-

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	6
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	24.09.1997

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	11.03.1998

3. Instanz

Datum	28.06.2000

Die Revision des KlÃ¤gers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 11. MÃ¤rz 1998 wird zurÃ¼ckgewiesen. Der KlÃ¤ger hat dem Beklagten seine auÃergerichtlichen Kosten auch fÃ¼r das Revisionsverfahren zu erstatten. Im Ã¼brigen sind Kosten nicht zu erstatten.

GrÃ¼nde:

I

Streitig ist die RechtmÃ¤Ãigkeit eines Arzneikostenregresses.

Der KlÃ¤ger war als praktischer Arzt in K. mit der Zusatzbezeichnung "HomÃ¶opathie" zur kassenÃ¤rztlichen Versorgung zugelassen. Seine Fallzahl belief sich in den Quartalen II bis IV/1992 im PrimÃ¤rkassenbereich nach den Arzneikosten-Statistiken auf 495, 485 bzw 505 FÃ¤lle und unterschritt damit den Durchschnitt der Arztgruppe der Allgemein- und praktischen ÃÄrzte um 27 %, 30 % bzw 26 %. Sein Arzneikostenaufwand je Fall lag um 59,6 %, 68,5 % bzw 74,8 % Ã¼ber dem Durchschnitt, sein Rentneranteil ebenfalls (um 25 %, 28 % bzw 28 %).

Die zu 1. beigeladene Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) beantragte fÃ¼r die Quartale I bis IV/1992 die Ãberprüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise des KlÃ¤gers. Der PrÃ¼fungsausschuÃ verglich seine Arzneikosten mit denen der Allgemein- und praktischen Ãrzte. Er lehnte die Festsetzung eines Arzneikostenregresses fÃ¼r das Quartal I/1992 ab. Hinsichtlich der Quartale II bis IV/1992 beschrÃ¤nkte er die Feststellung einer unwirtschaftlichen Verordnungsweise auf die FamilienangehÃ¶rigen der AOK Krefeld, belieÃ dem KlÃ¤ger insoweit eine Ãberschreitung des Fachgruppendurchschnitts von 150 % und setzte die darÃ¼ber hinausgehenden Verordnungskosten in HÃ¶he von insgesamt 11.365,13 DM als RegreÃ fest (Bescheid vom 8. MÃ¤rz 1994). Den Widerspruch des KlÃ¤gers wies der beklagte BeschwerdeausschuÃ zurÃ¼ck (Bescheid vom 10. Januar 1996). Er zog bei seiner Vergleichsberechnung die Verordnungswerte aller Versichertengruppen der AOK Krefeld heran. Danach ergab sich im Quartal II/1992 (164 FÃ¤lle) ein Mehraufwand von 27.405,47 DM (= 67,24 %), im Quartal III/1992 (225 FÃ¤lle) ein Mehraufwand von 30.341,87 DM (= 81,28 %) und im Quartal IV/1992 (234 FÃ¤lle) ein Mehraufwand von 32.322,96 DM (= 75,59 %). Praxisbesonderheiten lÃ¤gen nicht vor. Der KlÃ¤ger habe eine fachgruppentypische Klientel behandelt. Die angefÃ¼hrten homÃ¶opathischen Behandlungen (Tumortherapien mit MistelprÃ¤paraten, mikrobiologische Therapie mit Symbionten)

seien eher preiswerter als allopathische. Der im VerhÃ¤ltnis zur Fachgruppe hÃ¶here Rentneranteil sei berÃ¼cksichtigt. Da Praxisbesonderheiten nicht erkennbar seien, werde die Grenze fÃ¼r das sogenannte offensichtliche MiÃverhÃ¤ltnis bei 50 % angenommen. Dies ergebe unwirtschaftliche Mehrkosten von 7.026,63 DM, 11.676,84 DM und 10.655,87 DM, also von insgesamt 29.359,34 DM bzw abzÃ¼glich des 5 %igen Apothekenrabattes (1.467,97 DM) von 27.891,37 DM. Wegen des nur vom KlÃ¤ger betriebenen Widerspruchsverfahrens kÃ¶nne der vom PrÃ¼fungsausschuÃ festgesetzte RegreÃbetrag nicht erhÃ¶ht werden. Die Festsetzung des Regresses auf 11.365,13 DM sei daher zu bestÃ¤tigen.

Das Sozialgericht (SG) hat die hiergegen erhobene Klage abgewiesen (Urteil vom 24. September 1997) und ua ausgefÃ¼hrt, es habe die vom KlÃ¤ger dargelegten FÃ¤lle selbst durchgesehen und sich davon Ã¼berzeugt, daÃ der Beklagte mit der Feststellung einer fachgruppentypischen Klientel seinen Beurteilungsspielraum eingehalten habe. Die angegebenen Diagnosen â hÃ¤ufig Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus, endogenes Ekzem, degenerative WirbelsÃ¤ulenverÃ¤nderungen, depressive Verstimmungen, cerebrale DurchblutungsstÃ¶rungen â fÃ¤nden sich in jeder allgemeinÃ¤rztlichen Praxis. Die Zahl der Karzinompatienten sei nicht auÃergewÃ¶hnlich hoch. Im Quartal III/1992 habe er fÃ¼nf solche Patienten behandelt; bei zweien hÃ¤tten die Arzneikosten mehr als 2.000 DM, bei den anderen nur 300 bis 500 DM betragen. Eine Misteltherapie belaufe sich auf 200 bis 250 DM je Fall im Quartal. Selbst nach vollstÃ¤ndigem Abzug dieser Kosten und nach DurchfÃ¼hrung des Regresses verblieben Ãberschreitungen, die deutlich im Bereich des offensichtlichen MiÃverhÃ¤ltnisses lÃ¤gen. Da sich der RegreÃ auf weniger als die HÃ¤lfte des unwirtschaftlichen Mehraufwandes beschrÃ¤nke, habe der Beklagte nicht noch gesondert einen Abzugsbetrag fÃ¼r die Eigenanteile der Patienten ausweisen mÃ¼ssen.

Die Berufung des KlÃ¤gers ist ohne Erfolg geblieben (Urteil des Landessozialgerichts (LSG) vom 11. MÃ¤rz 1998). Zur BegrÃ¼ndung hat das LSG auf das Urteil des SG Bezug genommen. ZusÃ¤tzlich hat es ausgefÃ¼hrt, die Einbeziehung aller Versichertengruppen der AOK Krefeld verstoÃe nicht gegen das Verbot der reformatio in peius. Der Beklagte habe den vom PrÃ¼fungsausschuÃ festgesetzten RegreÃbetrag nicht erhÃ¶ht. Zur Erweiterung der Vergleichsgrundlage habe er den KlÃ¤ger nicht anhÃ¶ren mÃ¼ssen. Aber auch bei Annahme einer AnhÃ¶rungspflicht ergÃ¤be sich keine Rechtswidrigkeit. Die Vernehmung des PrÃ¼farztes habe ergeben, daÃ dieser einen ausreichenden Hinweis erteilt habe. Sonstige Fehler lÃ¤gen nicht vor. Der Beklagte hÃ¤tte eine engere Vergleichsgruppe bilden kÃ¶nnen, aber nicht mÃ¼ssen. Er habe nicht festgestellt, daÃ der KlÃ¤ger ausschlieÃlich homÃ¶opathisch tÃ¤tig gewesen sei und Praxisbesonderheiten in unbedenklicher Weise verneint.

Zum Vorbringen des KlÃ¤gers Ã¼ber seine Behandlungen von Tumorpatienten enthalte der Bescheid zwar nur knappe AusfÃ¼hrungen, verweise aber ergÃ¤nzend auf das Parallelverfahren Ã¼ber die HonorarkÃ¼rzungen in den Quartalen IV/1991 bis IV/1992. In dem maÃgeblichen Bescheid vom 9. Januar 1996 sei nachvollziehbar dargelegt, aus welchen GrÃ¼nden der Beklagte eine Praxisbesonderheit verneine. Der Annahme der Unwirtschaftlichkeit stehe nicht entgegen, daÃ die Krankenkasse (KK) die Mistel- und Thymustherapien jeweils genehmigt habe. Eine Praxisbesonderheit habe auch nicht fÃ¼r die Betreuung von Neurodermitispatienten anerkannt werden kÃ¶nnen. Den grÃ¶Ãeren Anteil an Alten- und Pflegeheimpatienten mit SchwerstpflegebedÃ¼rftigkeit habe der Beklagte ausreichend durch den erhÃ¶hten Rentneranteil berÃ¼cksichtigt. Zudem fehle eine damit korrespondierende AbrechnungshÃ¤ufigkeit der entsprechenden Behandlungsleistungen. Ferner greife weder das Begehren des KlÃ¤gers nach einem PrÃ¼fbericht von einem homÃ¶opathisch qualifizierten SachverstÃ¤ndigen noch sein Einwand unzureichender ergÃ¤nzender intellektueller PrÃ¼fung durch. Seine Forderung, auÃer dem 5 %igen Apothekenrabatt auch die Patientenzuzahlungen in Abzug zu bringen, sei ebenfalls abzulehnen.

Mit der vom LSG zugelassenen Revision rÃ¼gt der KlÃ¤ger eine Verletzung materiellen Rechts. Der Beklagte habe die Zahl der geprÃ¼ften VerordnungsfÃ¤lle nicht ohne ausreichenden Hinweis erweitern dÃ¼rfen. Ein solcher Hinweis ergebe sich aus den Bekundungen des PrÃ¼farztes nicht. Die Erweiterung der Vergleichsgrundlage fÃ¼r den RegreÃ sei auch wegen des Verbots der reformatio in peius nicht rechtens. Die VergleichsprÃ¼fung sei ferner inhaltlich zu beanstanden, da eine engere Vergleichsgruppe habe gebildet werden mÃ¼ssen. Er, der KlÃ¤ger, sei aufgrund seiner ausschlieÃlich homÃ¶opatisch-naturheilkundlichen Ã¤rztlichen TÃ¤tigkeiten mit keinem anderen Arzt der Gruppe auch nur annÃ¤hernd vergleichbar. Die Ablehnung einer Praxisbesonderheit wegen seiner Tumorbehandlungen mit Mistel- und ThymusprÃ¤paraten sei nicht ausreichend begrÃ¼ndet worden und auch unzutreffend. Das Argument, er rechne keine diagnostischen onkologischen Leistungen wie Ultraschalluntersuchungen ab, berÃ¼cksichtige nicht, daÃ er dafÃ¼r keine Genehmigung habe, so daÃ er sich auf die Arzneitherapien beschrÃ¤nke. Der Annahme der Unwirtschaftlichkeit stÃ¼nden zudem die Genehmigungen der KKn fÃ¼r die Therapien entgegen.

Rechne man deren Kosten heraus, so sei die Grenze zum sogenannten offensichtlichen MiÃverhÃltnis unterschritten. Auch der hohe Anteil an Alten- und Pflegeheimpatienten und SchwerstpflegefÃllen mÃ¼sse als Praxisbesonderheit anerkannt werden. Der erhÃ¶hte Rentneranteil erfasse nur einen Teil von ihnen, weil viele keinen Rentnerstatus hÃtten. Des weiteren hÃtte der PrÃ¼fbericht von einem SachverstÃndigen mit homÃ¶opathischer Qualifikation erstellt werden mÃ¼ssen. Ferner fehle eine ausreichende intellektuelle PrÃ¼fung, die seine besonderen Schwerpunkte (zB adjuvante Mistel- und Thymus- sowie Palliativtherapien austherapierter Patienten) herausstellen wÃ¼rde. SchlieÃlich hÃtten die Zuzahlungen der Patienten in Abzug gebracht werden mÃ¼ssen.

Der KlÃger beantragt sinngemÃÃ,
die Urteile des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 11. MÃrz 1998 und des Sozialgerichts DÃ¼sseldorf vom 24. September 1997 sowie den Bescheid des Beklagten vom 10. Januar 1996 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, Ã¼ber seinen â des KlÃgers â Widerspruch gegen den Bescheid des PrÃ¼fungsausschusses vom 8. MÃrz 1994 betreffend den ArzneikostenregreÃ fÃ¼r die Quartale II bis IV/1992 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu entscheiden.

Der Beklagte und die Beigeladene zu 1. beantragen,
die Revision zurÃ¼ckzuweisen.

Sie halten die Revision fÃ¼r unbegrÃ¼ndet.

II

Die Revision des KlÃgers hat keinen Erfolg. Die Entscheidung des LSG, das den angefochtenen Bescheid als rechtmÃÃig beurteilt hat, ist nicht zu beanstanden.

Rechtsgrundlage des angefochtenen Bescheides ist die Regelung des Â§ 106 Abs 2 Satz 1 Nr 1 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in der bis zum 31. Dezember 1992 geltenden Fassung des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) vom 20. Dezember 1988 (BGBl I 2477), wonach die Wirtschaftlichkeit der vertragsÃrztlichen Versorgung ua durch arztbezogene PrÃ¼fung ÃrztlichÃ verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten beurteilt wird. Nach den hierzu von der Rechtsprechung entwickelten GrundsÃtzen stellt die statistische PrÃ¼fung in Gestalt eines Vergleichs der Verordnungswerte des betroffenen Arztes mit denjenigen seiner Fachgruppe im selben Quartal die RegelprÃ¼fmethode dar (dazu zuletzt BSGE 84, 85, 86 = SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 47 S 250). Ergibt diese PrÃ¼fung, daÃ die Verordnungskosten des Arztes je Fall die durchschnittlichen Verordnungskosten seiner Fachkollegen in einem AusmaÃ Ã¼berschreiten, bei dem sich der Mehraufwand nicht mehr durch Unterschiede in der Praxisstruktur und den Behandlungsnotwendigkeiten erklÃren lÃÃt, so hat das die Wirkung eines Anscheinsbeweises der Unwirtschaftlichkeit (stRspr, vgl zB BSG SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 27 S 152 f und S 154). Dieser wird allerdings entkrÃftet, wenn der betroffene Arzt darlegt â und dies sich als zutreffend erweist -, daÃ bei seiner Arztpraxis besondere, einen hÃ¶heren Behandlungsaufwand rechtfertigende UmstÃnde

(Praxisbesonderheiten) vorliegen, die fÃ¼r die zum Vergleich herangezogenen Arztgruppen untypisch sind (BSG aaO S 154).

FÃ¼r die Frage, ob die aufgezeigten RechtsmaÃstÃ¤be zutreffend angewandt worden sind, ist entgegen der Ansicht des KlÃ¤gers nicht auf den Bescheid des PrÃ¼fungsausschusses, sondern auf den des Beschwerdeausschusses abzustellen. Nach der Rechtsprechung des erkennenden Senats beschrÃ¤nkt sich bei Entscheidungen in Verfahren der WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung die gerichtliche Kontrolle auf den das Verwaltungsverfahren abschlieÃenden Bescheid des Beschwerdeausschusses. Dieser wird mit seiner Anrufung gemÃ¤Ã Â§ 106 Abs 5 Satz 4 SGB V fÃ¼r das weitere PrÃ¼fverfahren ausschlieÃlich und endgÃ¼ltig zustÃ¤ndig (stRspr, vgl zB BSGE 78, 278, 279 f = SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 35 S 194 f; BSG SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 39 S 216; ebenso betr Zulassungsangelegenheiten zB BSG SozR 3-5520 Â§ 44 Nr 1 S 4 mwN).

Der Bescheid des Beklagten verstÃ¶Ãt nicht gegen verwaltungsverfahrensrechtliche Vorschriften. Insbesondere ist Â§ 24 Abs 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) nicht verletzt worden. Eine weitere AnhÃ¶rung durch den Beklagten dazu, daÃ er seinem Bescheid anders als der PrÃ¼fungsausschuÃ die Verordnungswerte aller Versicherten der AOK Krefeld â anstelle nur derjenigen der Familienversicherten â zugrunde legte, war nicht erforderlich. Schon die PrÃ¼fantrÃ¤ge der AOK hatten sich auf die Verordnungswerte des KlÃ¤gers bei allen Versichertengruppen bezogen. Der KlÃ¤ger stellte in seinen Stellungnahmen zu den PrÃ¼fantrÃ¤gen dementsprechend selbst auf seine Verordnungsweise bei allen Versichertengruppen ab. Der PrÃ¼fbescheid vom 8. MÃ¤rz 1994 ging ebenfalls auf das Verordnungsverhalten des KlÃ¤gers bei allen Versichertengruppen ein. Mithin sind keine neuen erheblichen Tatsachen in das Verfahren eingefÃ¼hrt worden, die eine neuerliche AnhÃ¶rung des KlÃ¤gers hÃ¤tten erforderlich machen kÃ¶nnen. Ungeachtet dessen ist nach den â nicht mit durchgreifenden RevisionsrÃ¼gen angegriffenen â Feststellungen des LSG der KlÃ¤ger in der Verhandlung vor dem Beklagten darauf hingewiesen worden, daÃ der PrÃ¼fung die Gruppe der Versicherten insgesamt zugrunde gelegt werde. Die vom KlÃ¤ger inzident geltend gemachte Verletzung der Amtsermittlungspflicht durch das LSG setzt voraus, daÃ sich dem Gericht eine weitere SachverhaltsaufklÃ¤rung hÃ¤tte aufdrÃ¤ngen mÃ¼ssen. Dies erfordert im Falle eines rechtskundig vertretenen Beteiligten dessen Mitwirkung, also im Regelfall, daÃ dieser noch in der mÃ¼ndlichen Verhandlung des Berufungsgerichts entsprechende Ermittlungsanregungen â zB durch BeweisantrÃ¤ge â gibt (vgl BVerwG HFR 1979, 446; BFHE 124, 105, 108; 120, 549, 552; ebenso zB BFH, Urteil vom 18. Juli 1985 â IV R 135/82 â insoweit nicht verÃ¶ffentlicht). DaÃ dies geschehen wÃ¤re, ergibt sich weder aus dem angefochtenen Urteil noch aus dem Revisionsvorbringen. Den vom KlÃ¤ger erhobenen Bedenken, ob der PrÃ¼farzt Ã¼berhaupt an der Sitzung des Beschwerdeausschusses teilgenommen habe, war ebenfalls nicht nachzugeben; denn diese hat er nicht entsprechend den Anforderungen an eine VerfahrensrÃ¼ge iS des Â§ 163 Halbsatz 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) â zB durch Bezugnahme auf die Sitzungsniederschrift â dargelegt.

Ebensowenig liegt darin, daÃ der Beklagte seinem RegreÃbescheid die Werte aller Versicherten der AOK Krefeld zugrunde legte, eine unzulÃ¤ssige Verschlechterung des Bescheides des PrÃ¼fungsausschusses. Durch das Verbot der reformatio in peius (vgl dazu insbesondere BSGE 71, 274 ff = SozR 3-1500 Â§ 85 Nr 1) ist es dem BeschwerdeausschuÃ nicht verwehrt, die BegrÃ¼ndung fÃ¼r HonorarkÃ¼rzungen und Regresse anders als der PrÃ¼fungsausschuÃ auszugestalten, solange er den von diesem festgesetzten HonorarkÃ¼rzungs- bzw RegreÃ-Gesamtbetrag nicht erhÃ¶ht. Innerhalb dieses Rahmens darf er zB HonorarkÃ¼rzungen bei einzelnen GebÃ¼hren-Nrn erhÃ¶hen oder erstmals vornehmen (BSGE 53, 284, 285 f = SozR 5550 Â§ 15 Nr 1 S 1 f) sowie kompensierende Einsparungen mit geringeren BetrÃ¤gen berÃ¼cksichtigen oder verneinen (BSG SozR 2200 Â§ 368n Nr 36 S 120 betr ArzneikostenregreÃ). Ebenso kann er â wie er es im vorliegenden Fall getan hat â die VergleichsprÃ¼fung auf eine breitere Grundlage stellen, indem er bei seinem Wirtschaftlichkeitsvergleich statt der vom PrÃ¼fungsausschuÃ allein einbezogenen Familienversicherten alle Versichertengruppen berÃ¼cksichtigt und auf dieser Grundlage den RegreÃ prÃ¼ft und errechnet.

Die BeschrÃ¤nkung der WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung auf nur eine KK, nÃ¤mlich die AOK Krefeld, ist rechtlich zulÃ¤ssig. Unter der bis 1988 geltenden Rechtslage konnte die PrÃ¼fung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- und/oder Verordnungsweise grundsÃ¤tzlich getrennt nach einzelnen KKn durchgefÃ¼hrt werden (zusammenfassend BSG, Urteil vom 24. November 1993, SozR 3-2200 Â§ 368n Nr 6 S 15 f; ebenso Urteil vom 15. MÃ¤rz 1995 â 6 RKa 8/94 â USK 95 117 S 622 = MedR 1996, 134, 135). Daran hat das Inkrafttreten des Â§ 106 SGB V am 1. Januar 1989 nichts geÃ¤ndert. Mit der Entscheidung des Gesetzgebers fÃ¼r die arztbezogene PrÃ¼fung Ã¤rztlicher und Ã¤rztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten als RegelprÃ¼fmethode haben die von der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zum frÃ¼heren Rechtszustand formulierten GrundsÃ¤tze der statistischen VergleichsprÃ¼fung eine nachhaltige BestÃ¤tigung erfahren (stRspr, vgl zuletzt BSG SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 45 S 243). Deshalb ist der Senat auch fÃ¼r die spÃ¤tere Rechtslage seit der Geltung des SGB V davon ausgegangen, daÃ die PrÃ¼fung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise auf die Versicherten einer KK beschrÃ¤nkt werden kann (siehe BSG SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 45 S 245 fÃ¼r 1994/95).

Die grundsÃ¤tzlich zulÃ¤ssige BeschrÃ¤nkung der PrÃ¼fung auf eine KK wÃ¤re allerdings dann zu beanstanden, wenn die dadurch geringere Zahl geprÃ¼fter BehandlungsfÃ¤lle nicht fÃ¼r statistisch zuverlÃ¤ssige Aussagen ausreichen wÃ¼rde. Hiervon geht die Rechtsprechung aus, wenn die beim geprÃ¼ften Arzt zugrunde gelegte Fallzahl weniger als 20 % der durchschnittlichen der Fachkollegen betrÃ¤gt (vgl dazu zB BSG USK 95 117 S 622 f = MedR 1996, 134, 135 f; zuletzt BSG SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 45 S 244 f mwN). Die Quote wird nach den Fallzahlen im konkret geprÃ¼ften Kassenbereich ermittelt (s BSG SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 45 S 245/246 mit Berechnung nur anhand des Ersatzkassenbereichs). Der Anteil von 20 % ist vorliegend nicht unterschritten. Aus den dem Bescheid zugrundeliegenden StatistikbÃ¶gen ergibt sich, daÃ die beim KlÃ¤ger geprÃ¼fte Zahl der AOK-FÃ¤lle jeweils ca ein Viertel oder ein Drittel der PrimÃ¤rkassen-FÃ¤lle des

Fachgruppendurchschnitts betrug.

GegenÃ¼ber der vom Beklagten durchgefÃ¼hrten statistischen VergleichsprÃ¼fung hat der KlÃ¤ger auch nicht mit dem Einwand Erfolg, zum Vergleich hÃ¤tte nicht die gesamte Gruppe der Allgemein- und praktischen Ãrzte herangezogen werden dÃ¼rfen; vielmehr hÃ¤tte wegen seiner auf homÃ¶opathisch-naturheilkundliche Verfahren spezialisierten Ã¤rztlichen TÃ¤tigkeit eine engere Vergleichsgruppe gebildet werden mÃ¼ssen. Die Bildung engerer Vergleichsgruppen ist bei Allgemein- und praktischen Ãrzten allenfalls dann erforderlich, wenn sich die Praxisstruktur eines allgemeinmedizinisch tÃ¤tigen Arztes sowohl hinsichtlich der Zusammensetzung der Patientenklientel als auch hinsichtlich des Ã¤rztlichen Diagnose- und Behandlungsangebots so weit von der Typik einer allgemeinÃ¤rztlichen Praxis entfernt hat, daÃ der primÃ¤rÃ¤rztliche Versorgungsauftrag nicht mehr umfassend wahrgenommen wird (Urteil vom 15. November 1995 â 6 RKa 58/94 â USK 95 137 S 737, anknÃ¼pfend an BSGE 62, 24, 27 = SozR 2200 Â§ 368n Nr 48 S 159). Nach den AusfÃ¼hrungen des LSG konnte eine Spezialisierung und BeschrÃ¤nkung des KlÃ¤gers auf homÃ¶opathische Ã¤rztliche TÃ¤tigkeiten und eine dadurch atypische Patientenzusammensetzung, die geeignet wÃ¤re, die Vergleichbarkeit mit den Ã¼brigen Allgemein- und praktischen Ãrzten auszuschlieÃen, nicht ausreichend belegt werden. Diese Tatsachenfeststellungen sind gemÃ¤Ã Â§ 163 SGG fÃ¼r den Senat bindend. Gegen sie bringt der KlÃ¤ger keine durchgreifenden Einwendungen vor, sondern setzt ihnen lediglich seine abweichende tatsÃ¤chliche Sicht und rechtliche Beurteilung entgegen, die revisionsrechtlich ohne Belang sind.

SchlieÃlich greifen auch nicht die sonstigen vom KlÃ¤ger erhobenen Einwendungen durch. Dabei ist angesichts der vom Beklagten errechneten unwirtschaftlichen Mehrkosten von mehr als 29.000 DM und des andererseits auf nur ca 11.000 DM festgesetzten Regresses zu berÃ¼cksichtigen, daÃ dieser niedrigere Betrag lediglich im Falle von MÃ¤ngeln erheblichen AusmaÃes beanstandet werden kÃ¶nnte.

Entgegen der Auffassung des KlÃ¤gers muÃten seine vermehrten onkologischen Behandlungen nicht gesondert im Rahmen der sog ergÃ¤nzenden intellektuellen PrÃ¼fung (vgl dazu BSGE 74, 70, 71 f = SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 23 S 125 f; zuletzt BSG SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 43 S 240) oder als Praxisbesonderheit berÃ¼cksichtigt werden. Es unterliegt keinen durchgreifenden Bedenken, daÃ das LSG anknÃ¼pfend an die AusfÃ¼hrungen des SG, weder die Zahl der Karzinompatienten des KlÃ¤gers noch die fÃ¼r sie erforderlichen Arzneikosten seien auÃergewÃ¶hnlich hoch, die Bewertung des Beklagten Ã¼ber das Fehlen ausreichender GrÃ¼nde fÃ¼r die besondere BerÃ¼cksichtigung vermehrter Kosten bei onkologischen Behandlungen gebilligt hat. Hiergegen hat der KlÃ¤ger RevisionsrÃ¼gen iS des Â§ 163 Halbsatz 2 SGG â wie Verfahrensfehler bei der Tatsachenfeststellung oder Ãberschreitung der Grenzen der freien BeweiswÃ¼rdigung â nicht vorgebracht.

Unzutreffend ist weiter die Ansicht des KlÃ¤gers, Unwirtschaftlichkeit dÃ¼rfe nicht angenommen werden, soweit die KK ihm gegenÃ¼ber bestimmte Therapien

ausdrÃ¼cklich genehmigt habe. Eine nachtrÃ¤gliche WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung wird hierdurch nicht ausgeschlossen, weil dazu eine entsprechende normative Regelung notwendig wÃ¤re (vgl BSG SozR 3-5555 Â§ 13 Nr 1 S 5/6 zur Genehmigung kieferorthopÃ¤discher Behandlung; BSG SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 12 S 69/70 und Nr 18 S 101 zur Genehmigung des Parodontalstatus; â anders betr Heil- und Kostenplan, bei dem eine umfassendere PrÃ¼fung erfolgt: BSG SozR 3-5555 Â§ 12 Nr 3 S 17). Eine AusschluÃregelung besteht im Zusammenhang mit Kostenzusagen fÃ¼r Arzneitherapien, wie sie der KlÃ¤ger im Jahr 1992 durchfÃ¼hrte, jedoch nicht. Hierbei ging es lediglich darum, daÃ fÃ¼r die vom KlÃ¤ger bevorzugten Arzneitherapien keine Empfehlung iS des Â§ 135 Abs 1 SGB V vorlag und deshalb gemÃ¤Ã Â§ 13 Abs 2 SGB V (idF vor der Ãnderung durch das Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992, BGBl I 2266; heute: Abs 3) Ã¼ber eine Kostenerstattung zu entscheiden war. Diese war nach dem damaligen Stand der Rechtsprechung zu bewilligen, wenn eine geeignete anerkannte Heilmethode nicht zur VerfÃ¼gung stand und ein Erfolg durch die nicht anerkannte nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft im konkreten Einzelfall mÃ¶glich erschien (so zusammenfassend BSGE 76, 194, 198 = SozR 3-2500 Â§ 27 Nr 5 S 11; BSGE 81, 54, 64/65 = SozR 3-2500 Â§ 135 Nr 4 S 20; BSGE 85, 56, 61 = SozR 3-2500 Â§ 28 Nr 4 S 19; zur Anwendung auch auf Arzneitherapien vgl BSGE 82, 233 = SozR 3-2500 Â§ 13 Nr 5). Die Kostenzusage bewirkte fÃ¼r die Therapie im konkreten Einzelfall deren Gleichstellung mit den von vornherein zur vertragsÃ¤rztlichen Versorgung gehÃ¶renden Heilmethoden. Darin erschÃ¶pft sich ihre Wirkung. Vorgezogene WirtschaftlichkeitsprÃ¼fungen waren mit der Kostenzusage nicht verbunden. Dies hÃ¤tte eine Gesamtschau dieser und weiterer Behandlungen sowie deren Vergleich mit den Behandlungen anderer Ãrzte der Fachgruppe erfordert. Ein solches Vorgehen ist bei derartigen Kostenzusageverfahren nicht vorgesehen. Im Rahmen einer nachtrÃ¤glichen WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung gemÃ¤Ã Â§ 106 SGB V stellt sich indessen die Frage, ob aufgrund einer Ausrichtung des Arztes bzw der Praxis auf solche Behandlungsmethoden bzw auf einen entsprechenden Patientenzuschnitt eine Praxisbesonderheit gegeben ist. Dies haben im vorliegenden Fall, wie ausgefÃ¼hrt, die Vorinstanzen verneint, ohne daÃ das revisionsrechtlich zu beanstanden ist.

Der KlÃ¤ger hat auch keinen Erfolg mit seinem Verlangen nach Anerkennung einer Praxisbesonderheit fÃ¼r die Betreuung von Alten- und Pflegeheimpatienten und der SchwerstpflegefÃ¤lle. Er wendet sich vergebens gegen die Feststellungen des LSG, den erhÃ¶hten Anteil solcher Patienten habe der Beklagte durch BerÃ¼cksichtigung des erhÃ¶hten Rentneranteils in ausreichendem MaÃe mitbewertet, und es fehle die typischerweise damit korrespondierende erhÃ¶hte AbrechnungshÃ¤ufigkeit bei der Geb-Nr 10 EBM-Ã. Sein Vorbringen, daÃ dies weder dem AusmaÃ seiner BetreuungstÃ¤tigkeit in dem Seniorenwohn- und Pflegeheim und in weiteren Altenheimen noch dem Fehlen des Rentnerstatus bei vielen der Patienten Rechnung trage, enthÃ¤lt keine durchgreifende RevisionsrÃ¼ge iS des Â§ 163 Halbsatz 2 SGG. Eine Verletzung der Amtsermittlungspflicht kann im Falle rechtskundig vertretener KlÃ¤ger grundsÃ¤tzlich nur in Betracht kommen, wenn diese noch in der mÃ¼ndlichen Verhandlung das Gericht zu entsprechenden Ermittlungen bzw Feststellungen veranlaÃt haben. DaÃ dies geschehen ist, ergibt sich aus dem Revisionsvorbringen nicht. Insoweit untauglich ist der Hinweis des KlÃ¤gers auf die

in den Verwaltungsakten des Beklagten befindlichen umfÃ¤nglichen Auflistungen von Patienten und deren Erkrankungen.

Fehl geht ferner der Einwand, ein homÃ¶opathisch sachverstÃ¤ndiger Arzt hÃ¤tte das im Verwaltungsverfahren eingeholte PrÃ¼freferat erstellen mÃ¼ssen. Die PrÃ¼fgremien kÃ¶nnen als ErmittlungsmaÃnahme aufgrund des Â§ 20 SGB X (vgl BSGE 77, 53, 60 = SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 33 S 191) nach pflichtgemÃ¤Ãem Ermessen PrÃ¼fberichte einholen. Ein Gebot, PrÃ¼fÃ¤rzte mit der fachlichen Ausrichtung der geprÃ¼ften Ãrzte einzusetzen, besteht grundsÃ¤tzlich nicht. Die PrÃ¼fgremien sind â wie im Berufungsurteil zutreffend ausgefÃ¼hrt ist â vom Gesetz her (Â§ 106 Abs 4 SGB V) als fachkundig zusammengesetzte Einrichtungen konzipiert, die grundsÃ¤tzlich selbst die erforderliche medizinische Sachkunde haben (vgl Berufungsurteil mit Hinweis auf LSG Bad.-WÃ¼rtt. MedR 1997, 230, 232; s auch LSG Bad.-WÃ¼rtt. MedR 1997, 288, 291).

SchlieÃlich greift auch nicht der Einwand durch, der Beklagte hÃ¤tte vom RegreÃbetrag die BetrÃ¤ge der Selbstbeteiligung der Patienten in Abzug bringen mÃ¼ssen. Nach der Rechtsprechung des Senats brauchen der Apothekenrabatt und Patientenzuzahlungen nicht abgezogen zu werden, wenn die PrÃ¼fgremien den als unwirtschaftlich festgestellten Mehraufwand nicht in vollem Umfang abschÃ¶pfen, indem sie dem Arzt eine Ãberschreitung der Verordnungskosten oberhalb der festgelegten Grenze zum offensichtlichen MiÃverhÃ¤ltnis belassen (BSG SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 38 S 212/213). Ein solcher Fall liegt hier vor. Der Beklagte hat von dem als unwirtschaftlich festgestellten Mehraufwand von mehr als 29.000 DM lediglich den Betrag von ca 11.000 DM als RegreÃ festgesetzt.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 Abs 1 und 4 SGG.

Erstellt am: 28.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024