaftsärzten seien zu löschen gewesen. Im Übrigen sei fraglich, ob ein Vergleich mit den Fallkosten im Knappschaftsarzt system aussagekräftig sei. Zum Einen sei ungewiss, ob dieselbe Datenbasis verwendet werde, da im Knappschaftsarzt system unbereinigte Bruttodaten - ggf. inklusive irrtümlich eingeflossener Hilfsmittelkosten - herangezogen würden, die erst im einzelnen Prüffall bereinigt würden. Zum Anderen könnten die Fallkosten im Knappschaftsarzt system aufgrund seit 1999 zunehmend geführter besonderer Versorgungsformen, bei den Krankenhauseinweisungen ggf. zu Lasten höherer Verordnungskosten vermieden werden, höher ausfallen. Diese ggf. höheren Verordnungskosten wären auf diese besondere Versorgungsformen - an denen der Kläger im Übrigen nicht teilnehme - zurückzuführen und nicht grundsätzlich auf allgemein höhere Verordnungskosten knappschaftlich Versicherter. Soweit der Kläger seine knappschaftlich versicherten Patienten per se als Praxisbesonderheit berücksichtigt wissen wolle, habe er darauf keinen Anspruch. Als Praxisbesonderheit könne nur ein außergewöhnliches Patientengut gelten und nicht die Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse. Selbst wenn zwei bis drei Patienten einer Krankenkasse Hochkostenpatienten seien, sei es nicht sachgerecht, alle anderen Patienten dieser Krankenkasse ebenfalls als Praxisbesonderheit zu berücksichtigen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie der beigezogenen Prozessakten des SG Dortmund - S 16 KA 68/07 ER und S 16 KA 69/07 ER - und die Verwaltungsvorgänge des Beklagten Bezug genommen. Diese waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen, denn der Bescheid des Beklagten vom 15.11.2006 ist rechtmäßig und beschwert den Kläger nicht (§ 54 Abs. 2 Satz 1 Sozi-algerichtsgesetz (SGG)). Der Senat nimmt Bezug auf die Entscheidungen des Beklagten und des SG ([§§ 136 Abs. 3](#), [153 Abs. 2 SGG](#)) und führt ergänzend aus:

Rechtsgrundlage für Regresse wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise ist [§ 106 Abs. 2 Nr. 1](#) 1. Alternative Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) hier zu Grunde zu legen in der ab 1998 unveränderten Fassung des GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23.06.1997 ([BGBl I 1520](#)), der bis zum 31.12.2003 die Prüfung nach Durchschnittswerten als Regelprüfmethode vorsah. Rechtliche, insbesondere verfassungsrechtliche Bedenken bestehen dagegen nicht (u.v.a. Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 06.12.2004 - [B 6 KA 84/03 R](#) -, schon zuvor Bundesverfassungsgericht (BVerfG), Beschluss vom 29.05.1978 - [1 BvR 951/77](#) -) und werden auch vom Kläger nicht geltend gemacht.

Der auf diese Ermächtigungsgrundlage gestützte, vom Kläger angefochtene Be-schluss des Beklagten ist formell rechtmäßig. Soweit der Kläger im Berufungsverfahren weiterhin die Auffassung vertritt, der Beklagte habe sein Recht auf rechtliches Gehör ([§ 24 Abs. 1 SGB X](#)) verletzt, sieht der Senat auch unter Würdigung des insoweit vertiefenden Vortrags keinen Anlass, von dem Beschluss vom 05.10.2007 - [L 10 B 10/07](#) KA ER - abzuweichen, der - insofern auszugsweise - wie folgt lautet:

"Nach [§ 24 Abs. 1 SGB X](#) muss einem Beteiligten Gelegenheit zur Stellung-nahme zu den entscheidungserheblichen Tatsachen gegeben werden, bevor ein Verwaltungsakt erlassen wird, der in seine Rechte eingreift. Was unter einer erheblichen Tatsache i.S. von [§ 24 Abs. 1 SGB X](#) zu verstehen ist, richtet sich nach Art und Inhalt des Verwaltungsaktes, dessen Erlass beabsichtigt ist (vgl. [BSGE 44, 207](#), 211 = [SozR 1300 § 24 Nr. 2](#) S. 2; Nr. 4 S. 6; [SozR 3-1300 § 24 Nr. 13](#) S. 34 f.) sowie nach den Umständen des Einzelfalles und den jeweils an-zuwendenden Vorschriften (BSG vom 28.04.1999 - [B 9 SB 5/98 R](#) -). Entscheidungserheblich in diesem Sinn sind alle Tatsachen, auf welche die Behörde den Verfügungssatz zumindest auch gestützt hat oder auf die es nach ihrer materiell-rechtlichen Sicht ankommt (BSG vom 26.09.1991 - [4 RK 4/91](#) -). Beurteilungsmaßstab für die Entscheidungserheblichkeit ist die Rechtsauffassung der Behörde (vgl. von Wulffen, SGB X, 5. Auflage, 2005, § 24 Rdn. 8).

Die vom Beschwerdegegner auf Seite 12 des angefochtenen Bescheides in Bezug genommen ICD-10 Statistik bezweckte lediglich zu bestätigen, dass der Anteil der mit einem diabetischen Krankheitsbild behandelten Patienten sich auf 17 % in I/2000 und durchschnittlich auf ca. 20 % beläuft. Die Formulierung "bestätigen" deutet auf eine die Entscheidung nicht tragenden Hilferwägung hin. Soweit der Beschwerdeführer hinterfragt, ob der Beschwerdegegner eine eigene Statistik erstellt oder aber die ihm übersandte Statistik zitiert habe, mag diese Frage, sofern entscheidungserheblich, im Hauptsacheverfahren geklärt werden."

Der Einwand des Klägers, entgegen der Auffassung des SG sei die ICD-10-Statistik "für ihn" entscheidungserheblich, da anhand dieser überprüft werden könne, ob der Anteil der Rentner mit Magen-Darm-Erkrankungen, Diabetes, COPD und Depressionen höher sei als in der Fachgruppe, greift nicht. Es kommt in Bezug auf die vom Kläger gerügte Rechtsverletzung des [§ 24 Abs. 1 SGB X](#) - wie oben ausgeführt - nicht darauf an, ob er - zu Recht oder Unrecht - die benannte Statistik für rechtserheblich hält, sondern darauf, ob der Beklagte den Verfügungssatz auf die Statistik gestützt hat oder ob es nach seiner materiell-rechtlichen Ansicht auf die Statistik objektiv ankommt. Dies ist mit dem SG zu verneinen. Ob der Beklagte "eine eigene Statistik erstellt oder aber die ihm übersandte Statistik zitiert" hat, ist keine Frage einer ordnungsgemäßen Anhörung, sondern - wie es auch aus dem obigen Beschluss hervorgeht - allenfalls eine im Rahmen der Prüfung der materiellen Rechtslage zu klärende Frage, die jedoch zu verneinen ist, denn der angefochtene Beschluss des Beklagten ist auch materiell-rechtlich nicht zu beanstanden.

Nach den zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch arztbezogene Prüfungen ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen ist die statistische Vergleichsprüfung die Regelprüfmethode (u.v.a. BSG, Urteile vom 09.09.1998 - [B 6 KA 50/97 R](#) -, 09.06.1999 - [B 6 KA 21/98 R](#) -, 06.09.2000 - [B 6 KA 46/99 R](#) -, 12.12.2001 - [B 6 KA 7/01 R](#) - und vom 16.07.2003 - [B 6 KA 45/02 R](#) -). Die Abrechnungs- bzw. Verordnungswerte des Arztes werden mit denjenigen seiner

Fachgruppe - bzw. ggf. mit denen einer nach verfeinerten Kriterien gebildeten engeren Vergleichsgruppe - im selben Quartal verglichen. Ergänzt durch die sog. intellektuelle Betrachtung, bei der medizinisch-ärztliche Gesichtspunkte berücksichtigt werden, ist dies die Methode, die typischerweise die umfassendsten Erkenntnisse bringt (u.v.a. BSG, Urteil vom 10.05.2000 - [B 6 KA 25/99 R](#) -, 06.09.2000 - [B 6 KA 24/99 R](#) -, 12.12.2001 - [B 6 KA 7/01 R](#) - und vom 16.07.2003 - [B 6 KA 45/02 R](#) -). Ergibt die Prüfung, dass der Behandlungs-/Verordnungsaufwand des Arztes je Fall bei dem Gesamtfallwert, bei Sparten- oder bei Einzelleistungswerten in offensichtlichem Missverhältnis zum durchschnittlichen Aufwand der Vergleichsgruppe steht, mithin ihn in einem Ausmaß überschreitet, das sich im Regelfall nicht mehr durch Unterschiede in der Praxisstruktur oder in den Behandlungs-/Verordnungsnotwendigkeiten erklären lässt, hat das die Wirkung eines Anscheinsbeweises der Unwirtschaftlichkeit (u.v.a. BSG, Urteil vom 06.09.2000 - [B 6 KA 24/99 R](#) - und [B 6 KA 46/99 R](#) -, 11.12.2002 - [B 6 KA 1/02 R](#) - und vom 16.07.2003 - [B 6 KA 45/02 R](#) -). Dieser wird nur dann entkräftet, wenn der betroffene Arzt darlegt - und sich dies als zutreffend erweist -, dass bei seiner Arztpraxis besondere, einen höheren Behandlungsaufwand rechtfertigende Umstände vorliegen, die für die zum Vergleich herangezogenen Ärzte untypisch sind.

Die Verordnungskosten des Klägers für Arzneimittel überschritten in den Prüfquartalen I/1998 bis IV/2001 die Verordnungskosten der Vergleichsgruppe um zwischen 80,9 % und 118,2 %. Dabei hat der Beklagte zutreffend die Abrechnungswerte der zugelassenen praktischen Ärzte, also der Fachgruppe des zu prüfenden Arztes (BSG, Urteil vom 15.04.1980 - [6 RKA 5/79](#) -) zu Grunde gelegt.

Der Einwand des Klägers, bei dem Vergleich seiner Abrechnungswerte mit denjenigen seiner Fachgruppe seien unzutreffende statistische Werte zugrunde gelegt worden, weil er in seiner Praxis ca. 35% Knappschaftspatienten behandle und deren Behandlungskosten in seine Abrechnungswerte einfließen, während in der Vergleichsgruppe Behandlungskosten von Knappschaftspatienten bei den Vertragsärzten nicht berücksichtigt würden, sofern sie einen Knappschaftsarztvertrag abgeschlossen hätten, mithin unmittelbar mit der Knappschaft abrechnen würden, greift nicht. Dies könnte - wenn überhaupt - allenfalls zu geringfügigen Verschiebungen bei den statistischen Abrechnungswerten führen, wenn die Versorgung von Knappschaftspatienten durch Vertragsärzte (respektive durch den Kläger), die keinen Knappschaftsarztvertrag abgeschlossen haben, Mehrkosten im Vergleich zu den übrigen GKV-Patienten verursachen würde. Eine allenfalls geringfügige Verschiebung, der bereits durch Einräumung einer Überschreitungstoleranz von + 60 % im Vergleich zur Fachgruppe mehr als hinreichend Rechnung getragen worden ist, kommt schon deshalb nur in Betracht, weil die von dem Kläger geschilderte Konstellation für die gesamte Vergleichsgruppe der praktischen Ärzte gilt. In die Vergleichswerte sind mehr als 75 % der Verordnungskosten der knappschaftlich Versicherten eingeflossen, da diese in diesem Umfang nicht von Knappschaftsärzten, sondern von den der Vergleichsgruppe angehörigen Ärzten, die keinen Knappschaftsvertrag geschlossen haben, veranlasst wurden.

Ungeachtet dessen ist bereits die von dem Kläger gesetzte Prämisse, nämlich dass Knappschaftsversicherte, sofern sie von Ärzten behandelt werden, die keinen Knappschaftsarztvertrag abgeschlossen haben, höhere Kosten verursachen würden, nicht erfüllt. Dabei kommt es noch nicht einmal darauf an, dass hinsichtlich des Leistungsrechts und des Leistungserbringerrechts sowohl für die knappschaftlich Versicherten als auch die Knappschaft als Krankenversicherungsträger uneingeschränkt die allgemeinen Vorschriften des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung gelten (BSG, Urteil vom 13.05.1998 - [B 6 KA 53/97 R](#) -), da es keinen Kostenunterschied der verordneten Arzneimittel abhängig von der Kassenzugehörigkeit gibt. Die Höhe des von den Krankenkassen für die Medikamente zu zahlenden Preises bedarf keiner gesonderten vertraglichen Regelung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringer. Es gelten einheitliche Preise, die sich zunächst aus den Handelsspannen der Apotheker zusammensetzen, die bei dem Verkauf von verschreibungspflichtigen Medikamenten in der gemäß [§ 78](#) Arzneimittelgesetz erlassenen Arzneimittelpreisverordnung geregelt sind. Deren Regelungen gelten bei der Abgabe von Medikamenten gleichermaßen für alle Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen wie im Übrigen auch für Privatversicherte.

Eine höhere Kostenverursachung durch Knappschaftsversicherte käme damit letztlich nur noch in Betracht, wenn diese kränker wären als die übrigen GKV-Patienten, d.h. mehr und/oder teurerer Arzneimittel bedürften. Anhaltspunkte dafür bestehen nicht. Unabhängig davon, dass der Beigeladenen zu 4) nach ihrem Vorbringen Abrechnungswerte für knappschaftlich Versicherte nicht mehr vorliegen, wären solche Statistiken schon deshalb nicht geeignet die Vermutung des Klägers zu bestätigen, weil, wie die Beigeladene zu 4) ausgeführt hat, zum Einen im Knappschaftsarztssystem unbereinigte Bruttodaten - ggf. inklusive irrtümlich eingeflossener Hilfsmittelkosten - herangezogen werden, die erst im einzelnen Prüffall bereinigt werden. Zum anderen besagen solche Zahlen schon deshalb Nichts, weil die Fallkosten im Knappschaftsarztssystem aufgrund seit 1999 zunehmend geführter besonderer Versorgungsformen, bei denen Krankenhauseinweisungen ggf. zu Lasten höherer Verordnungskosten vermieden würden, höher ausfallen können. Diese ggf. höheren Verordnungskosten wären dabei aber auf diese besondere Versorgungsformen - an denen der Kläger nicht teilnimmt - zurückzuführen und nicht grundsätzlich auf allgemein höhere Verordnungskosten knappschaftlich Versicherter. Ungeachtet dessen könnte anhand solcher Statistiken der Beigeladenen zu 4) allenfalls belegt werden, dass Ärzte, die einen Knappschaftsarztvertrag geschlossen haben, höhere oder ggf. auch niedrigere Verordnungskosten verursachen. Das ist schon deshalb beweiserheblich, weil die Abrechnungswerte dieser Ärzte nicht die Statistiken des Beklagten einfließen.

Im Rahmen des ihm zukommenden Beurteilungsspielraums hat der Beklagte die von ihm danach zu Recht festgestellten Überschreitungen dem Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses zugeordnet. Die vom ihm zu Grunde gelegte 40 %-Grenze unterliegt keinen Beanstandungen (s. dazu im Einzelnen BSG, Urteil vom 23.02.2005 - [R 6 KA 79/03](#) -). Selbst gegen Grenzwerte von unter 40 % können keine Bedenken greifen, wenn die Prüfungsgremien Besonderheiten der Praxis von vornherein mit berücksichtigt haben, es also um eine Grenzwertfestsetzung geht, die erfolgt, nachdem die statistische Vergleichsprüfung der Wirtschaftlichkeit bereits um anzuerkennende individuelle Umstände des Arztes bereinigt worden ist bzw. wenn - wie hier - solche Umstände nicht vorliegen (BSG, Urteil vom 18.06.1997 - [6 RKA 54/96](#) -).

Den danach bestehenden Anscheinsbeweis der Unwirtschaftlichkeit hat der Kläger nicht entkräftet; denn er hat nicht hinreichend dargelegt, dass bei ihm weitere besondere, einen höheren Behandlungsaufwand rechtfertigende Umstände vorliegen, die für die zum Vergleich herangezogenen Ärzte untypisch sind (u.v.a. BSG, Urteil vom 27.06.2001 - [B 6 KA 43/00](#) - m.w.N.). Eine solche Entkräftung des Anscheinsbeweises kann sich zum Einen aus Praxisbesonderheiten und zum Anderen aus sog. kompensierenden Einsparungen ergeben (u.v.a. BSG, Urteil vom 11.12.2002 - [B 6 KA 1/02 R](#) -).

Praxisbesonderheiten sind aus der Zusammensetzung der Patienten herrührende Umstände, die sich auf das Behandlungsverhalten des Arztes auswirken und in den Praxen der Vergleichsgruppe nicht in entsprechender Weise anzutreffen sind (u.v.a. BSG, Urteil vom

21.06.1995 - [6 RKa 35/94](#) -). Die betroffene Praxis muss sich nach der Zusammensetzung der Patienten und hinsichtlich der schwerpunktmäßig zu behandelnden Gesundheitsstörungen vom typischen Zuschnitt einer Praxis der Vergleichsgruppe unterscheiden (BSG, Urteil vom 06.09.2000 - [B 6 KA 24/99 R](#) -); diese Abweichung muss sich gerade auf die überdurchschnittlich häufig erbrachten Leistungen auswirken.

Ein - wie vorliegend - abweichender hoher Rentneranteil kann grundsätzlich eine rechtserhebliche Praxisbesonderheit sein, da er kostenintensiver sein kann (LSG NRW, Urteil vom 04.11.1998 - [L 11 KA 174/97](#) -). Dem hat der Beklagte Rechnung getragen, denn er hat den von ihm für die Vergleichsprüfung zugrunde gelegten Arztgruppendurchschnitt rentnergewichtet, d.h. er hat insofern die Morbiditätsstruktur der Praxis des Klägers geprüft, den abweichenden Anteil der Rentner bei den Versichertengruppen gegenüber der Fachgruppe (48,85 % bis 58,91 % zu 27,18 % bis 30,14 %) ermittelt und dies dadurch berücksichtigt, dass er den Verordnungswerten des Klägers fiktive Verordnungswerte gegenübergestellt hat, die denen entsprechen, die die Vergleichsgruppe bei einer der Praxisstruktur des Klägers entsprechenden Rentneranzahl gehabt hätte. Eine darüber hinausgehende verfeinerte Differenzierung kann nicht verlangt werden. Eine solche Forderung steht mit den Grundsätzen der vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht im Einklang. Sie hätte u.a. zur Folge, dass der Vergleich der Verordnungskosten nach Durchschnittswerten gemäß [§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) in der bis zum 31.12.2003 geltenden Fassung praktisch nicht mehr durchführbar wäre. Den Prüfungsgremien stehen verlässliche Daten über die genaue Altersverteilung der Patienten aller Praxen nicht zur Verfügung, und die Erhebung entsprechender Daten wäre mit einem unverhältnismäßigen Aufwand verbunden. Schließlich müssten nicht nur die Daten über die Altersverteilung der Patienten in allen in Betracht kommenden Fachgruppen ermittelt, sondern auch weiterhin aufgeklärt werden, welchen Einfluss die Zugehörigkeit des Patienten zu einer bestimmten Alterskohorte auf den durchschnittlichen Behandlungsaufwand hat. Auch über die dazu erforderlichen Daten verfügen die Prüfungsgremien nicht (vgl. BSG, Beschluss vom 31.05.2006 - [B 6 KA 68/05 B](#) -).

14 Die nach dem Versichertenstatus definierte Gruppe der Rentner, besteht typischerweise aus Personen, die eine Altersrente oder eine Rente wegen Erwerbsminderung beziehen oder über einen Rentenbezieher familienversichert sind. Im Rahmen der unvermeidlichen Typisierung ist es gerechtfertigt, davon auszugehen, dass Patienten mit besonders hohem Behandlungsaufwand in dieser Versicherten-Gruppe stärker als in den beiden anderen Gruppen vertreten sind. Auch bei den Rentnerversicherten gibt es in jeder Arztgruppe und in jeder einzelnen Praxis wiederum Patienten mit besonders hohem und solche mit eher geringem Behandlungsbedarf. Zu Recht hat der Beklagte in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass die Verordnungskosten des Klägers die Vergleichswerte der Arztgruppe auffällig nicht nur bei den Rentnern, sondern in 13 von 15 Quartalen auch bei den anderen Versichertengruppen deutlich überschreiten.

Soweit der Kläger der Auffassung ist, die von ihm behandelten älteren Patienten wiesen eine höhere Morbiditätsrate als ansonsten von seiner Fachgruppe behandelte ältere Patienten auf und hätten deshalb noch weitergehender Arzneimittelverordnungen bedurft, so hätte er im Verwaltungsverfahren substantiiert darlegen müssen, bei welchem der von ihm behandelten Patienten aufgrund welcher Erkrankungen im Einzelnen und welcher - im Vergleich zum Durchschnitt der Versichertengruppe der Rentner - erhöhte Verordnungsaufwand erforderlich war. Insbesondere an der letzten Voraussetzung mangelt es indes; der Kläger hat insoweit lediglich unter Vorlage einer Auflistung von 329 Kassenpatienten, getrennt nach Kassenart und Diagnosen, exemplarisch bezogen auf das Quartal II/1998 und III/1998 angegeben, wie viele davon wegen Diabetes Mellitus, Hepatitis A, B und C, Alzheimer, Parkinson usw. behandelt worden sind. Unter Vorlage einer Aufstellung über die altersmäßige Patientenstruktur im Quartal II/1998 und III/1998 machte er weiter geltend, er habe eine hohe Zahl von hochbetagten, polymorbiden Patienten, die sehr kostenintensiv seien. Dieser Anzahl ist - wie ausgeführt - durch die gewichteten Verordnungswerte Rechnung getragen worden. Nicht zu erkennen ist, dass darüber hinaus ein erhöhter, d.h. über das bei Rentnern "übliche" Maß hinausgehender Arzneimittel- Verordnungsaufwand erforderlich war.

Es ist indes Angelegenheit des Vertragsarztes - und nicht des Beklagten oder des Gerichts entscheidungserhebliche Umstände vorzutragen, die auf eine Abweichung von der Typik der Praxen der Fachgruppe schließen lassen. Der Vertragsarzt ist nicht nur gemäß [§ 21 Abs. 2 SGB X](#) allgemein gehalten, bei der Ermittlung des Sachverhalts mitzuwirken, insbesondere die ihm bekannten Tatsachen und Beweismittel anzugeben. Im Rahmen der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen hat er vielmehr eine entsprechende besondere Mitwirkungspflicht aus der Sache selbst, wie sie immer dann besteht, wenn ein Arzt sich auf ihm günstige Tatsachen berufen will und diese Tatsachen allein ihm bekannt oder nur durch seine Mithilfe aufgeklärt werden können (BSG, Urteil vom 15.11.1995 - [6 RKa 58/94](#) - m.w.N.).

Der Beklagte hat sich nicht nur auf eine statistische Betrachtung beschränkt, sondern auch eine sog. intellektuelle Prüfung durchgeführt. Diese dient im Wesentlichen dazu, die rechtliche Prüfung des Behandlungs- bzw. Verordnungsverhaltens durch medizinisch-ärztliche Gesichtspunkte zu ergänzen und abzurunden (vgl. BSG, Urteil vom 09.06.1999 - [B 6 KA 21/98 R](#) - und vom 11.12.2002 - [B 6 KA 1/2 R](#) -; LSG NRW, Urteil vom 05.04.2000 - [L 11 KA 90/99](#) - und vom 13.04.2010 - [L 11 KA 62/08](#) -). Unschädlich ist, dass der Beklagte die in diesem Zusammenhang angestellten Überlegungen nicht ausdrücklich unter die Überschrift "intellektuelle Prüfung" gestellt hat. Er hat jedenfalls inhaltlich die von dem Kläger vorgelegten Patientenlisten aus den Bereichen Diabetes, Osteoporose, Depression, Asthma/Lungenkrankheit und Magen-Darm-Erkrankungen wie auch die exemplarisch vorgelegten Patientenunterlagen gewürdigt und dann beanstandungsfrei festgestellt, dass keine Gründe bestehen, die die beanstandeten Überhöhungen als notwendig und wirtschaftlich erscheinen lassen.

Auch im Übrigen sind bei der Festsetzung des Regresses keine Rechtsfehler zu erkennen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) und 2 Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2012-01-18