

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 6 KA 55/11 B

L 5 KA 62/09 (LSG Rheinland-Pfalz)
S 6 KA 367/07 (SG Mainz)

.....,

Kläger und Beschwerdeführer,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

Beschwerdeausschuss bei der Kassenärztlichen
Vereinigung Rheinland-Pfalz,
Maximilianstraße 22, 67433 Neustadt,

Beklagter und Beschwerdegegner,

beigeladen:

1. Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz,
Isaac-Fulda-Allee 14, 55124 Mainz,
2. AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse,
Virchowstraße 30, 67304 Eisenberg,
3. BKK Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland,
Essenheimer Straße 126, 55128 Mainz,
4. IKK Südwest,
Berliner Promenade 1, 66111 Saarbrücken,
5. Landwirtschaftliche Krankenkasse Hessen,
Rheinland-Pfalz und Saarland,
Theodor-Heuss-Straße 1, 67346 Speyer,
6. Verband der Ersatzkassen e.V. - vdek,
Askanischer Platz 1, 10963 Berlin.



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



Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat am 21. März 2012 durch den Vorsitzenden Richter Prof. Dr. W e n n e r , den Richter Prof. Dr. C l e m e n s und die Richterin Dr. D ü r i n g sowie die ehrenamtlichen Richter N a c k e und S t ü w e beschlossen:

Die Beschwerde des Klägers gegen die Nichtzulassung der Revision in dem Urteil des Landesozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 5. Mai 2011 wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten auch für das Beschwerdeverfahren, mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen.

Der Streitwert für das Beschwerdeverfahren wird festgesetzt auf 10 833 Euro.

G r ü n d e :

I

- 1 Umstritten ist ein Regress wegen überdurchschnittlicher Kosten durch Verordnungen physikalisch-medizinischer Behandlungen.
- 2 Der Kläger, der seit 1993 als Arzt für Allgemeinmedizin zur vertragsärztlichen Versorgung mit Vertragsarztsitz im Bezirk der zu 1. beigeladenen Kassenärztlichen Vereinigung zugelassen ist, überschritt mit dem durch Verordnungen veranlassten Heilmittelaufwand (physikalisch-medizinische Leistungen - seit dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen <EBM-Ä> 2005, also ab dem 1.4.2005, als physikalisch-therapeutisch bezeichnet) in den Quartalen I bis III/2001 und I bis IV/2002 den Durchschnitt der Fachgruppe der Allgemein- und Praktischen Ärzte. Die Überschreitung betrug in diesen Quartalen jeweils zwischen 133 % und 160 %. Die höchste Überschreitung ergab sich im Quartal I/2001 bei der Versichertengruppe der Familienangehörigen.
- 3 Der Prüfungsausschuss erließ Regressbescheide wegen der deutlich überdurchschnittlichen Kosten durch Verordnungen physikalisch-medizinischer Behandlungen mit Belassung von Überschreitungen um 100 % über dem durchschnittlichen Heilmittelverordnungsvolumen der Fachgruppe. Der beklagte Beschwerdeausschuss gab den Widersprüchen des Klägers insoweit statt, als er einzelne verordnungsaufwändige Fälle unter dem Gesichtspunkt der Anerkennung von Praxisbesonderheiten herausrechnete; im Übrigen ließ er jeweils das Doppelte des Durchschnitts regressfrei (*Bescheid vom 31.5.2007*). Die Rüge von



Unstimmigkeiten bei den Datenunterlagen sei unbegründet. Die Heilmittelstatistiken würden zunächst erstellt, danach erst würden die Rezepte manuell sortiert; deshalb könne nicht von Sortierungsfehlern auf Fehler in den Statistiken rückgeschlossen werden. Die schmerztherapeutische Tätigkeit des Klägers habe sich nur in wenigen einzelnen Fällen signifikant auf die Heilmittelverordnungen ausgewirkt; diese seien herausgerechnet worden; im Übrigen lasse sich der Verordnungsmehraufwand nicht durch die schmerztherapeutische Tätigkeit erklären. Zu Unrecht berufe sich der Kläger darauf, besonders viele sehr alte Patienten zu behandeln. Die zu großzügigen Indikationsstellungen seien gerade bei jüngeren Patienten anzutreffen; dort seien lange Heilmittelverordnungsserien und auch kumulative Verordnungen von Krankengymnastik, Fango und Thermalbad in Serien aufgefallen. Einsparungen bei Arzneimitteln seien nicht nachvollziehbar. Es verblieben Überschreitungen des Fachgruppendurchschnitts in den Quartalen I bis III/2001, I bis IV/2002 um 116 %, 109 %, 105 %, 128 %, 121 %, 112 % und 122 %. Ausgehend von zu belassenden Durchschnittsüberschreitungen um 100 % ergebe sich ein Regress von ca 10 800 Euro.

- 4 Klage und Berufung sind erfolglos geblieben (*Urteile des SG vom 9.9.2009 und des LSG vom 5.5.2011*). Das LSG hat ausgeführt: Die Auswahl der Vergleichsgruppe sei unbedenklich. Der Beklagte habe Praxisbesonderheiten im Bereich des Heilmittelverordnungsverhaltens des Klägers mit nicht zu beanstandender Begründung verneint. Der weit überwiegende Anteil der Patienten sei nach Art und Umfang der Erkrankungsbilder fachgruppentypisch. Der Beklagte habe die drei - auch schmerztherapeutischen - Behandlungsfälle mit nicht fachgruppentypischen Erkrankungsbildern herausgerechnet. Nicht zu beanstanden sei die Wertung des Beklagten, die übrigen Schmerzpatienten, die der Kläger mit - nur geringfügig überdurchschnittlichen - Heilmittelverordnungen behandelt habe, erreichten kein für Abweichungen bzw für die Anerkennung als Praxisbesonderheit signifikantes Ausmaß. Für kompensierende Einsparungen bestünden keine ausreichenden Anhaltspunkte. Erfolglos bleibe schließlich auch die Berufung des Klägers auf einen überverhältnismäßig hohen Anteil hochbetagter Rentner im Alter von über 75 Jahren. Grundsätzlich dürften die Prüfungsgremien sich an der herkömmlichen Gruppeneinteilung der Versicherten in Mitglieder, Familienangehörige und Rentner orientieren. Es gebe zudem kein Indiz für unverhältnismäßig viele über 75-jährige Rentner im Patientengut des Klägers. Im Übrigen zeigten sich die höchsten Überschreitungswerte im Heilverordnungsverhalten nicht bei Rentnern, sondern bei Familienangehörigen. Bedenken gegen die Datengrundlagen griffen nicht durch; zur Erschütterung der Richtigkeitsvermutung der Datengrundlagen im Sinne der Rechtsprechung des BSG reichten Hinweise auf einzelne Fehler bei der Rezeptzuordnung nicht aus. Unbedenklich sei auch die Ermessensentscheidung des Beklagten zur Regresshöhe, bei der dieser - nach Herausrechnung einzelner schwerer Fälle - eine Überschreitung um 100 % toleriere.
- 5 Mit seiner Beschwerde wendet sich der Kläger gegen die Nichtzulassung der Revision in dem Urteil des LSG. Er macht geltend, die Rechtssache habe grundsätzliche Bedeutung.



II

- 6 Die vom Kläger erhobene Beschwerde ist zurückzuweisen. Er hat mit der Geltendmachung grundsätzlicher Bedeutung (*Zulassungsgrund gemäß § 160 Abs 2 Nr 1 SGG*) keinen Erfolg. Seine Darlegungen zur grundsätzlichen Bedeutung entsprechen den Darlegungsanforderungen des § 160a Abs 2 Satz 3 SGG; die Voraussetzungen einer grundsätzlichen Bedeutung sind aber nicht gegeben.
- 7 1. Soweit der Kläger Fragen zur Bildung einer verfeinerten Vergleichsgruppe oder zur Anerkennung von Praxisbesonderheiten aufwirft - unter Bezugnahme auf seine Zusatzqualifikationen für Chirotherapie und Schmerztherapie im Zusammenhang mit der Verordnung von Bewegungstherapie sowie wegen des von ihm geltend gemachten überverhältnismäßig hohen Anteils an hochbetagten, über 75-jährigen Rentnern in seiner Praxis -, fehlt es an der Klärungsbedürftigkeit.
- 8 a) Geklärt ist in der Rechtsprechung des Senats, dass die Prüfungsgremien nicht allein deshalb eine verfeinerte Vergleichsgruppe bilden müssen, weil ein Arzt über eine durch eine Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung belegte besondere Qualifikation verfügt (*stRspr, vgl zB BSG SozR 4-2500 § 106 Nr 12 RdNr 16 ff und BSG SozR 3-2500 § 106 Nr 57 S 319-322; vgl auch Senatsurteil vom heutigen Tag - B 6 KA 18/11 R - Terminbericht Nr 15/12 vom 23.3.2012 unter 2*). Findet die Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung erkennbar Niederschlag im Leistungsspektrum oder in der Ausrichtung der Praxis, so müssen die Prüfungsgremien dem nachgehen; wie dies erfolgt - etwa durch Bildung einer engeren Vergleichsgruppe oder durch Anerkennung von näher zu quantifizierenden Praxisbesonderheiten - obliegt den Prüfungsgremien. Dazu besteht aber von vornherein nur Anlass, wenn der Arzt substantiiert darlegt, dass er einen entsprechenden Praxisschwerpunkt hat, aus dem sich eine signifikante Abweichung vom durchschnittlichen Typus einer Praxis der Fachgruppe ergibt. Ohne solche Substantiierung im tatsächlichen Bereich besteht kein Anlass für die Prüfungsgremien und/oder die Gerichte, sich mit der Rechtsfrage der Bildung einer engeren Vergleichsgruppe oder der Anerkennung einer Praxisbesonderheit zu befassen, es sei denn, Anzeichen für eine signifikante Abweichung lägen auf der Hand, zB weil sie sich den den Prüfungsgremien vorliegenden Statistiken ohne Weiteres entnehmen lassen.
- 9 b) Auf dieser rechtlichen Grundlage ist ein verbliebener Klärungsbedarf nicht erkennbar. Im Zusammenhang mit den Zusatzqualifikationen des Klägers für Chirotherapie und Schmerztherapie ist im Urteil des LSG ausgeführt, eine Abweichung vom durchschnittlichen Typus einer Praxis der Fachgruppe in signifikantem Umfang sei nach Herausrechnung von drei Behandlungsfällen aufgrund der Schmerzpatienten, die der Kläger mit - nur geringfügig überdurchschnittlichen -



Heilmittelverordnungen behandelte, nicht feststellbar (*LSG-Urteil S 13*). Diese Feststellungen sind, da der Kläger sie nicht mit Verfahrensrügen angegriffen hat (*vgl § 163 SGG*), im Rahmen der Beurteilung der Frage grundsätzlicher Bedeutung zugrunde zu legen. Auf der Grundlage dieser Feststellungen ist nicht erkennbar, inwiefern noch ein Bedarf nach grundsätzlicher Klärung der Frage einer Bildung engerer Vergleichsgruppen oder der Anerkennung von Praxisbesonderheiten bestehen könnte.

- 10 Zu klären ist auch nicht die vom Kläger formulierte Rechtsfrage, ob ein unverhältnismäßig hoher Anteil an hochbetagten Rentnern eine Praxisbesonderheit begründen könne. Insoweit fehlt es an der Klärungsfähigkeit (Entscheidungserheblichkeit). Weder der Beklagte noch das LSG haben Feststellungen dazu getroffen, dass der dem Kläger angelastete Mehraufwand gerade auf dem von ihm geltend gemachten hohen Anteil an hochbetagten Rentnern beruhen könnte. Im Gegenteil hat das LSG sich die Feststellung des Beklagten zu eigen gemacht, dass "sich kein Indiz dafür zeigt, dass sich im Patientengut des Klägers bei einem regelmäßig unterdurchschnittlichen Rentneranteil ausgerechnet verhältnismäßig viele über 75-Jährige befinden sollten. Auffällig ist zudem, dass die höchsten Überschreitungswerte im Heilverordnungsverhalten des Klägers ... nicht in der Versichertenstatusgruppe der Rentner, sondern bei den Familienangehörigen bestehen" (*LSG-Urteil S 13 f*). Diese Feststellungen hat der Kläger nicht mit Verfahrensrügen angegriffen, sie sind mithin im Verfahren vor dem Revisionsgericht zugrunde zu legen (*vgl § 163 SGG*). Mithin kann ebenso wie im Fall des Senatsbeschlusses vom 31.5.2006 (*B 6 KA 68/05 B - in Juris dokumentiert*) nicht davon ausgegangen werden, in der Patientenklientel des Klägers seien "innerhalb der Gruppe der Rentner ... besonders behandlungsaufwändige Rentnersichere überpräsentiert" (*BSG aaO, RdNr 14*). Hiervon ausgehend stünde in dem vom Kläger angestrebten Revisionsverfahren nicht zur Entscheidung an, ob bzw unter welchen Voraussetzungen eine weitere Differenzierung innerhalb der drei nach dem Versicherungsstatus unterschiedenen Patientengruppen (M, F, R) veranlasst sein könnte. Diese Frage ist also nicht entscheidungserheblich (klärungsfähig).
- 11 Im Übrigen sieht der Senat auch in der Sache keinen Anlass, die Aussage des Beschlusses vom 31.5.2006 in Frage zu stellen, wonach "eine weitere Differenzierung innerhalb dieser drei nach dem Versicherungsstatus unterschiedenen Patientengruppen ... nicht gefordert" ist (*aaO, RdNr 13*).
- 12 2. Ein Bedarf nach grundsätzlicher Klärung besteht auch nicht hinsichtlich der Rechtsfrage, in welcher Form der Arzt seine Einwände (gegen die Datengrundlagen) noch konkreter und plausibler hätte ausführen müssen, um als rechtserhebliche Zweifel anerkannt zu werden (*Beschwerdebegründung S 5 oben*).
- 13 a) In der Rechtsprechung des Senats (*BSGE 101, 130 = SozR 4-2500 § 106 Nr 19, RdNr 18 ff*,



23 ff, und BSG SozR 4-2500 § 106 Nr 23 RdNr 17 ff, 21 ff; daran anknüpfend auch BSG SozR 4-2500 § 84 Nr 2 RdNr 34 f) ist geklärt, dass die folgenden drei Stufen zu unterscheiden sind:

- Macht der von der Überprüfung betroffene Arzt **substantiierte Zweifel geltend und betrifft dies ein Verordnungsvolumen von 5 %** und verlangt er zudem die Vorlage der sog erweiterten Arzneimittel- bzw Heilmitteldateien, so muss das Prüfungsgremium diese beiziehen.
- Ergeben die Ermittlungen tatsächlich Fehler, so müssen dementsprechende Verordnungsbeträge in Abzug gebracht werden.
- Ergibt sich insgesamt ein Korrekturbedarf in erheblichem Umfang (mindestens 5 %), so ist der Anschein(sbeweis) der Richtigkeit der zugrunde gelegten, elektronisch ermittelten Verordnungsdaten derart erschüttert, dass sämtliche einzelnen Verordnungsblätter bzw Printimages beigezogen werden müssen.

- 14 Demnach besteht also ein "Einstiegserfordernis" derart, dass substantiierte Zweifel bzw korrekturbedürftige Fehler mindestens 5 % des Verordnungsvolumens betreffen müssen und dass der Arzt diese Zweifel geltend machen muss. Sind entweder die Zweifel nicht substantiiert oder ist der Anteil von 5 % des Verordnungsvolumens nicht erreicht, so kann die Datenlage nicht als unzureichend für die Verordnungsprüfung angesehen werden.
- 15 b) Unter diese Anforderungen subsumierend hat das LSG im angefochtenen Urteil ausgeführt, dass zur Erschütterung der Richtigkeitsvermutung der Datengrundlagen im Sinne der BSG-Rechtsprechung des BSG Hinweise auf einzelne Fehler bei der Rezeptzuordnung nicht ausreichen (*LSG-Urteil S 14*). Gegenüber den hierin liegenden Ausführungen des LSG, dass ein Anteil von 5 % des Verordnungsvolumens erforderlich sei, aber nicht erreicht worden ist, hat der Kläger keine Revisionsrügen erhoben: Er hat insoweit weder eine Frage grundsätzlicher Bedeutung aufgeworfen noch gegen die Feststellung, es lägen nur einzelne Fehler vor, eine Verfahrensrüge erhoben.
- 16 Hiervon ausgehend ist die vom Kläger aufgeworfene Rechtsfrage nicht entscheidungserheblich (klärungsfähig): Fehlt es nämlich schon am ausreichenden Umfang möglicherweise zweifelhafter Daten (5 % des Verordnungsvolumens), so steht nicht zur Entscheidung an, in welcher Form bzw in welchem Ausmaß der betroffene Arzt seine Zweifel an den Datengrundlagen konkretisieren bzw plausibel machen muss.
- 17 Deshalb ist auch nicht näher auf die Rüge des Klägers einzugehen, die Prüfungsgremien hätten sich seines Hinweises auf Ungereimtheiten einfach "mit der lapidaren Behauptung entledigt", dass von Sortierungsfehlern nicht auf Fehler in den Statistiken rückgeschlossen werden könne; zuerst würden die Daten elektronisch erfasst und daraus die Heilmittelstatistiken erstellt und erst danach würden die Rezepte manuell sortiert (*Beschwerdebegründung S 4 mit Bezugnahme auf den angefochtenen Bescheid <S 7> und mit dem Vorbringen, Verordnungen eines anderen*



Arztes und nicht unterzeichnete Rezepte seien beigemischt sowie Rezepte doppelt vorhanden uÄ). Diese Ausführungen bedürften nur dann einer näheren Bewertung, wenn überhaupt eine Quote von 5 % fehlerhafter Verordnungsdaten angenommen werden könnte, wofür aber angesichts der Ausführungen des LSG in Verbindung mit dem Fehlen von Verfahrensrügen kein Raum ist.

- 18 c) Schließlich bedarf es auch keines näheren Eingehens auf die vom Kläger hilfsweise erhobene Divergenzrüge (*Beschwerdebegründung S 5 oben*). Kann schon nicht die Grundvoraussetzung für eine Anwendung des Drei-Stufen-Modells - nämlich das Erreichen einer Quote von 5 % des Verordnungsvolumens - als gegeben angenommen werden, so ist schon deshalb kein Raum für ein Eingreifen des Drei-Stufen-Modells, sodass das LSG-Urteil nicht auf einer etwaigen Rechtsprechungsabweichung im Sinne des § 160 Abs 2 Nr 2 SGG "beruhen" kann.

- 19 3. Eine grundsätzliche Klärung steht auch nicht hinsichtlich der Rechtsfrage an, ob der Beklagte von Amts wegen eine unterdurchschnittliche Menge in eigener Praxis erbrachter physikalisch-medizinischer Leistungen als kompensierende Einsparungen berücksichtigen muss (*vgl Beschwerdebegründung S 6*).

Auf diese Frage könnte es nur ankommen, falls feststünde, dass der Kläger solche Einsparungen aufzuweisen hat. Dies ist aber im Urteil des LSG nicht festgestellt. Damit fehlt die Grundlage, um eine Klärungsfähigkeit (Entscheidungserheblichkeit) in einem Revisionsverfahren des Klägers annehmen zu können.

- 20 Auch für die weitere Frage, ob der Vertragsarzt bei Beachtung der Frequenzvorgaben der Heilmittel-Richtlinie(RL) davor geschützt ist, für Verordnungen in Regress genommen zu werden (so *sinngemäß Beschwerdebegründung S 5 unten*),

könnte es nur ankommen, falls feststünde, dass der Kläger in jedem einzelnen Behandlungsfall die Frequenzvorgaben der Heilmittel-RL eingehalten hätte. Dies ist aber im Urteil des LSG nicht festgestellt, sodass auch insoweit die Grundlage fehlt, um eine Klärungsfähigkeit (Entscheidungserheblichkeit) im Verfahren des Klägers annehmen zu können.

- 21 Insoweit ist im Übrigen durch das am 21.3.2012 verkündete Urteil im Verfahren B 6 KA 18/11 R auch die Klärungsbedürftigkeit entfallen: Die vom Kläger aufgeworfene Rechtsfrage ist in jenem Verfahren dahin beantwortet worden, dass die Beachtung der Frequenzvorgaben der Heilmittel-RL den Vertragsarzt nicht davor schützt, im Wege der sog Durchschnittswertprüfung für unwirtschaftliche Verordnungen in Regress genommen zu werden (*siehe Terminbericht Nr 15/12 vom 23.3.2012 unter 2*).

22



4. Die Kostenentscheidung beruht auf § 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 von Beigeladenen ist nicht veranlasst; keiner von ihnen hat einen Antrag gestellt (§ 162 Abs 3 VwGO, vgl BSG vom 31.5.2006 - B 6 KA 62/04 R, BSGE 96, 257 = SozR 4-1300 § 63 Nr 3, RdNr 16). Dies trifft auch auf die Beigeladene zu 1. zu; diese hat zwar zugunsten des Klägers Stellung bezogen, aber keinen Sachantrag gestellt.

23 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 vom LSG errechneten Regressbetrag, den keiner der Beteiligten im Beschwerdeverfahren in Frage gestellt hat.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)