

S 71 KA 381/10

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
SG Berlin (BRB)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

71
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 71 KA 381/10

Datum
15.12.2010
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen

-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Der Beschluss des Beklagten vom 20. April 2010, ausgefertigt am 2. August 2010, wird aufgehoben. Der Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen, die diese jeweils selbst tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit der Regressfestsetzung im Rahmen der Richtgrößenprüfung des Jahres 2003

Der Kläger war bis 2009 als Facharzt für Allgemeinmedizin zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung in Berlin zugelassen. Mit Schreiben vom 4. April 2007 informierte der damalige Prüfungsausschuss den Kläger darüber, dass die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit seiner Verordnungsweise bei Arznei-, Verband- und Heilmitteln aus dem Jahr 2003 wegen Überschreitung der Richtgrößensumme um 830,50% von Amts wegen durchgeführt werde und bat um Mitteilung etwaiger Praxisbesonderheiten. In seiner Stellungnahme vom 7. Mai 2007 machte der Kläger unter anderem die folgenden Praxisbesonderheiten geltend: HIV-Aids-Erkrankungen, Patienten mit Diabetes mellitus, Patienten mit Rheumaerkrankungen, Patienten mit bösartigen Tumorerkrankungen, chronische Erkrankungen des Skelettsystems und chronische Schmerzen, Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems sowie Methadonsubstitution.

Der Prüfungsausschuss setzte mit Beschluss aufgrund seiner Sitzung vom 30. Oktober 2007 (Beschluss ausgefertigt am 29. November 2007) einen Regress in Höhe von 349.651,46 Euro fest. Dabei erkannte er Praxisbesonderheiten und nicht richtgrößenrelevante Verordnungsstellen in Höhe von insgesamt 2.164.250,02 Euro an (Verordnungsstellen bei Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger in Höhe von 1.901,91 Euro, Verordnungsstellen bei immunsuppressiver Behandlung nach Organtransplantation und bei Kollagenosen über 541,85 Euro, Verordnungsstellen für die Insulintherapie bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus in Höhe von 15.872,56 Euro, Verordnungsstellen bei der Interferon-Therapie bei Hepatitis B und Hepatitis C über 28.988,37 Euro, Verordnungsstellen bei der Therapie behandlungsbedürftiger HIV-Infektionen einschließlich deren Begleiterkrankungen in Höhe von 1.998.249,82 Euro, Verordnungsstellen für Immunglobuline über 158,80 Euro und für Heilmittel über 5.639,00 Euro, Verordnungsstellen bei der Therapie der terminalen Niereninsuffizienz in Höhe von 9.499,52 Euro, Verordnungsstellen von Betäubungsmitteln zur Behandlung starker Schmerzzustände über 12.460,56 Euro, Verordnungsstellen bei basistherapeutischer, immunsuppressiver Behandlung von Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises über 5.075,94 Euro und entsprechende Heilmittel über 5.657,00 Euro, Verordnungsstellen für orale und parenterale Chemotherapie bei Tumorkranken in Höhe von 47.663,99 Euro zuzüglich von in diesem Zusammenhang entstandenen Verordnungsstellen für parenterale Ernährung über 1.209,54 Euro, für enterale Ernährung über 3.735,34 Euro und für Heilmittel über 3.573,00 Euro, Verordnungsstellen für Heilmittel bei angeborenen bzw. erworbenen Schädigungen des zentralen und peripheren Nervensystems in Höhe von 7.944,00 Euro; zudem: nicht richtgrößenrelevante Verordnungsstellen für Hilfsmittel in Höhe von 325,48 Euro, für Impfstoffe in Höhe von 45,79 Euro und für nicht richtgrößenrelevante Verordnungsstellen ohne Handelsnamen und PZN über 255,06 Euro). Nach Abzug aller anerkannten Praxisbesonderheiten werde die Richtgröße (brutto) um mehr als 25 % überschritten. Der sich daraus ergebende Mehraufwand sei den Krankenkassen zu erstatten. Der Richtgrößenprüfung seien die für das Jahr 2002 festgelegten Richtgrößen zugrunde gelegt worden. Diese hätten bis zum Wirksamwerden der Folgevereinbarung fortgegolten. Mit den für das Jahr 2002 vereinbarten Richtgrößen habe der Vertragsarzt die Möglichkeit gehabt, sein Verordnungsverhalten auch im Jahr 2003 nach den vorgegebenen wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu lenken. Die für das Jahr 2002 vereinbarten Richtgrößen seien auch wirksam zustande gekommen.

Gegen diesen Beschluss legte der Kläger mit am 21. Dezember 2007 bei den Prüfungsgremien eingegangenen Schreiben Widerspruch ein. Die Richtgrößenvereinbarung für das Jahr 2002 habe bereits nicht auf das Jahr 2003 angewandt werden dürfen. Zudem bestünden Zweifel an der Qualität der herangezogenen Daten. Während sich die Gesamtsumme der Arzneimittelverordnungen auf der von der Beigeladenen zu 1) übersandten CD auf 2.988.099,90 Euro belaufe, werde in dem Einleitungsschreiben zur Richtgrößenprüfung von einer Gesamtsumme für

Einzelverordnungen sowie Arznei- und Verbandmitteln über 3.167.222,76 Euro ausgegangen. Nicht zuletzt seien Praxisbesonderheiten nur unzureichend berücksichtigt worden. So habe er bei der Geltendmachung der Methadonsubstitution als Praxisbesonderheit Verordnungskosten von insgesamt 20.869,00 Euro angeführt. Es sei nicht ersichtlich, weshalb der Prüfungsausschuss lediglich Verordnungskosten im Zusammenhang mit der Methadonsubstitution in Höhe von 1.901,91 Euro anerkenne. Bei der Insulintherapie seien Verordnungskosten von 146.618,00 Euro geltend gemacht, aber ohne Begründung nur 15.872,56 Euro als Praxisbesonderheit anerkannt worden. Auch bei der Therapie von HIV-Infektionen bestehe eine erhebliche Differenz zwischen als Praxisbesonderheit geltend gemachten und anerkannten Verordnungskosten, und zwar in Höhe von 301.710,20 Euro. Bei der Behandlung von Tumorkranken sei ein Teilbetrag von 112.946,13 Euro, bei der Behandlung von Rheumakranken ein solcher von 105.944,06 Euro und bei der Schmerzbehandlung ein solcher von 86.380,44 Euro ohne Begründung nicht anerkannt worden. Soweit im Rahmen der Schmerztherapie die Verschreibung teurer Originalpräparate moniert werde, sei darauf hinzuweisen, dass es im Jahr 2003 keine preisgünstigere Alternative gegeben habe.

Mit Beschluss vom 20. April 2010 (schriftlicher Bescheid vom 2. August 2010) änderte der Beklagte die festgesetzte Ersatzverpflichtung ab und setzte sie in Höhe von 300.024,68 Euro neu fest. Zur Ermittlung der Praxisbesonderheiten seien die elektronisch erfassten und übermittelten Verordnungen zu Grunde gelegt worden, was der gesetzlichen Vorgabe gemäß [§ 84 Absatz 5](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) entspreche. Praxisbesonderheiten und nicht richtgrößenrelevante Verordnungskosten seien in Höhe von 2.230.675,91 Euro anrechenbar. Nicht berücksichtigt worden seien bisher Verordnungskosten für Ampho- Moronal über 350,39 Euro, für Antibiotika in Höhe von 57.233,32 Euro, für Imodium über 351,33 Euro, für Loperamid über 2.415,87 Euro, für Calciumfolinat über 623,20 Euro, für Wellvone in Höhe von 1.481,86 Euro sowie Verordnungen im Datensatz ohne Versicherungsnummer sowie mit Versicherungsnummer "0" in Höhe von 134,89 Euro, Verordnungen im Datensatz ohne Bezeichner in Höhe von 3.566,35 Euro und Verordnungen möglicher Mehrfachverbuchungen in Höhe von 268,68 Euro. Am 19. August 2010 erhob der Kläger über seine Prozessbevollmächtigte Klage vor dem Sozialgericht Berlin. Bereits die Richtgrößenvereinbarung für das Jahr 2002 habe nicht auf das Jahr 2003 angewandt werden können. Der Beklagte würdige den Sachverhalt in unzureichender Weise. Der Bescheid gehe von lediglich einer eingereichten Widerspruchsbegründung aus und berücksichtige somit nicht eine umfangreiche Ergänzung des Widerspruchs mit Schriftsatz vom 15. April 2010. Die in der mündlichen Verhandlung vor dem Beschwerdeausschuss ausgetauschten Argumente seien unzutreffend wiedergegeben und die im Widerspruchsverfahren anerkannten Praxisbesonderheiten seien in nicht nachvollziehbarer Weise aufgelistet worden. Wesentliche Praxisbesonderheiten – insbesondere die Betreuung von HIV-positiven bzw. an AIDS erkrankten Versicherten, aber auch von Diabetikern sowie die Substitutionsbehandlung Opiumabhängiger und die Behandlung von Tumor- und Rheuma- sowie Schmerzpatienten – blieben entweder vollkommen unberücksichtigt oder seien nur unzureichend berücksichtigt worden. Zudem sei die Gesamtsumme der Arzneimittelverordnungen nicht zutreffend ermittelt worden.

Der Kläger beantragt,

den Beschluss des Beklagten vom 20. April 2010, ausgefertigt am 2. August 2010, aufzuheben.

Der Beklagte beantragt,

die Sache zu vertagen, um dem Beschwerdeausschuss Gelegenheit zu geben, auf die Klage zu erwidern.

Die Beigeladenen haben keine Anträge gestellt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakten und die Verwaltungsakten des Beklagten sowie auf die Gerichtsakten in dem Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes [S 71 KA 381/10](#) ER, die vorlagen und Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht erhobene Klage ist zulässig.

Die Klage ist auch begründet. Der angegriffene Bescheid des Beklagten, der nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. z. B. BSG, SozR 3 – 2500 § 106 Nr. 22; Leitherer in: Meyer-Ladewig, SGG, 9. Auflage 2008, § 95, Rn. 2b) alleiniger Gegenstand des gerichtlichen Verfahrens ist, weil er den Bescheid des Prüfungsausschusses ersetzt hat, ist rechtswidrig und verletzt den Kläger in seinen Rechten.

Rechtsgrundlage für den im angegriffenen Bescheid festgesetzten Regress ist [§ 106 Absatz 2 Nr. 1, Absatz 5a Satz 1 SGB V](#) in Verbindung mit [§ 84 SGB V](#). Prüfungsgegenstand sind die richtgrößenrelevanten Verordnungskosten bei Überschreitung der ermittelten Richtgrößensumme.

Der Bescheid des Beklagten ist nicht bereits deswegen rechtswidrig, weil der Richtgrößenprüfung für das Verordnungsjahr 2003 die für das Jahr 2002 festgelegten Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel zugrunde gelegt wurden. Das Vorgehen des Beklagten ist insoweit rechtlich nicht zu beanstanden.

Diese Richtgrößen sind mit Veröffentlichung der Vereinbarung der Arznei- und Verbandmittel-Richtgrößen 2000 bis 2002 im KV-Blatt 8/2002 in Kraft getreten und galten bis zum Wirksamwerden der Arzneimittel-Richtgrößenvereinbarung 2004 fort. Die Fortgeltung war bis zum Inkrafttreten des Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetzes (ABAG) ausdrücklich in [§ 84 Absatz 4 SGB V](#) vorgesehen. Dieser Absatz bekam durch das ABAG zwar eine neue Fassung. Jedoch kann daraus nicht abgeleitet werden, dass der Gesetzgeber bezweckt hätte, dass eine vereinbarte Richtgröße jeweils am Jahresende außer Kraft tritt. Zum einen fand die Fortgeltung früherer Vereinbarungen ihren Niederschlag in Artikel 3 § 2 Satz 1 ABAG, wonach die Richtgrößenprüfung 2002 auf der Grundlage der Richtgrößenvereinbarung in der bis zum Inkrafttreten des ABAG geltenden Fassung erfolgen sollte. Zum anderen ist in [§ 89 Absatz 1 SGB V](#) die Weitergeltung schiedsfähiger Vereinbarungen geregelt. Wenn diese zur Vermeidung vertragsloser Zustände für Schiedsvereinbarungen vorgesehen ist, so muss die Weitergeltung erst recht für Vereinbarungen gelten, die von den zuständigen Vertragspartnern unmittelbar geschlossen werden.

Eine Anwendung der für das Jahr 2002 festgelegten Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel auf das Verordnungsjahr 2003 steht auch in Einklang mit den Vorgaben des Bundessozialgerichts (BSG) aus seinem Urteil vom 2. November 2005 - [B 6 KA 63/04 R](#) - (veröffentlicht bei Juris). Danach kommt den Richtgrößen zur Arzneimittelverordnung im Verhältnis zu den Vertragsärzten verhaltenssteuernde Wirkung zu. Richtgrößen müssen deshalb bereits zu Beginn des Kalenderjahres, für das sie gelten sollen, bekannt gemacht sein. Richtgrößen, die erst nach Jahresbeginn bekannt gemacht werden, entfalten Rückwirkung. Werden Richtgrößen erstmals oder niedriger als bisher festgesetzt, so sind sie für den bereits abgelaufenen Zeitraum des Jahres unwirksam; sie gelten jedoch mit Wirkung für die Zukunft bis zur Ablösung durch eine neue Richtgrößenvereinbarung. Höhere und damit für den Vertragsarzt günstigere Richtgrößen können jedoch grundsätzlich rückwirkend in Kraft gesetzt werden, da sich aus ihnen keine Verschlechterung der vertragsärztlichen Rechtspositionen ergibt. Vorliegend ist zwar nicht die in dem genannten Urteil des BSG bestehende Fallkonstellation gegeben, in der Richtgrößen rückwirkend in Kraft gesetzt wurden. Vielmehr wurden die für das Verordnungsjahr 2002 vereinbarten und im KV-Heft 8/2002 veröffentlichten Richtgrößen auch auf das Verordnungsjahr 2003 angewandt, wobei diese Fortgeltung erst im KV-Blatt 5/2003 veröffentlicht wurde. Dem Urteil des BSG lässt sich jedoch der Rechtsgedanke entnehmen, dass es zulässig sein muss, dem Ordnungsverhalten und der Wirtschaftlichkeitsprüfung weiterhin diejenigen Richtgrößen zugrunde zu legen, die für das zurückliegende Jahr vereinbart worden waren – auch wenn diese Fortgeltung erst im Verlaufe des betreffenden Verordnungsjahres veröffentlicht wurde. Sofern keine Verschlechterung der vertragsärztlichen Rechtspositionen eintritt – was bei einer bloßen Fortgeltung der bereits für das vergangene Verordnungsjahr vereinbarten Richtgrößen nicht der Fall sein kann – können dagegen keine rechtlichen Bedenken bestehen. Denn wenn den Vertragsärzten günstigere Richtgrößen bereits rückwirkend angewandt werden können, so muss es erst recht möglich sein, vorjährig vereinbarte und für die vorjährige Anwendung veröffentlichte Richtgrößen fortgelten zu lassen, auch wenn eine ausdrückliche Mitteilung über diese Fortgeltung erst im Verlaufe des betreffenden Verordnungsjahres erfolgt. Bei den Vertragsärzten konnte sich kein schutzwürdiges Vertrauen dahingehend bilden, für das Verordnungsjahr 2003 gänzlich von einer Richtgrößenprüfung verschont zu bleiben. Sie durften lediglich davon ausgehen, dass ihr Ordnungsverhalten im Jahr 2003 keinen strengeren Maßstäben unterworfen wird als im Vorjahr. Mit den für das Jahr 2002 vereinbarten Richtgrößen hatten die Vertragsärzte die Möglichkeit, ihr Ordnungsverhalten auch im Jahr 2003 nach den vorgegebenen wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu lenken. Die Rechtswidrigkeit des Beschlusses des Beklagten ergibt sich jedoch in formeller Hinsicht aus dem fehlenden Vorliegen einer ausreichenden Begründung des Bescheides. Gemäß [§ 35 Absatz 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) ist ein schriftlicher Verwaltungsakt mit einer Begründung zu versehen (Satz 1). In der Begründung sind die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe mitzuteilen, die die Behörde zu ihrer Entscheidung bewogen haben (Satz 2). Die Begründung von Ermessensentscheidungen muss auch die Gesichtspunkte erkennen lassen, von denen die Behörde bei der Ausübung ihres Ermessens ausgegangen ist (Satz 3 der Vorschrift). [§ 35 Absatz 1 SGB X](#) verlangt nicht, schriftliche Verwaltungsakte in allen Einzelheiten zu begründen. Vielmehr sind dem Betroffenen nur die wesentlichen Gründe mitzuteilen, die die Behörde zu ihrer Entscheidung bewogen haben. Dabei richten sich Inhalt und Umfang der notwendigen Begründung nach den Besonderheiten des jeweiligen Rechtsgebiets und nach den Umständen des einzelnen Falles. Die Begründung braucht sich nicht ausdrücklich mit allen in Betracht kommenden Umständen und Einzelüberlegungen auseinander zu setzen. Es reicht aus, wenn dem Betroffenen die Gründe der Entscheidung in solcher Weise und in solchem Umfang bekannt gegeben werden, dass er seine Rechte sachgemäß wahrnehmen kann. Die Verwaltung darf sich deshalb auf die Angabe der maßgebend tragenden Erwägungen beschränken und braucht Gesichtspunkte und Umstände, die auf der Hand liegen oder dem Betroffenen bekannt sind, nicht nochmals ausführlich zu erörtern. Die Anforderungen an die Darlegungen und Berechnungen dürfen auch bei Regressbescheiden nicht überspannt werden. Denn bei ihnen kommt dem Umstand Bedeutung zu, dass sie sich an einen sachkundigen Personenkreis richten, der mit den Voraussetzungen grundsätzlich vertraut ist bzw. zu dessen Pflichten es gehört, über die Grundlagen des Regresswesens Bescheid zu wissen. Das erlaubt es den Prüfungsgremien, hinsichtlich der Regresse entsprechende Kenntnisse, welche von ihr regelmäßig durch Rundschreiben oder anderweitige Veröffentlichungen unter allen Vertragsärzten verbreitet werden, vorauszusetzen und die Begründung ihrer Bescheide hierauf einzustellen. Im Hinblick hierauf hat es das Bundessozialgericht nicht für erforderlich gehalten, dass etwa eine Kassenärztliche Vereinigung alle für die Festlegung einer Honorarbegrenzungsmaßnahme wesentlichen Umstände, Zahlen und Beträge im Einzelnen im Bescheid aufführt; es reicht vielmehr aus, wenn sich der für die Berechnung maßgebliche Rechenvorgang aus dem HVM ergibt (vgl. BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#) = [BSGE 94, 50](#) = [GesR 2005, 307](#) = [MedR 2005, 538](#) = Breithaupt 2005, 817, zitiert nach Juris, Rdnr. 32 f.). Diesen Anforderungen genügt der angegriffene Beschluss nicht. [§ 35 SGB X](#) erfordert im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung, dass die Prüfungsgremien ihre Ausführungen zum Vorliegen der Voraussetzungen für Maßnahmen in dem zum Abschluss des Verwaltungsverfahrens ergehenden Bescheid derart verdeutlichen, dass im Rahmen der – infolge von Beurteilungs- und Ermessensspielräumen der Gremien eingeschränkten – sozialgerichtlichen Überprüfung zumindest die zutreffende Anwendung der einschlägigen Beurteilungsmaßstäbe im Einzelfall erkennbar und nachvollziehbar ist (BSG, Urteil vom 21. März 2003 - [B 6 KA 32/02 R](#), bei Juris Rdnr. 31 m.w.N.). Zwar dürfen die Anforderungen an die Darlegungen und Berechnungen nicht überspannt werden. Es genügt, wenn die betroffenen Beteiligten die Entscheidung nachprüfen können und in die Lage versetzt werden, ihre Rechte sachgerecht wahrzunehmen (BSG a.a.O., Rdnr. 32). Auf der anderen Seite ist die eingeschränkte gerichtliche Überprüfung in besonderer Weise davon abhängig, dass der Beklagte die tatsächlichen und rechtlichen Gründe sowie die Gesichtspunkte angibt, die für seine Entscheidung maßgebend gewesen sind (BSG, Urteil vom 21. Mai 1984, [6 RKA 21/82](#), bei Juris Rdnr. 18). Gemessen an diesen Vorgaben ist der angegriffene Beschluss nicht ausreichend begründet. Er setzt sich insbesondere nicht bzw. nur ganz am Rande mit den durch den Kläger vorgetragenen Praxisbesonderheiten auseinander. Mit der durch den Beklagten festgestellten Überschreitung der unteren Interventionsgrenze ist eine Verschlechterung der Beweissituation des geprüften Arztes verbunden. Die auf die Überschreitung gegründete Vermutung der Unwirtschaftlichkeit kann dadurch ausgeräumt werden, dass Umstände aufgezeigt und bewiesen werden, die die aufgrund der Überschreitung gewonnene Überzeugung erschüttern. Diese Umstände sind insbesondere Praxisbesonderheiten, also aus der Zusammensetzung der Patienten eines Vertragsarztes herrührende Umstände, die sich auf das Behandlungsverhalten des Arztes auswirken und in den Praxen der Vergleichsgruppe – hier: der Fachgruppe – nicht in entsprechender Weise anzutreffen sind (BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr. 27](#); BSG, Urteil vom 23. Februar 2005 - [B 6 KA 79/03 R](#) – veröffentlicht bei Juris). 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 [SozR 3-2500 § 106 Nr. 50](#)) und diese Abweichung muss sich gerade auf die überdurchschnittlich häufig erbrachten bzw. verordneten Leistungen auswirken. Der besondere Zuschnitt der Patientenschaft muss vom Arzt substantiiert dargelegt werden, etwa indem er die bei ihm schwerpunktmäßig behandelten Erkrankungen auszählt und mitteilt, welcher Prozentsatz seiner Patienten ihnen jeweils zuzuordnen ist und welcher Aufwand an Arzneimitteln für die Therapie einer solchen Erkrankung erforderlich ist (Clemens in jurisPK-SGB V, Stand August 2007, § 106 Rn. 120).

Aufgrund des im sozialrechtlichen Verwaltungsverfahren geltenden Untersuchungsgrundsatzes ([§ 20 Absatz 1 SGB X](#)) sind jedoch auch die Prüfungsgremien verpflichtet, den Sachverhalt von Amts wegen aufzuklären und alle für den Einzelfall bedeutsamen Umstände zu berücksichtigen. So sind insbesondere Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen, die bekannt oder anhand der bei der Abrechnungsstelle der

Kassenzahnärztlichen Vereinigung vorhandenen Unterlagen oder der Angaben des Vertragsarztes erkennbar sind. Andererseits treffen den geprüften Arzt besondere Mitwirkungspflichten, die über die allgemeine Mitwirkungspflicht nach [§ 21 Absatz 2 SGB X](#) hinausgehen. Es ist Angelegenheit des Arztes, die zur Begründung seines Anspruches dienenden Tatsachen so genau wie möglich anzugeben und zu belegen, vor allem, wenn er sich auf für ihn günstige Tatsachen berufen will, die allein ihm bekannt sind oder nur durch seine Mithilfe aufgeklärt werden können. Im Ergebnis begrenzen die Mitwirkungspflichten des Arztes die Verpflichtung der Prüfgremien, Ermittlungen durchzuführen. Voraussetzung für weitergehende Ermittlungen sind entweder entsprechende substantiierte Darlegungen des geprüften Arztes oder das Vorliegen offenkundiger Anhaltspunkte, die von den Prüfgremien aufzugreifen sind.

Vorliegend hat der Kläger sowohl im Verwaltungs-, als auch im Gerichtsverfahren zu seiner Auffassung nach bestehenden Praxisbesonderheiten substantiiert vorgetragen. Er hat Patientenlisten mit entsprechenden Diagnosen vorgelegt, die es den Prüfgremien ohne weiteres ermöglichten zu ermitteln, wie viele Patienten unter welchen behandlungsintensiven Krankheiten – beispielsweise HIV-Infektionen bzw. Aids-Erkrankung, Diabetes mellitus, Tumor- und Rheumaerkrankungen – litten. Vorliegend ist indes weder für den Kläger, noch für das Gericht ist erkennbar, von welchen Maßstäben der Beklagte bezüglich der Anerkennung der geltend gemachten Praxisbesonderheiten ausgegangen ist. Dies gilt insbesondere für die Verordnungskosten für HIV-, Tumor-, Rheuma-, Schmerz- und Diabetespatienten. Insofern hat der Kläger Praxisbesonderheiten für HIV-Patienten in Höhe 2.299.960,00 Euro, für Tumorpatienten in Höhe von 165.555,00 Euro, für Rheuma-Patienten in Höhe von 111.020,00 Euro, für Schmerzpatienten in Höhe von 98.841,00 Euro und für Diabetes-Patienten in Höhe von 146.618,00 Euro geltend gemacht. Von den vorgetragenen Verordnungsdaten hatte bereits der Prüfungsausschuss 1.998.249,82 Euro für HIV-Patienten, 52.608,87 Euro für Krebs-Patienten, 5.075,94 Euro für Rheuma-Patienten, 12.460,56 Euro für Schmerz-Patienten und 15.872,56 Euro für Diabetes-Patienten anerkannt. Der Beklagte hat weitere Praxisbesonderheiten für die oben einzeln aufgeführten Mittel anerkannt, jedoch bei weitem nicht in dem von dem Kläger geltend gemachten Umfang. Gründe für die Anerkennung finden sich in dem Bescheid nicht, ebenso wenig wird die fehlende Anerkennung der übrigen von dem Kläger geltend gemachten Behandlungskosten begründet. Ansätze einer Begründung ergeben sich zwar aus den in den Verwaltungsakten befindlichen Beschlussvorlagen des Prüfungsausschusses und des Beklagten, in dem die einzelnen Medikamente nebst den berücksichtigten Verordnungskosten aufgeführt sind. Unabhängig davon, dass sich auch hieraus nicht ergibt, warum die weiteren von dem Kläger geltend gemachten und auch belegten Praxisbesonderheiten nicht anerkannt wurden und welche der geltend gemachten Praxisbesonderheiten anerkannt wurden und welche nicht, kann durch die Beschlussvorlagen der Begründungsmangel nicht geheilt werden, da diese dem Kläger – soweit ersichtlich – nicht übersandt wurden und er damit keine Kenntnis von dem Inhalt der Vorlagen hat. Letztlich ist die Entscheidungsfindung für das Gericht nicht nachvollziehbar. Eine rechtliche Überprüfung, unter welchen Gesichtspunkten und mit welchen Gründen der Beklagte Praxisbesonderheiten (nicht) berücksichtigt hat, ist dem Gericht nicht möglich. Ebenso wenig kann der Kläger sich sinnvoll mit der Entscheidung des Beklagten auseinandersetzen und seine Rechte sachgerecht wahrnehmen. Zumindest kurze Ausführungen, warum die geltend gemachten Praxisbesonderheiten jeweils nur teilweise berücksichtigt wurden und welche Verordnungskosten tatsächlich als Praxisbesonderheiten berücksichtigt wurden und welche nicht, sind unabdingbar. Anderenfalls ist eine inhaltliche Auseinandersetzung mit der Entscheidung des Beklagten nicht möglich.

Ferner ist weder für den Kläger noch für das Gericht erkennbar, weshalb der Richtgrößenprüfung Verordnungskosten in Höhe von 3.077.717,98 Euro zu Grunde gelegt wurden. Der Kläger hat in seiner Widerspruchsbegründung vom 15. April 2010 mitgeteilt, dass sich nach der von der Beigeladenen zu 1) übersandten CD die Gesamtsumme der Arzneimittelverordnungen auf 2.988.099,90 Euro beläuft. Hingegen wurde von der Beklagten ein um rund 90.000,00 Euro höherer Betrag zugrunde gelegt, ohne dass sich der Grund für diese Differenz erschließen würde. Überdies steht die vom Beklagten aufgrund der Überschreitung der Richtgrößen verfügte Rechtsfolge, die Festsetzung einer Ersatzverpflichtung, wegen fehlender Ermessensausübung mit geltendem Recht nicht in Einklang. Grundsätzlich ist im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen gemäß [§ 106 SGB V](#) Ermessen hinsichtlich der Höhe des Regresses auszuüben (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 28. Oktober 2009, Az. [L 7 KA 131/06](#), veröffentlicht in Juris - mit weiteren Nachweisen). Bei der Festlegung der Regresshöhe als Reaktion auf die festgestellte Unwirtschaftlichkeit steht den Prüfgremien regelmäßig ein Ermessensspielraum zu, der die Möglichkeit einer ganzen Bandbreite denkbarer vertretbarer Entscheidungen eröffnet. Gemäß [§ 54 Absatz 2 Satz 2 SGG](#) ist eine derartige Ermessensentscheidung von den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit nur daraufhin zu überprüfen, ob die Behörde die gesetzlichen Grenzen des Ermessens eingehalten und vom Ermessen in einer dem Zweck der Ermächtigung entsprechenden Weise Gebrauch gemacht hat. Ein Gericht darf sein Kürzungsermessen dagegen nicht an die Stelle desjenigen der Prüfgremien setzen (BSG, Urteil vom 21. Mai 2003, Az. [B 6 KA 32/02 R](#), veröffentlicht in Juris - mit weiteren Nachweisen).

Ermessenserwägungen dieser Art finden sich in der angegriffenen Entscheidung des Beklagten nicht. Die Entscheidung des Beklagten lässt in keiner Weise erkennen, dass er sich seines Ermessensspielraums bewusst war. Eine wertende Würdigung der Umstände des Einzelfalls ist ihr nicht zu entnehmen. Ohne die erforderliche Ermessensausübung ist der Bescheid des Beklagten gemäß [§ 54 Absatz 2 Satz 2 SGG](#) rechtswidrig. Diese Vorschrift ist über ihren Wortlaut hinaus auch auf den hier vorliegenden sogenannten Ermessensnichtgebrauch anzuwenden (Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Sozialgerichtsgesetz, 9. Auflage 2008, § 54 Rn. 27). Im Falle des Ermessensnichtgebrauchs ist auch eine Heilung des Begründungsmangels durch das Nachschieben von Ermessenserwägungen (vgl. [§ 41 Absatz 2](#) in Verbindung mit Absatz 1 Nr. 2 SGB X) nicht möglich. Deshalb kann es offen bleiben, ob eine analoge Anwendung von [§ 114 Satz 2 Verwaltungsgerichtsordnung \(VwGO\)](#) hier in Betracht käme. Nach dieser Vorschrift kann die Verwaltungsbehörde ihre Ermessenserwägungen hinsichtlich des Verwaltungsaktes auch noch im verwaltungsgerichtlichen Verfahren ergänzen. Die erstmalige Ausübung von Ermessen während des gerichtlichen Verfahrens mit anschließender Mitteilung der Ermessenserwägungen ist von [§ 114 Satz 2 VwGO](#) jedoch nicht erfasst. Selbst wenn man das Nachholen einer Ermessensausübung während des Gerichtsverfahrens für zulässig hielte, stünden dem im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung gewichtige Bedenken entgegen, sollte das Nachholen – wie hier – allein durch den – grundsätzlich umfassend zur Vertretung des Beschwerdeausschusses berechtigten – Vorsitzenden erfolgen. Denn die besondere aus seiner Zusammensetzung herrührende Fachkunde dieses Gremiums, die die Einräumung eines gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbaren Ermessensspielraums rechtfertigt, käme in einem solchen Fall nicht zum Tragen (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 28. Oktober 2009, [a.a.O.](#)).

Die Kammer sieht keine Veranlassung, den Beklagten zu einer Neubescheidung des Klägers unter Beachtung ihrer Rechtsauffassung zu verpflichten und folgt damit ihrer ständigen Rechtsprechung. Sie vertritt die Auffassung, dass die Aufhebung einer rechtswidrigen Entscheidung nicht mit einer Verpflichtung zur Neubescheidung einhergeht, wenn diese durch den Kläger weder beantragt wurde, noch zur Wahrung der Rechte des von dem rechtswidrigen Bescheid betroffenen Adressaten erforderlich ist, etwa weil mit einer Neubescheidung eine Erweiterung der Rechtspositionen des Bescheidadressaten einhergehen würde. Letzteres wäre hier nicht der Fall, so dass es Aufgabe des

Beklagten ist zu prüfen, ob dieser die Voraussetzungen für eine Neubescheidung gegeben sieht oder ob er vielmehr ganz von einer solchen Abstand nehmen will. Eine Verpflichtung zur erneuten Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Richtgrößen kann sich vorliegend auch nicht aus dem Umstand ergeben, dass der Beklagte Prüfanträgen der Krankenkassen nachzukommen hätte. Das hier vorliegende Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung war von Amts wegen eingeleitet worden.

Dem Vertagungsantrag des Beklagten war nicht nachzukommen. Der Beklagte ist mit Klageeingangsverfügung vom 20. August 2010 aufgefordert worden, sich zu der bereits begründeten Klage binnen eines Monats schriftlich zu äußern. Die Ladung zum Termin zur mündlichen Verhandlung ging dem Beklagten am 11. Oktober 2010 zu. Er hatte also bis zur mündlichen Verhandlung noch über zwei Monate lang Zeit, um sich zur Sache zu äußern oder auch ggf. mitzuteilen, welche weiteren konkreten Ermittlungen durchgeführt werden sollen. Stattdessen blieb der Beklagte untätig und äußerte seinen Wunsch auf Vertagung erstmals in der mündlichen Verhandlung. Der Kammer erschließt sich in keiner Weise, zu welchem Ergebnis eine Vertagung des Rechtsstreits führen sollte. Überdies sei darauf hingewiesen, dass bereits aus dem Beschluss im einstweiligen Rechtsschutz in dem Verfahren [S 71 KA 381/10](#) ER auch für den Beklagten ersichtlich wurde, welche Gesichtspunkte das Gericht für entscheidungserheblich hält.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§§ 154 Absatz 1 und Absatz 3, 162 Absatz 3](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2011-01-21