S 17 KA 542/17

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Hessen
Sozialgericht	Sozialgericht Marburg
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 17 KA 542/17
Datum	28.10.2020

2. Instanz

Aktenzeichen	L 4 KA 68/20
Datum	24.04.2024

3. Instanz

Datum	-

Der Bescheid des Beklagten vom 27. Juli 2017 wird aufgehoben und der Beklagte verpflichtet, Ã¼ber den Widerspruch der KlÃ¤gerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Der Beklagte trÃ¤gt die Gerichtskosten sowie die erstattungsfÃ¤higen auÃ□ergerichtlichen Kosten der KlÃ¤gerin.Â

Der Streitwert wird auf 5.000â□¬ festgesetzt.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten Ã¼ber die RechtmÃ¤Ã□igkeit einer individuellen Beratung nach Â§ 106 Abs. 5e Satz 1 Sozialgesetzbuch, FÃ¼nftes Buch in der bis zum 31. Dezember 2016 gÃ¼ltigen Fassung (SGB V a.F.) im Rahmen der Arznei- und Verbandmittel-RichtgrÃ¶Ã□enprÃ¼fung fÃ¼r das Jahr 2014.Â

Die KlÃ¤gerin ist seit dem 1. Oktober 2013 in einer Einzelpraxis als vollzugelassene Ã□rztin fÃ¼r Allgemeinmedizin in A-Stadt niedergelassen und nimmt seit diesem Zeitraum an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung teil. Die KlÃ¤gerin verfÃ¼gt

auÃerdem Ã¼ber die Zusatzbezeichnung ,,Palliativmedizinâ□□.

Die Praxis wies (nach der Anzahl- und Summenstatistik) im Jahr 2014 eine Fallzahl (FZ) von (insgesamt) 2.781 auf. Dies entspricht einer im VerhÃ¤ltnis zur Vergleichsgruppe/Fachgruppe (im Folgenden: FG) der vollzugelassenen Ãrzte fÃ¼r Allgemeinmedizin deutlich unterdurchschnittlichen FZ. In dieser FG waren in Hessen im Jahre 2014 (von Quartal zu Quartal schwankend) zwischen 2.663 und 2.692 Praxen.Â

Die Beigeladenen haben fÃ¼r das Jahr 2014 RichtgrÃ¶Ãen fÃ¼r Arzneimittel vereinbart, die fÃ¼r die FG der KlÃ¤gerin fÃ¼r Mitglieder (M) sowie FamilienangehÃ¶rige (F-Mitglieder) einen Betrag in HÃ¶he von 50,37 â□¬ bzw. 144,33 â□¬ fÃ¼r Rentner (R) vorsahen. Diese Werte waren von den Vertragspartnern aus dem Jahr 2013 fortgeschrieben worden.

Die entsprechenden RichtgrÃ¶Ãenwerte wurden den Ãrzten jedoch erst in info.pharm der Beigeladenen zu 1) im April 2014 bekannt gegeben.Â

Bei den zugrunde gelegten Bruttoverordnungskosten der KlÃ¤gerin in HÃ¶he von 430.719,52 â□¬ wies sie gegenÃ¼ber dem errechneten und fÃ¼r sie maÃgeblichen RichtgrÃ¶Ãenvolumen in HÃ¶he von 226.710,09 â□¬ im Jahr 2014 eine Ãberschreitung in HÃ¶he von insgesamt 204.009,43 â□¬ auf, was einer Ãberschreitung um +89,99% entspricht.

Mit Schreiben vom 1. Juni 2016 teilte die PrÃ¼fungsstelle der Ãrzte und Krankenkassen in Hessen (PS) der KlÃ¤gerin die Einleitung eines PrÃ¼fverfahrens der arztbezogenen RichtgrÃ¶Ãen hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit der verordneten Leistungen von Arzneimitteln fÃ¼r das Jahr 2014 mit und forderte zur Mitteilung eventuell bestehender Praxisbesonderheiten (PB) auf.

In ihrer folgenden Stellungnahme vom 15. Juli 2016 bezweifelte die KlÃ¤gerin die vorhandenen Daten. Diese enthielten insbesondere keine Mitteilung Ã¼ber die RabattvertrÃ¤ge. Auch seien die RichtgrÃ¶Ãenwerte fÃ¼r 2014 unrechtmÃ¤Ãig vereinbart worden. Ferner sei zu bedenken, dass ihre FG sehr inhomogen sei und somit keine Durchschnittswerte abbildbar seien. Da die spezielle Praxisausrichtung in der Schmerztherapie liege, seien die Verordnungskosten in diesem Bereich, auch durch Altenheimpatienten, Patienten mit Polyneuropathie, Diabetes mellitus Typ 2-Patienten, Schmerzpatienten und Palliativpatienten, hÃ¶her als bei der FG. Neben den Analgetikaverordnungen kÃ¤men auch MagenschutzprÃ¤parate zum Einsatz. Auch habe sie im Bereich der BlutverdÃ¼nnungsprÃ¤parate notwendige Verordnungen vornehmen mÃ¼ssen. Dies sei bei Patienten mit Vorhofflimmern, kÃ¼nstlicher Herzklappe und Aortenklappenersatz erfolgt. Die Verordnungen fÃ¼r Xarelto hÃ¤tten bereits vor der PrÃ¼fung als PB abgezogen werden mÃ¼ssen. DarÃ¼ber hinaus nehme sie auch an DMP-Programmen aus den Bereichen Koronare-Herz-Krankheiten (KHK), Asthma und Chronische Atemwegserkrankungen (COPD) teil. Ferner wÃ¼rde die Verordnung von EisenprÃ¤paraten eine Praxisbesonderheit darstellen, denn Verordnungen von Ferinject seien dann erfolgt, wenn Ferro Sanol Tabletten unwirksam gewesen waren.Â

Hilfsweise beantragte die KlÃ¤gerin die Vorbereitung einer regressablÃ¶senden Individualvereinbarung, falls der Ãberschreitungsbetrag nicht vollstÃ¤ndig durch Praxisbesonderheiten erklÃ¤rt werden kÃ¶nne.Â

Nach Anerkennung von verordnungsbedingten Praxisbesonderheiten in HÃ¶he von insgesamt 126.039,00 â¬ ermittelte die PS fÃ¼r das Jahr 2014 noch eine RestÃ¼berschreitung des fÃ¼r die KlÃ¤gerin maÃgeblichen RichtgrÃ¶Ãenvolumens um +34,39% und setzte mit Bescheid vom 8. November 2016 eine individuelle Beratung gem. Â§ 106 Abs. 5e Satz 1 SGB V a.F. fest. Den Antrag auf Aufnahme von Verhandlungen Ã¼ber die Vereinbarung einer individuellen RichtgrÃ¶Ãe lehnte sie ab. Ein Anspruch auf Aufnahme von Verhandlungen Ã¼ber eine Vereinbarung einer individuellen RichtgrÃ¶Ãe bestehe nicht, da es an einem zu erstattenden Mehraufwand fehle.Â

Mit Schreiben vom 21. November 2016 legte die KlÃ¤gerin Widerspruch ein, zu dessen BegrÃ¼ndung sie vortrug, dass die PS auf verschiedene PB nicht eingegangen sei und bei der Berechnung der anerkannten PB deren Kosten nicht vollstÃ¤ndig anerkannt worden seien.Â

Der Beklagte wies den Widerspruch mit Beschluss vom 27. Juli 2017 zurÃ¼ck. Die Rabatte und Zuzahlungen seien arztindividuell anerkannt worden. Ausgehend von der von den KostentrÃ¤gern gelieferten Summe der Zuzahlungen und Rabatte wÃ¼rde der arztindividuelle prozentuale Anteil errechnet. Eine BerÃ¼cksichtigung der Rabatte und Zuzahlungen sei somit erfolgt.

Auch die Anerkennung von Praxisbesonderheiten sei in hinreichendem AusmaÃ erfolgt. Anerkannt worden seien die folgenden Besonderheiten:

â Â Â Â GOP 98984 (Palliativpatienten). Dabei lag der Ansatz der Bf. bei 0,68% gegenÃ¼ber der FG mit 0,04%. Demzufolge seien hierfÃ¼r Kosten in HÃ¶he von 1 1.032,00 â¬ als PB anerkannt worden.
â Â Â Â Bei PrÃ¤valenzberechnungen der ICD-10-Codes E11 (nicht primÃ¤r insulinabhÃ¤ngiger Diab.mell. Typ 2) habe die KlÃ¤gerin bei 33,26% der Verordnungskosten und die FG bei 14,32% gelegen, so dass hier ein Betrag in HÃ¶he von 31.315,00 â¬ anerkannt worden sei.
â Â Â Â Die Berechnung des ICD-10-Codes 148.0 (Vorhofflimmern, persistierend) habe ein Mehr der KlÃ¤gerin von 1,63% der Verordnungskosten gegenÃ¼ber 0,64% der FG ergeben, so dass eine Summe von 4.507,00 â¬ in Abzug gebracht worden sei.
â Â Â Â Die PrÃ¤valenzberechnung bei dem ICD-1O-Code 125 (chronisch ischÃ¤mische Herzkrankheit) habe ergeben, dass die KlÃ¤gerin mit 33,88% Ã¼ber der FG mit 9,55% gelegen habe, so dass ein Betrag in HÃ¶he von 62.200,00 â¬ zu berÃ¼cksichtigen gewesen sei.Â
â Â Â Â Die Berechnung des ICD-10-Codes E78.0 (reine HypercholesterinÃ¤mie) habe ergeben, dass die KlÃ¤gerin mit 15,73% Ã¼ber den Verordnungskosten der FG mit 9,67% gelegen habe, was einer zu berÃ¼cksichtigenden Summe von 3.689,00 â¬ entspreche.Â
â Â Â Â Bei der Codierung J44.99 (COPD nicht nÃ¤her bezeichnet) sei ein

Mehransatz der KlÃ¤gerin von 5,19% festgestellt worden wÃ¤hrend die FG bei 2,76% gelegen habe, so dass eine verbleibende Mehrverordnung in HÃ¶he von 6.800,00 â¬ Anerkennung finde. Â
â€Â Â Â Eine weitere PB sei bei der PrÃ¤valenzberechnung des ICD-1O-Codes M54.16 (Radikulopathie: Lumbalbereich) festgestellt worden, wo die KlÃ¤gerin bei 7,57% der Kosten und die FG bei 3,54% gelegen habe, so dass ein Betrag in HÃ¶he von 6.217,00 â¬ anerkannt worden sei.

Gegen diesen Beschluss richtet sich die am 3. August 2017 zum Sozialgericht Marburg erhobene Klage.Â

Die KlÃ¤gerin wiederholt ihre EinwÃ¤nde gegen die Bildung der RichtgrÃ¶Ãe und die hinreichende BerÃ¼cksichtigung von individuellen RabattvertrÃ¤gen sowie die aus ihrer Sicht fehlende Herausrechnung von AMNOG-PrÃ¤paraten. Sie rÃ¼gt darÃ¼ber hinaus, dass die Beklagte ihren Antrag auf Verhandlung Ã¼ber eine regressablÃ¶sende Individualvereinbarung ignoriert habe. Â§ 106 Abs. 5d SGB V a.F. sehe vor, dass im Falle einer Regressfestsetzung von einer solchen abgesehen werden kÃ¶nne, sofern sich die Beteiligten Ã¼ber eine individuelle RichtgrÃ¶Ãe einigten. Verhandlungen darÃ¼ber seien ihr zu Unrecht verwehrt worden. Sogar fÃ¼r den Fall, dass man davon ausgehen wÃ¼rde, dass die Beratung gemÃ¤Ã Â§ 106 Abs. 5e SGB V a.F. gleichrangig neben der individuellen RichtgrÃ¶Ãenvereinbarung nach Â§ 106 Abs. 5d SGB V a.F. stehen wÃ¼rde, obliege es alleinig dem Arzt, hierunter auszuwÃ¤hlen. In dem Moment in welchem dieser sich fÃ¼r den Antrag auf eine individuelle RichtgrÃ¶Ãe entscheide, mÃ¼sse der Beklagte in Verhandlungen eintreten. Er kÃ¶nne nicht eigenmÃ¤chtig hierÃ¼ber weggehen und Zwangsberatungen aussprechen.Â

Es sei zudem nicht erkennbar, dass der Beklagte eine intellektuelle PrÃ¼fung durchgefÃ¼hrt habe und dabei die von der KlÃ¤gerin ausfÃ¼hrlich dargelegten PB hinreichend geprÃ¼ft habe. Soweit sie vorgetragen habe, dass sie eine unterdurchschnittliche Praxis vorhalte, also deutlich weniger Patienten als die FG betreue und dazu insbesondere Ã¼beralterte multimorbide Patienten mit schmerztherapeutischem Krankheitsbild oder sogar in palliativer Situation, so sei dieses gerade nicht typisch. Hier wÃ¤re zu erwarten gewesen, dass die PrÃ¼fgremien von Amts wegen ermitteln, wie dieses Diagnosespektrum bei der Fachgruppe vergleichend vertreten ist und welche Patienten mit welchem Schweregrad im Bereich der Schmerztherapie tatsÃ¤chlich von der FG auch behandelt wÃ¼rden. Hierzu habe die PS aber keinerlei Ermittlungen angestellt, sodass die PrÃ¼fung hier ins Leere gehe. Es sei auch nicht darauf eingegangen worden, warum die erhÃ¶hten Verordnungskosten insbesondere durch 8 Altenheimpatienten, davon 4 in palliativer Situation, 50 Polyneuropathiepatienten, 36 Schmerzpatienten und 20 weitere Palliativbatienten nicht als PB anerkannt werden sollten. Hierzu mÃ¼ssten beispielsweise auch die Verordnungen der MagenschutzprÃ¤parate herangezogen werden.

Die KlÃ¤gerin beantragt,Â
den Beschluss des Beklagten vom 15. MÃ¤rz 2017, zugestellt am 28. Juli 2017 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, Ã¼ber den Widerspruch der

KlÃ¤gerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Der Beklagte beantragt,Â
die Klage abzuweisen.Â

Er legt Ã¼ber die AusfÃ¼hrungen in seinem Beschluss hinaus dar, dass die RabattbetrÃ¤ge arztindividuell ermittelt worden seien und im Falle der KlÃ¤gerin 12,63% betragen hÃ¤tten.Â

Der Zusatznutzen von Xarelto sei bisher durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nicht festgestellt worden, so dass diesbezÃ¼glich keine weitergehende PB habe anerkannt werden kÃ¶nnen. Es sei auch nicht erkennbar, dass weitere PB hÃ¤tten anerkannt werden mÃ¼ssen. Aufgrund der Ã¤uÃerst geringen Verordnungskosten im Bereich Schmerztherapie in HÃ¶he von 332,48â¬ habe auch keine spezielle Praxisausrichtung im Bereich der Schmerztherapie festgestellt werden kÃ¶nnen. DarÃ¼ber hinaus hÃ¤tten auch die im Rahmen der Schmerztherapie verordneten MagenschutzprÃ¤parate nicht als Praxisbesonderheit anerkannt werden kÃ¶nnen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Verwaltungsakte des Beklagten sowie die Prozessakte verwiesen, die bei der Entscheidungsfindung vorgelegen haben.Â

EntscheidungsgrÃ¼nde

Die Kammer konnte ohne mÃ¼ndliche Verhandlung entscheiden, da sich die Beteiligten hiermit einverstanden erklÃ¤rt haben (Â§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz, SGG).

Die Klage ist zulÃ¤ssig.Â

Gegenstand des Verfahrens ist nur der Bescheid des Beklagten, nicht auch der der PrÃ¼fungsstelle. In Verfahren der WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung beschrÃ¤nkt sich die gerichtliche Kontrolle auf die das Verwaltungsverfahren abschlieÃende Entscheidung des Beschwerdeausschusses. Dieser wird mit seiner Anrufung fÃ¼r das weitere PrÃ¼fverfahren ausschlieÃlich und endgÃ¼ltig zustÃ¤ndig. Sein Bescheid ersetzt den ursprÃ¼nglichen Verwaltungsakt der PrÃ¼fungsstelle, der abweichend von Â§ 95 SGG im Fall der Klageerhebung nicht Gegenstand des Gerichtsverfahrens wird.Â

Die Klage ist auch begrÃ¼ndet.

Der Bescheid des Beklagten vom 27. Juli 2017 ist rechtswidrig und verletzt die KlÃ¤gerin in ihren Rechten (Â§ 54 Abs. 2 SGG). Der Beklagte muss Ã¼ber den Widerspruch der KlÃ¤gerin gegen die Entscheidung der PS neu entscheiden und mit der KlÃ¤gerin insbesondere in Verhandlungen Ã¼ber den Abschluss einer individuellen RichtgrÃ¶ÃenvereinbarungÂ (IRV) treten.Â

Wie das BSG hierzu entschieden hat (Urteil vom 2. November 2005, B 6 KA 63/04 R) mÃ¼ssen vereinbarte RichtgrÃ¶Ãen immer bereits zu Beginn des Kalenderjahres, fÃ¼r das sie gelten sollen, bekannt gemacht sein. Erfolgt â wie vorliegend mit April 2014 â die Bekanntmachung erst im laufenden Kalenderjahr, kÃ¶nnen grundsÃ¤tzlich die vereinbarten RichtgrÃ¶Ãen der PrÃ¼fung erst fÃ¼r den Zeitraum nach der Bekanntmachung zu Grunde gelegt werden. Dies gilt nach MaÃgabe der GrundsÃ¤tze Ã¼ber die ZulÃ¤ssigkeit echter bzw. unechter RÃ¼ckwirkung allerdings nur insoweit, als die neuen RichtgrÃ¶Ãen die Rechtsposition des geprÃ¼ften Vertragsarztes verschlechtert haben (vgl. BSG, Beschluss vom 15. August 2012, B 6 KA 94/11 B). Dies war jedoch vorliegend nicht der Fall. Die verspÃ¤tete VerÃ¶ffentlichung der RichtgrÃ¶Ãen hatte keine Relevanz, weil sie ausschlieÃlich die Vorjahreswerte fortschrieb.Â

Im Falle einer erstmaligen Ãberschreitung des RichtgrÃ¶Ãenvolumens um mehr als 25 % ist eine individuelle Beratung nach Â§ 106 Abs. 5e S. 1 SGB V a.F. durchzufÃ¼hren (Beratung vor Regress). Diese Regelung ist durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz zum 1. Januar 2012 in das SGB V aufgenommen worden. Nach dieser MaÃgabe ist der Beklagte vorliegend auch verfahren. Er hat jedoch den Antrag der KlÃ¤gerin auf Verhandlung Ã¼ber eine IRV nicht berÃ¼cksichtigt. Dies fÃ¼hrt zur Rechtswidrigkeit des Beschlusses des Beklagten.

Anders als im Fall des Â§ 106 Abs. 5a Satz 4 SGB V (vgl. dazu BSG, Urteil vom 15. Juli 2015, B 6 KA 30/14 R) besteht zwar keine Verpflichtung der PrÃ¼fgremien, auf den Abschluss einer IRV hinzuwirken. Wenn der geprÃ¼fte Arzt jedoch von sich aus Interesse am Abschluss einer IRV bekundet oder â wie hier â den Abschluss einer IRV beantragt, sind die PrÃ¼fgremien verpflichtet â unabhÃ¤ngig vorm Stadium des RichtgrÃ¶ÃenprÃ¼fverfahrens â, in Verhandlungen Ã¼ber den Abschluss einer IRV einzutreten und dÃ¼rfen den Abschluss einer IRV nicht aus sachfremden GrÃ¼nden vereiteln. In diesen FÃ¤llen besteht eine âVerhandlungspflichtâ der PS bzw. des Beklagten. Klarzustellen ist allerdings, dass die PrÃ¼fgremien nicht unter allen UmstÃ¤nden verpflichtet sind, eine IRV abzuschlieÃen; ein unbedingter âAnspruchâ des Arztes auf Abschluss einer IRV besteht nicht (BSG, Urteil vom 28. August 2013, B 6 KA 46/12 R). Da es sich um eine Vereinbarung in Form eines Ã¶ffentlich-rechtlichen Vertrages handelt, setzt die IRV eine WillensÃ¼bereinstimmung voraus. Wird zwischen den PrÃ¼fgremien und dem zu prÃ¼fenden Arzt keine Ãbereinstimmung Ã¼ber den Inhalt der Vereinbarung â insbesondere Ã¼ber die HÃ¶he der zu vereinbarenden RichtgrÃ¶Ãe â erzielt, sind die Verhandlungen gescheitert (BSG, Urteil vom 28. August 2013, B 6 KA 46/12 R; Landessozialgericht fÃ¼r das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 23. Dezember 2015, L 11 KA 94/12).

Die KlÃ¤gerin hat bereits im Verwaltungsverfahren ausfÃ¼hrlich vorgetragen und auf ihre PB hingewiesen. Dem Vorbringen ist zu entnehmen, dass es ihr vorrangig darum ging, den prozentualen Ãberschreitungssatz unter den Grenzwert von 25% zu drÃ¼cken. Hilfsweise beantragte sie Verhandlungen Ã¼ber eine regressablÃ¶sende Individualvereinbarung. Die PS hat diesen Antrag zur Kenntnis genommen und ihrem Bescheid vom 8. November 2016 abgelehnt. Verhandlungen hierzu haben nicht stattgefunden. Â

Entgegen der Auffassung des Beklagten ist jedoch nach Sinn und Zweck des Gesetzes auch bereits im Stadium der individuellen Beratung auf Antrag des Arztes Ã¼ber den Antrag auf eine individuelle RichtgrÃ¶Ãe zu verhandeln.Â

Dem Beklagten ist zuzugeben, dass die IRV in Â§ 106 Abs. 5d SGB V erwÃ¤hnt ist und insofern bei rein Wortlaut orientierter Auslegung nur im Zusammenhang mit der Festsetzung eines Mehraufwandes in Form eines Regresses steht. In diesem Zusammenhang sieht Â§ 106 Abs. 5e Satz 2 SGB V allerdings keine IRV vor, sondern einen Antrag auf die Anerkennung von Praxisbesonderheiten.Â

Unter BerÃ¼cksichtigung der historischen Gesetzesentwicklung und insbesondere von Sinn und Zweck der IRV Ã¼berzeugt diese isoliert am Wortlaut orientierte Interpretation des Beklagten die Kammer jedoch nicht. Â§ 106 Abs. 5e SGB V a.F. und damit auch die individuelle Beratung wurden erst im Jahr 2012 â und damit nach Â§ 106 Abs. 5d SGB V a.F. â in das Gesetz aufgenommen. Die GesetzesbegrÃ¼ndung gibt aber keinen Aufschluss Ã¼ber das VerhÃ¤ltnis dieser AntrÃ¤ge. Festzuhalten ist jedoch, dass es sich bei dem Antrag auf Verhandlung Ã¼ber eine IR um ein âMehrâ gegenÃ¼ber dem Antrag auf Anerkennung von PB handelt. Die Praxisbesonderheiten sind im solchermaÃen vorgegebenen Verhandlungsprogramm nur eine beispielhafte, wenngleich hervorgehobene Facette (âunter BerÃ¼cksichtigung von Praxisbesonderheitenâ). Die RichtgrÃ¶Ãe wird jedoch auch durch andere Faktoren bestimmt (hierzu Â§ 1 ff. der RgV 2006). All das ist ggf. Verhandlungsgegenstand (Landessozialgericht fÃ¼r das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 23. Dezember 2015, L 11 KA 94/12).

Gesetzessystematisch sind im Grunde zwei Varianten einer Auslegung denkbar. ZunÃ¤chst kÃ¶nnte man die AbsÃ¤tze 5d) und 5e) â wie der Beklagte â isoliert betrachten und damit feststellen, dass bei Festsetzung einer individuellen Beratung nur ein Antrag auf Anerkennung von Praxisbesonderheiten gestellt werden kann. Die regressablÃ¶sende Individualvereinbarung kÃ¶nnte dann nur auf der zweiten Stufe, d.h. nach Festsetzung eines Regresses in Betracht kommen.Â

Eine derartige Interpretation widerspricht zur Ãberzeugung der Kammer jedoch fundamental dem Sinn und Zweck der WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung, insbesondere der RichtgrÃ¶ÃenprÃ¼fung, der darin besteht, das Verordnungsverhalten der Ãrzte einerseits zu begrenzen, andererseits aber auch zu steuern. Will man einen mÃ¶glichst guten Steuerungseffekt herbeifÃ¼hren, setzt dies ein mÃ¶glichst frÃ¼hzeitiges Eingreifen voraus.Â

DarÃ¼ber hinaus bietet eine IRV eine Rechtssicherheit auf Seiten des Arztes, der damit seinen individuellen Verordnungsrahmen kennt und â aufgrund der beiderseitig notwendigen WillensÃ¼bereinstimmung â auch akzeptiert.Â

Â§ 106 Abs. 5d Satz 1 SGB V a.F. setzt voraus, dass die individuelle RichtgrÃ¶Ãe einerseits eine wirtschaftliche Verordnungsweise, andererseits die BerÃ¼cksichtigung von Praxisbesonderheiten gewÃ¤hrleistet. Zudem hat eine IRV fÃ¼r den Vertragsarzt deutlich weitergehende Folgen als eine Beratung, weil sie den Vertragsarzt zukÃ¼nftig an eine individuelle RichtgrÃ¶Ãe bindet und ihm im

Falle der Ãberschreitung dieser RichtgrÃ¶Ãe die MÃ¶glichkeit nimmt, diese nachtrÃ¤glich in Zweifel zu ziehen; auch die nachtrÃ¤gliche Geltendmachung von Praxisbesonderheiten ist ausgeschlossen (BSG, Urteil vom 28. August 2013, B 6 KA 46/12 R m.w.N.). Auch zieht ein VerstoÃ gegen die individuelle RichtgrÃ¶Ãe hÃ¤rtere Sanktionen nach sich als eine Ãberschreitung der regulÃ¤ren RichtgrÃ¶Ãen. Bei einer Ãberschreitung der individuellen RichtgrÃ¶Ãe ist der komplette Mehraufwand zu erstatten. Â Einen âToleranzbereichâ wie in Â§ 106 Abs. 5a Satz 1 und 3 SGB V a.F. â mit einer erst bei einer Ãberschreitung von mehr als 25 v.H. eingreifenden Erstattungspflicht â gibt es insoweit nicht. Hinzu kommt, dass die Vereinbarung einer individuellen RichtgrÃ¶Ãe eine âFeinjustierungâ der speziellen Situation der Arztpraxis beinhaltet, sodass es eines Toleranzbereiches wie bei der â vergrÃ¶bernden â arztgruppenspezifischen RichtgrÃ¶Ãe nicht bedarf (BSG, Urteil vom 28. August 2013, B 6 KA 46/12 R). So kann zukÃ¼nftigem Fehlverhalten wirksam vorgebeugt werden, indem durch die Vereinbarung einer individuellen RichtgrÃ¶Ãe â anstelle einer auf die Vergangenheit gerichteten Beratung oder Ausgleichspflicht â eine auf die Zukunft gerichtete Begrenzung des Verordnungsvolumens der Arztpraxis unter BerÃ¼cksichtigung seiner Praxisstruktur gewÃ¤hrleistet wird (FraktE-GMG, BT-Drucks 15/1525 S 117 zu Nr 82 Buchst k).

Die Auffassung des Beklagten wÃ¼rde hingegen dazu fÃ¼hren, dass ein Arzt, der erstmalig im Rahmen der RichtgrÃ¶Ãenprüfung auffÃ¤llt, den Grenzwert von 25% Ã¼berschreitet und eine Beratung erhÃ¤lt zunÃ¤chst in einem weiteren PrÃ¼fzeitraum eine Ãberschreitung provozieren mÃ¼sste, um Ã¼berhaupt mit den PrÃ¼fgremien in ein GesprÃ¤ch Ã¼ber eine individuelle Sondersituation kommen zu kÃ¶nnen. Dies widersprÃ¤che fundamental dem Zweck der Steuerung des Verordnungsverhaltens.

SelbstverstÃ¤ndlich sind die PrÃ¼fgremien zum Abschluss einer regressablÃ¶senden Individualvereinbarung letztendlich nicht verpflichtet. Die Steuerungsfunktion der WirtschaftlickeitsprÃ¼fung gebietet jedoch, dass sie sich â auf Antrag eines Arztes â mit diesem Ã¼ber eine individuelle RichtgrÃ¶Ãe austauschen, um so zukÃ¼nftig weiteren Probleme im Verordnungsverhalten zu begegnen und dem Arzt auch eine Sicherheit Ã¼ber seine Grenzwerte zu vermitteln.Â

In diesem Sinne ist auch die Rechtsprechung des BSG zu verstehen, die ausfÃ¼hrt:Â
âDie Kompetenz der PrÃ¼fgremien zum Abschluss einer IRV ist entgegen der Auffassung des LSG auch nicht â inhaltlich â derart eingeschrÃ¤nkt, dass eine individuelle RichtgrÃ¶Ãe nur dann vereinbart werden kann, solange es (Ã¼berhaupt) noch nicht zur Festsetzung eines Regresses gekommen istâ (Urteil vom 28. August 2013, B 6 KA 46/12 R).Â

Aus dieser Formulierung folgt im Umkehrschluss, dass eine individuelle RichtgrÃ¶Ãe auch dann vereinbart werden kann, solange es noch nicht zur Festsetzung eines Regresses gekommen ist. Diese Konstellation entspricht dem vorliegenden Fall.Â

Aus diesen GrÃ¼nden musste die Klage Erfolg haben.Â

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 197a SGG in Verbindung mit Â§ 154 VwGO und folgt der Entscheidung in der Hauptsache.Â

Die endgÃ¼ltige Festsetzung des Streitwerts beruht Â§ 197a Abs. 1 S. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) in Verbindung mit Â§Â§ 63 Abs. 2 S. 1, 52 Abs. 1 Gerichtskostengesetz (GKG). Danach ist unter anderem in Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit, soweit nichts anderes bestimmt ist, der Streitwert nach der sich aus dem Antrag des KlÃ¤gers fÃ¼r ihn ergebenden Bedeutung der Sache nach Ermessen zu bestimmen. Betrifft der Antrag des KlÃ¤gers eine bezifferte Geldleistung oder einen hierauf gerichteten Verwaltungsakt, ist deren HÃ¶he maÃgebend (Â§ 52 Abs. 3 GKG). Nur wenn der Sach- und Streitstand fÃ¼r die Bestimmung des Streitwerts keine genÃ¼genden Anhaltspunkte bietet, ist ein Streitwert von 5.000,00 â¬ anzunehmen (Â§ 52 Abs. 2 GKG).

Ein solcher Fall liegt vor, weil materiell-rechtlich eine Beratung im Streit stand, deren wirtschaftlicher Wert nicht bestimmbar ist.
Â

Erstellt am: 06.08.2024

Zuletzt verändert am: 23.12.2024