

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 6 KA 100/11 B

L 11 KA 46/10 (LSG Nordrhein-Westfalen)
S 52 (16,9) KA 60/07 (SG Dortmund)

.....,

Kläger und Beschwerdeführer,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

Beschwerdeausschuss der Ärzte und Krankenkassen Westfalen-Lippe,
Robert-Schimrigk-Straße 4-6, 44141 Dortmund,

Beklagter und Beschwerdegegner,

beigeladen:

1. AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse,
Nortkirchenstraße 103-105, 44263 Dortmund,
2. BKK-Landesverband NORDWEST,
Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen,
3. IKK classic,
Tannenstraße 4b, 01099 Dresden,
4. Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
als Trägerin der Kranken- und Pflegeversicherung,
Pieperstraße 14-28, 44789 Bochum,
5. Landwirtschaftliche Krankenkasse Nordrhein-Westfalen,
Hauptverwaltung und Regionaldirektion Münster,
Hoher Heckenweg 76-80, 48147 Münster,
6. Verband der Ersatzkassen e.V. - vdek,
Askanischer Platz 1, 10963 Berlin,



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



7. Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe,
Robert-Schirmer-Straße 4-6, 44141 Dortmund.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat am 15. August 2012 durch den Vorsitzenden Richter Prof. Dr. W e n n e r , die Richter Prof. Dr. C l e m e n s und E n g e l h a r d sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. K o r s c h a n o w s k i und B a u e r beschlossen:

Die Beschwerde des Klägers gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des Landesozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 13. Juli 2011 wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt auch die Kosten des Beschwerdeverfahrens mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen.

Der Streitwert für das Beschwerdeverfahren wird auf 496 489 Euro festgesetzt.

G r ü n d e :

I

- 1 Der bis 2010 als praktischer Arzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Kläger wendet sich gegen Regresse wegen unwirtschaftlicher Ordnungsweise von Arzneimitteln in den Quartalen I/1998 bis IV/2001 mit Ausnahme des Quartals II/2000.
- 2 Der Prüfungsausschuss setzte für diese Quartale Regresse in Höhe von insgesamt 678 671,45 Euro fest. Es bestünden Überschreitungen der Ordnungskosten im Vergleich zu den nach Mitgliedern, Familienangehörigen und Rentnern einschließlich Familienangehörigen gewichteten Durchschnittswerten der Fachgruppe der Allgemeinmediziner von 80,9 % bis 118,2 %. Der beklagte Beschwerdeausschuss reduzierte auf den Widerspruch des Klägers mit Bescheid vom 15.11.2006 den Regress auf 496 488,67 Euro. Das SG hat mit Urteil vom 25.2.2010 die Klage abgewiesen. Das LSG hat mit dem angegriffenen Urteil vom 13.7.2011 die Berufung zurückgewiesen. Dass der Kläger mit der Fachgruppe der Allgemeinmediziner/praktischen Ärzte verglichen worden sei, sei nicht zu beanstanden. Der Hinweis auf die hohe Zahl von Knappschaftspatienten führe nicht weiter. Diese Gruppe werde zu 75 % nicht von Knappschaftsärzten, sondern von der Vergleichsgruppe angehörigen Vertragsärzten, die ebenso wie der Kläger keinen Knappschaftsarztvertrag abgeschlossen hätten, behandelt. Einer



allenfalls geringfügigen Verschiebung wäre bereits durch die Einräumung einer Überschreitungstoleranz von 60 % im Vergleich zur Fachgruppe hinreichend Rechnung getragen.

- 3 Mit seiner Beschwerde wendet sich der Kläger gegen die Nichtzulassung der Revision in dem Urteil des LSG. Er macht geltend, es seien Fragen von grundsätzlicher Bedeutung iS des § 160 Abs 2 Nr 2 SGG zu entscheiden und zum anderen lägen Verfahrensmängel iS des § 160 Abs 2 Nr 3 SGG vor.

II

- 4 Die Beschwerde des Klägers ist zurückzuweisen. Die Voraussetzungen für die Zulassung einer Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung oder eines Verfahrensmangels sind nicht gegeben.
- 5 1. Eine Revisionszulassung wegen grundsätzlicher Bedeutung setzt eine Rechtsfrage voraus, die in dem angestrebten Revisionsverfahren klärungsfähig sowie klärungsbedürftig und über den Einzelfall hinaus von Bedeutung ist (*vgl BSG SozR 4-1500 § 153 Nr 3 RdNr 13 mwN*). Die Klärungsbedürftigkeit fehlt insbesondere dann, wenn die Rechtsfrage bereits geklärt ist und/oder wenn sie sich ohne Weiteres aus den Rechtsvorschriften und/oder aus der bereits vorliegenden Rechtsprechung klar beantworten lässt (*s hierzu zB BSG SozR 3-1500 § 146 Nr 2 S 6; BSG SozR 3-2500 § 75 Nr 8 S 34; BSG SozR 3-1500 § 160a Nr 21 S 38; vgl auch BSG SozR 3-4100 § 111 Nr 1 S 2 ff sowie BSG SozR 3-2500 § 240 Nr 33 S 151 f mwN*).
- 6 a) Soweit der Kläger die Frage stellt, ob die Prüfmethode des statistischen Fallkostenvergleichs geeignet ist und angewandt werden darf, wenn der Arzt zu einem großen Teil Versicherte einer Krankenkasse behandelt, deren Verordnungsdaten nicht für alle Vertragsärzte der Vergleichsgruppe in die Prüfung miteinbezogen werden, ist bereits fraglich, ob sein Vortrag den Darlegungsanforderungen des § 160a Abs 2 Satz 3 SGG genügt. Zweifelhaft ist schon, ob damit eine Rechtsfrage formuliert ist, die vom Revisionsgericht abstrakt beantwortet werden kann oder ob die Frage nicht ausschließlich von den Besonderheiten des Einzelfalles geprägt ist. Auch fehlt es an der erforderlichen Auseinandersetzung mit der Rechtsprechung des Senats zur Vergleichsgruppenbildung sowie den Ausführungen im Berufungsurteil zu den Verordnungsdaten der Knappschaftsversicherten.
- 7 Ungeachtet dessen ist die Beschwerde jedenfalls unbegründet. In der Rechtsprechung des Senates ist geklärt, welche Anforderungen an die Homogenität einer Vergleichsgruppe zu stellen sind (*vgl BSG SozR 4-2500 § 106 Nr 2 RdNr 14, 15; SozR 3-2500 § 106 Nr 54 S 303*). Dabei ist auch geklärt, dass die Gruppe der praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin eine aus-



reichende Homogenität aufweist (*BSGE* 62, 24, 27 = *SozR* 2200 § 368n Nr 48 S 156, 159). Die Grundannahme, dass die Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise bei dem betroffenen Arzt anhand der Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe beurteilt werden kann, ist danach erst dann erschüttert, wenn ein extrem unterschiedliches Verhalten die Repräsentativität der Durchschnittsdaten in Frage stellt. Ausgehend hiervon zeigt der Kläger mit seiner Frage weder einen weitergehenden Klärungsbedarf noch die Klärungsfähigkeit im konkreten Fall auf.

- 8 Wie das LSG dargelegt hat, werden 3/4 der Ordnungskosten für die Knappschaftsversicherten von Allgemeinärzten/praktischen Ärzten veranlasst, die keine Knappschaftsärzte sind. Damit steht fest, dass die Vergleichsgruppe ganz überwiegend - ebenso wie der Kläger - Arzneimittel zu Lasten der Knappschaft verordnet hat, ohne Knappschaftsarzt zu sein. Soweit der Kläger bemängelt, dass auch Knappschaftsärzte in der Vergleichsgruppe seien, könnte dies allenfalls dann von Bedeutung sein, wenn die bei diesen Ärzten nicht berücksichtigten, für die Knappschaftsversicherten veranlassten Kosten im Durchschnitt höher wären als für die übrigen gesetzlich Versicherten. Da die Preise für Arzneimittel grundsätzlich für alle Versicherten gleich sind, könnten sich Unterschiede nur aus der Morbiditätsstruktur ergeben. Das LSG hat insofern ausgeführt, dass es keine Anhaltspunkte dafür gebe, dass Knappschaftsversicherte "kränker" seien als andere Versicherte. Wenn der Kläger dem in seiner Beschwerde entgegenhält, auf einen erhöhten Anteil an älteren und kränkeren Versicherten lasse schon schließen, dass die Bundesknappschaft erst zehn Jahre später als die übrigen gesetzlichen Krankenkassen für den Wettbewerb geöffnet worden sei, vermag dies die mit zulässigen Verfahrensrügen nicht angegriffene Feststellung des LSG nicht in Frage zu stellen. Abgesehen davon sind dem Beschwerdevorbringen keine konkreten Daten zu entnehmen, der Kläger stellt insofern vielmehr nur Vermutungen an. Schließlich hat das LSG zu Recht darauf hingewiesen, dass sich selbst bei höheren Durchschnittswerten der Knappschaftsversicherten beim Gesamtordnungsvolumen allenfalls eine geringfügige Erhöhung ergeben könnte, die von den dem Kläger belassenen Überschreitungen bei weitem kompensiert wäre.

- 9 b) Die zweite vom Kläger aufgeworfene Frage, ob die rein statistisch durchgeführte Rentnergewichtung ausreichend zur Würdigung eines deutlich über dem Durchschnitt der Fachgruppe liegenden Rentneranteils ist, wenn durch öffentlich zugängliche Daten belegt ist, dass die Versichertengruppe der Rentner hinsichtlich der der Ordnungskosten extrem inhomogen ist und wenn man berücksichtigt, dass die aktuelle Datenlage der Prüfungsgremien inzwischen eine verfeinerte Auswertung innerhalb der Gruppe der Rentner problemlos zulässt, ist ebenfalls weder klärungsbedürftig noch -fähig. Nach der Rechtsprechung des Senats ist wegen des typischerweise unterschiedlichen Behandlungsaufwands bei älteren gegenüber jüngeren Patienten ein gegenüber dem Vergleichsgruppendurchschnitt erhöhter Anteil älterer Patienten einer Praxis im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu berücksichtigen (*vgl BSGE* 74,



70, 74 = SozR 3-2500 § 106 Nr 23 S 127 f). Eine Berücksichtigung dieser Besonderheit im Wege der Gewichtung hat der Senat bislang nicht beanstandet (vgl. zuletzt Urteil vom 21.3.2012 - B 6 KA 17/11 R - zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen). Der Kläger zitiert selbst den Beschluss des Senats vom 31.5.2006 - B 6 KA 68/05 B, wonach jedenfalls für den hier streitigen Zeitraum davon auszugehen ist, dass die Prüfungsgremien nicht über die für eine weitere Differenzierung innerhalb der Versichertengruppe der Rentner nach dem jeweiligen Lebensalter der Patienten erforderlichen Daten verfügten. Der Kläger hat auch nicht dargelegt, aus welchen Gründen die Gewichtung den Besonderheiten der Verordnungen für ältere Patienten in seiner Praxis nicht hinreichend Rechnung trägt. Soweit er eine weitergehende Differenzierung im Hinblick auf die demographische Entwicklung für erforderlich hält, hat ihm bereits das LSG entgegengehalten, dass er einen erhöhten Ordnungsbedarf der von ihm behandelten älteren Patienten nicht substantiiert dargelegt habe und ein solcher nach Auswertung der Verordnungen auch nicht zu erkennen gewesen sei. Schon der Beklagte hat im Übrigen darauf hingewiesen, dass in 13 der hier betroffenen 15 Quartale die Verordnungskosten des Klägers die der Vergleichsgruppe nicht nur bei den Rentnern, sondern auch bei den anderen Versichertengruppen deutlich überschreiten.

- 10 c) Die Frage, ob ein Arzt seiner Darlegungs- und Beweislast im sozialgerichtlichen Verfahren genügt, wenn er die notwendigen Daten seiner eigenen Praxis vorträgt, jedoch die Schlussfolgerung, dass eine Praxisbesonderheit gegeben ist, aus dem Vergleich mit öffentlich zugänglichen Daten ableitet, ist ebenfalls nicht von grundsätzlicher Bedeutung. Die Darlegungslasten des Vertragsarztes im Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung hat der Senat zuletzt im Urteil vom 21.3.2012 - B 6 KA 17/11 R - noch einmal zusammenfassend dargestellt. Danach ist der Arzt gehalten, Umstände, die sich aus der Atypik seiner Praxis ergeben und den Prüfungsgremien nicht bekannt sind oder sein müssen, geltend zu machen. Wenn der Kläger beanstandet, es sei von ihm unzulässigerweise die Vorlage der für ihn nicht verfügbaren Daten der Bundesknappschaft verlangt worden, betrifft dies zum einen nur seinen Einzelfall. Zum anderen hat der Kläger nicht aufgezeigt, an welcher Stelle das LSG eine solche Forderung überhaupt aufgestellt hat. In der Sache wendet sich der Kläger erkennbar gegen die Bewertung der von ihm vorgelegten Unterlagen als unzureichend zur Begründung einer Atypik. Auf eine solche Beanstandung der rechtlichen Bewertung im Einzelfall kann die Nichtzulassungsbeschwerde jedoch nicht gestützt werden.
- 11 2. Erfolglos ist auch die Rüge des Klägers, dem LSG seien Verfahrensmängel anzulasten. Bei einer Verfahrensrüge, die auf eine Verletzung der Amtsermittlungspflicht gemäß § 103 SGG gestützt wird, muss gemäß § 160 Abs 2 Nr 3 Halbsatz 2 iVm § 160a Abs 2 Satz 3 SGG ein Beweis Antrag benannt und dazu dargelegt werden, dass das LSG ihm ohne hinreichenden Grund nicht gefolgt sei (stRspr vgl. zB BSG SozR 3-1500 § 160 Nr 29 S 49). Diese Voraussetzungen sind nicht erfüllt.



- 12 Soweit der Kläger eine Verletzung des § 159 Abs 1 Nr 2 SGG rügt, betrifft dies bereits keinen Verfahrensmangel, sondern den Inhalt der Entscheidung. Der Kläger wendet sich insofern lediglich gegen die rechtliche Beurteilung des LSG in seinem Einzelfall. Hierauf kann eine Nichtzulassungsbeschwerde nicht gestützt werden.
- 13 3. Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG iVm einer entsprechenden Anwendung der §§ 154 ff VwGO. Danach trägt der Kläger die Kosten des von ihm erfolglos geführten Rechtsmittels (§ 154 Abs 2 VwGO). Eine Erstattung außergerichtlicher Kosten der Beigeladenen ist nicht veranlasst, weil keiner von ihnen einen Antrag gestellt hat (§ 162 Abs 3 VwGO; vgl BSGE 96, 257 = SozR 4-1300 § 63 Nr 3, RdNr 16).
- 14 4. Die Festsetzung des Streitwerts hat ihre Grundlage in § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG iVm § 63 Abs 2 Satz 1, § 52 Abs 3, § 47 Abs 1 und 3 GKG. Seine Bemessung erfolgt entsprechend dem noch streitigen Regressbetrag.

