

L 7 KA 63/16

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
7

1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 87 KA 27/14
Datum
26.10.2016

2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 7 KA 63/16
Datum
28.11.2018

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Im Verfahren vor den Prüfgremien ist der Vertragsarzt nicht mit Sachvorbringen zur medizinischen Notwendigkeit einer Heilmittelverordnung ausgeschlossen; eine andere Sichtweise verstieße auch gegen verfassungsrechtlich gewährleistete grundlegende Verfahrensrechte und nähme dem Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung seine eigentliche Funktion.

2. Im gerichtlichen Verfahren ist der Vertragsarzt mit Sachvorbringen zur medizinischen Notwendigkeit einer Heilmittelverordnung ausgeschlossen; eine andere Sichtweise verstieße gegen die den sachkundig und paritätisch besetzten Prüfgremien zukommende medizinische Einschätzungsprerogative.

3. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung mit ihrem verhaltenslenkenden Charakter verfolgt gerade keine Strafabsicht, sondern dient der Funktionsfähigkeit und der Finanzierbarkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Auf die Berufung der Klägerin zu 2. wird das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 26. Oktober 2016 geändert. Die Klage der Klägerin zu 1. gegen den Beschluss des Beklagten vom 14. November 2013 wird abgewiesen. Die weitergehende Berufung der Klägerin zu 2. wird zurückgewiesen; ihre Klage gegen den Beschluss des Beklagten vom 14. November 2013 wird abgewiesen. Von den Kosten des gesamten Verfahrens tragen die Klägerin zu 1. ein Viertel und die Klägerin zu 2. drei Viertel. Die übrigen Beteiligten tragen ihre außergerichtlichen Kosten selbst. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um einen Regress wegen Heilmittelverordnungen in Höhe von noch 11.091,38 Euro

Die Klägerin zu 1. ist als Fachärztin für Allgemeinmedizin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. In den Quartalen IV/09 bis IV/10 verordnete sie 39 Versicherten der Klägerin zu 2. jeweils wiederholt Heilmittel in Gestalt von physiotherapeutischer Behandlung. Wegen der einzelnen Behandlungsfälle und der Angaben auf den einzelnen Verordnungsblättern nimmt der Senat Bezug auf den Inhalt des Verwaltungsvorgangs (Band 1, Bl. 3 bis 310).

Die verordneten Leistungen wurden erbracht und gegenüber der Klägerin zu 2. abgerechnet, die die Rechnungen beglich (Gesamtsumme: 12.032,78 Euro). Am 27. Mai 2011 beantragte die Klägerin zu 2. bei der Prüfungsstelle für die Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung, die Klägerin zu 1. zum Ersatz von 12.032,78 Euro zu verpflichten. Die ausgestellten Verordnungen, die die Klägerin zu 2. sämtlich in Ablichtung beifügte, entsprächen nicht den Vorgaben der Heilmittelrichtlinien. Die Prüfungsstelle erbat hierauf von der Klägerin zu 1. eine schriftliche ausführliche, patientenbezogene Stellungnahme zu allen Sachverhalten. Ihre auf die einzelnen Patienten bezogenen Stellungnahmen reichte die Klägerin zu 1. am 16. April 2012 bei der Prüfungsstelle ein. Auf Bl. 316 bis 366 von Band 1 des Verwaltungsvorgangs wird Bezug genommen.

Mit Bescheid vom 4. September 2012 entschied die Prüfungsstelle, dem Regressantrag der Klägerin zu 2. in Bezug auf die Heilmittelverordnungen für alle 39 Behandlungsfälle zu entsprechen und setzte eine Ersatzverpflichtung in Höhe von 12.032,78 Euro fest. Die streitigen Heilmittelverordnungen hätten durchweg nicht den Heilmittelrichtlinien entsprochen, so dass die Forderung der Klägerin zu 2. berechtigt sei. Es hätten jeweils die Kennzeichnung der Verordnung als "außerhalb des Regelfalles" sowie eine besondere medizinische Begründung gefehlt.

Zur Begründung ihres hiergegen Widerspruch führte die Klägerin zu 1. an, bereits ihren ausführlichen Erklärungen gegenüber der Prüfungsstelle sei in jedem Einzelfall zu entnehmen, warum die Verordnung außerhalb des Regelfalles medizinisch notwendig gewesen sei. Dieses im Verwaltungsverfahren nachgeschobene Vorbringen dürfe und müsse zu ihren Gunsten Berücksichtigung finden. Mit dem

Schriftsatz vom 6. Juni 2013 nahm die Klägerin zu 1. ihren Widerspruch in Bezug auf vier Behandlungsfälle mit einem Gesamtwert von 838,74 Euro zurück; insoweit sei die Regressierung zu Recht erfolgt, eine taugliche nachträgliche Begründung könne nicht geliefert werden. Davon abgesehen machte sie weitere Ausführungen zu den verbliebenen Behandlungsfällen.

Mit Beschluss vom 14. November 2013 (schriftliche Fassung vom 12. Dezember 2013) änderte der Beklagte die Entscheidung der Prüfungsstelle und setzte eine Ersatzverpflichtung in Höhe von insgesamt 2.885,13 Euro fest. Grundsätzlich könne eine Begründung für die medizinische Notwendigkeit von Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalles auch noch im Widerspruchsverfahren nachgeholt werden. In der Mehrzahl der streitigen Behandlungsfälle seien die formellen Voraussetzungen der Heilmittelrichtlinie nach dem Vorbringen der Klägerin zu 1. im Verwaltungsverfahren als erfüllt anzusehen. In zehn einzeln benannten Behandlungsfällen und in den vier von der Klägerin zu 1. anerkannten Fällen mit einem Gesamtwert von 2.885,13 Euro seien die Ausführungen der Klägerin zu 1. dagegen nicht ausreichend bzw. als stereotyp zu werten. Insoweit habe der Widerspruch keinen Erfolg.

Hiergegen hat die Klägerin zu 2. am 15. Januar 2014 Klage erhoben, mit der sie wirtschaftlich eine Regressierung über 2.885,13 Euro hinaus bis zum Erstattungsbetrag von 12.032,78 Euro begehrt (S 83 KA 33/14).

Die Klägerin zu 1. hat am 14. Januar 2014 Klage erhoben und sich gegen den Regress in Höhe von 2.885,13 Euro gewandt, den beanstandeten Betrag später allerdings auf 1.943,73 Euro reduziert (2.885,13 Euro abzüglich bereits anerkannter 838,74 Euro und weiterer 102,66 Euro, insoweit Klagerücknahme am 26. Oktober 2016). Im Klageverfahren hat die Klägerin sich weiter erklärt zur medizinischen Erforderlichkeit der Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalles, soweit es die zehn noch vom Beklagten beanstandeten Behandlungsfälle betrifft.

Beide Klageverfahren hat das Sozialgericht zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung unter dem Aktenzeichen S 79 KA 27/14, später [S 87 KA 27/14](#), verbunden.

Mit Urteil vom 26. Oktober 2016 hat das Sozialgericht Berlin der Klage der Klägerin zu 1. teilweise stattgegeben und den Beschluss des Beklagten vom 14. November 2013 aufgehoben, soweit ein Regress von mehr als 941,40 Euro (von der Klägerin zu 1. anerkannter Betrag) festgesetzt worden ist. Die Klage der Klägerin zu 2. hat das Sozialgericht abgewiesen. Zur Begründung hat das Sozialgericht im Wesentlichen ausgeführt: Die Begründung einer Heilmittelverordnung außerhalb des Regelfalles sei im Verfahren vor den Prüfungsgremien nachholbar; die Kammer schließe sich insoweit den Ausführungen der 79. Kammer im Urteil vom 6. Mai 2015 an ([S 79 KA 317/14](#)). Ins Gewicht falle insoweit besonders, dass die Klägerin zu 2. in den streitigen Quartalen auf das Erfordernis einer vorherigen Genehmigung der Verordnungen außerhalb des Regelfalles verzichtet habe; hätte sie nicht auf das Genehmigungserfordernis verzichtet, hätte sie die streitigen Verordnungen prüfen müssen und wäre im späteren Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung mit Einwendungen ausgeschlossen, die bereits im Genehmigungsverfahren hätten geprüft werden können. In der Sache habe der Regress nicht mehr als 941,40 Euro betragen dürfen; insoweit habe die Klägerin zu 1. ihren Widerspruch bzw. die Klage zurückgenommen. Ein darüber hinausgehender Regress habe nicht verhängt werden dürfen. Denn nach dem ergänzenden Vorbringen der Klägerin zu 1. im Klageverfahren bestehe nun auch in Bezug auf die zehn vom Beklagten beanstandeten Patienten kein Zweifel mehr daran, dass die Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalles medizinisch notwendig gewesen seien.

Gegen dieses ihr am 4. November 2016 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung der Klägerin zu 2. vom 25. November 2016. Zur Begründung führt sie im Wesentlichen an: Nach Ziffer 11.3 der Heilmittelrichtlinie in der seinerzeitigen Fassung bedürfe eine Verordnung außerhalb des Regelfalles einer "besonderen Begründung mit prognostischer Einschätzung", die im Verwaltungsverfahren nicht nachholbar sei. Grundsätzlich verböten sich rückwirkende medizinische Feststellungen über die Notwendigkeit einer vertragsärztlichen Verordnung. Verstöße gegen die Heilmittelrichtlinie seien nicht nachträglich heilbar. Nach Abschluss der verordneten Behandlungen sei die medizinische Notwendigkeit einer Verordnung nicht mehr nachprüfbar. Das vom Sozialgericht angeführte BSG-Urteil [B 3 KR 4/07 R](#) könne nicht fruchtbar gemacht werden, da es keine Wirtschaftlichkeitsprüfung betreffe, sondern die Zahlungsklage eines Leistungserbringers. Zudem gelte der Genehmigungsverzicht nur für den Fall ordnungsgemäß ausgestellter Verordnungen. Der Genehmigungsverzicht beinhalte keinen Verzicht auf die Einhaltung der Heilmittelrichtlinien und der dort normierten Begründungspflichten. Der vom Sozialgericht angestellte Vergleich zur Durchführung eines vorherigen Genehmigungsverfahrens sei nicht tragfähig. Denn dieses diene nicht dem Schutz des Arztes, sondern nur der Beschleunigung der Versorgung der Versicherten. Das Genehmigungsverfahren diene nicht der "Nachbesserung" und schließe auch einen späteren Regress nicht aus. Wenn man schließlich eine medizinische Begründung für nachholbar halte, müsse man vom Beklagten auch verlangen, seiner Verpflichtung zur Amtsermittlung zu genügen und die zugrundeliegenden ärztlichen Feststellungen inhaltlich zu überprüfen. Hieran mangle es.

Die Klägerin zu 2. beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 26. Oktober 2016 sowie den Beschluss des Beklagten vom 14. November 2013 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, über den Widerspruch der Klägerin zu 1. gegen den Bescheid der Prüfungsstelle vom 4. September 2012 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut zu entscheiden.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend.

Auch die Klägerin zu 1. beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die unrichtige Kategorisierung in der Heilmittelverordnung und das Fehlen einer tragfähigen medizinischen Begründung berührten nicht die Gültigkeit der Verordnung. Gültigkeitserfordernis seien dagegen Diagnose und Leitsymptomatik, die durchweg angegeben worden seien.

Das Fehlen einer medizinischen Begründung allein lasse nicht automatisch auf Unwirtschaftlichkeit schließen.

Die Beigeladene stelle keinen Antrag und habe sich nicht weiter zur Sache geäußert.

Wegen des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird im Übrigen auf den Inhalt der Gerichtsakte und des Verwaltungsvorgangs der Beklagten Bezug genommen, der, soweit wesentlich, Gegenstand der Erörterung in der mündlichen Verhandlung und der Entscheidungsfindung war.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin zu 2. ist zulässig und teilweise begründet. Zu Unrecht hat das Sozialgericht Berlin der Klage der Klägerin zu 1. teilweise stattgegeben und den Regressbetrag auf (von der Klägerin zu 1. nicht mehr angegriffene) 941,40 Euro reduziert. Der angefochtene Beschluss des Beklagten, mit dem er eine Ersatzverpflichtung der Klägerin zu 1. in Höhe von insgesamt 2.885,13 Euro festgesetzt hat, ist rechtlich nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobenen Klagen sowohl der Klägerin zu 1. als der Klägerin zu 2. waren abzuweisen.

1. Das Sozialgericht hat die mögliche rechtliche Grundlage eines Heilmittelregresses (Verordnungsregress wegen fehlender Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse) in dem mit der Berufung angegriffenen Urteil zutreffend und vollständig herausgearbeitet und insoweit [§ 106 Abs. 2 Satz 4 SGB V](#) und §§ 24 und 26 der Prüfvereinbarung vom 14. Februar 2008 benannt. Auch den Inhalt der Heilmittelrichtlinie, insbesondere zu Nr. 11, hat das Sozialgericht in seinem Urteil zutreffend dargestellt. Zur Vermeidung von Wiederholungen nimmt der Senat insoweit auf Bl. 5 bis 7 des mit der Berufung angegriffenen Urteils Bezug ([§ 153 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz [SGG]).

2. In der Sache ist die erstinstanzliche Entscheidung jedoch zu ändern. Die Klagen sowohl der Klägerin zu 1. als der Klägerin zu 2. waren abzuweisen. Ein Prüfverfahren durfte in Gang gesetzt werden [unten a)]. Der Beklagte durfte den von der Prüfungsstelle festgesetzten Regressbetrag aufgrund des ergänzenden Sachvorbringens der Klägerin zu 2. im Verwaltungsverfahren verringern [unten b)], den Widerspruch aber auch teilweise zurückweisen [unten c)]. Das Sozialgericht hätte das weitere Vorbringen der Klägerin zu 1. im Klageverfahren bei seiner Entscheidung nicht berücksichtigen dürfen, so dass es bei dem vom Beklagten festgesetzten Regressbetrag hätte bleiben müssen [unten d)]. Im Einzelnen:

a) Auch die Klägerin zu 1. bestreitet nicht, in den streitigen Behandlungsfällen nicht den Regularien entsprechende Heilmittelverordnungen ausgestellt zu haben, denn es fehlte im Wesentlichen jeweils die Kennzeichnung als "außerhalb des Regelfalles" und eine den Vorgaben der Nr. 11.3 der Heilmittelrichtlinie entsprechende medizinische Begründung. Zu Recht sah sich die Klägerin zu 2. daher veranlasst, den Prüfantrag vom 27. Mai 2011 zu stellen.

b) Ebenso zu Recht hat der Beklagte den Regressbetrag auf insgesamt 2.885,13 Euro reduziert. In Bezug auf den darüber hinausgehenden Regressbetrag hat der Beklagte dem Widerspruch der Klägerin zu 1. rechtsfehlerfrei stattgegeben. Insbesondere durfte er das Sachvorbringen der Klägerin zu 1. im Verwaltungsverfahren in seine Würdigung einbeziehen.

Folgte man der Auffassung der Klägerin zu 2., dass ein Vertragsarzt im Prüfverfahren mit weiterem Sachvorbringen zur medizinischen Notwendigkeit ("besondere Begründung" im Sinne von Nr. 11.3 der Heilmittelrichtlinie) ausgeschlossen ist, wäre das Prüfverfahren seines eigentlichen Inhalts entkleidet und hätte nur die Aufgabe, formelle Fehler eines Vertragsarztes zu ahnden. Dementsprechend hat der Senat in ständiger Rechtsprechung die Auffassung vertreten, dass Vertragsärzte im Verfahren vor den Prüfungsgremien Gelegenheit zu substantiiertem Vorbringen haben, nicht aber im Gerichtsverfahren (vgl. Urteil vom 30. September 2011, [L 7 KA 16/08](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 24; Urteil vom 28. November 2012, [L 7 KA 120/08](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 37f., jeweils zu Richtgrößenprüfungen; siehe auch Bundessozialgericht, Urteil vom 15. November 1995, [6 RKA 58/94](#), veröffentlicht in juris, dort Rdnr. 26; Urteil vom 11. Dezember 2002, [B 6 KA 1/02 R](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 32). Auch nach erneuter Sachprüfung und in Würdigung des Berufungsvorbringens der Klägerin zu 2. bleibt der Senat dabei, dass ergänzendes Tatsachenvorbringen des der Einzelfallprüfung unterliegenden Vertragsarztes im Verwaltungsverfahren statthaft ist und von den Prüfungsgremien in die Würdigung einbezogen werden muss.

Eine andere Sichtweise verbietet sich aus folgenden Gründen: Mit dem Prüfverfahren wird ein Sozialverwaltungsverfahren durchgeführt, für das die Vorschriften des SGB X uneingeschränkt gelten (so ausdrücklich § 8 Abs. 1 Nr. 1 der Berliner Prüfvereinbarung vom 14. Februar 2008; vgl. auch Bundessozialgericht, Urteil vom 13. August 2014, [B 6 KA 38/13 R](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 20 sowie Seifert in Eichenhofer/von Koppenfels-Spies/Wenner, Kommentar zum SGB V, 3. Aufl. 2018, Rdnr. 30 zu § 106). Weiter gewährleistet schon die Prüfvereinbarung in § 8 Nr. 2 ausdrücklich das rechtliche Gehör des Vertragsarztes und räumt ihm die Möglichkeit der schriftlichen Stellungnahme ein. Eingebettet ist diese Regelung in den Untersuchungs- und Amtsermittlungsgrundsatz nach [§ 20 Abs. 1 SGB X](#). Im Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung eröffnen Amtsermittlung und notwendiges rechtliches Gehör dem Vertragsarzt so die Gelegenheit, etwa sein konkretes Ordnungsverhalten zu plausibilisieren und näher zu erklären. Ihm die Möglichkeit abzuschneiden, sich im Prüfverfahren zur Sache zu äußern, verbunden mit einem Anspruch auf inhaltliche Würdigung seines Vorbringens durch die Prüfungsgremien, verstieße gegen auch verfassungsrechtlich gewährleistete grundlegende Verfahrensrechte und nähme dem Prüfverfahren seine eigentliche Funktion. Zu Recht musste der Prüfungsausschuss der Klägerin zu 1. daher Gelegenheit geben, eine "schriftliche ausführliche, patientenbezogene Stellungnahme" zu allen Sachverhalten einzureichen.

Ihrer Obliegenheit zur Mitwirkung (vgl. [§ 21 Abs. 2 SGB X](#)) ist die Klägerin zu 1. sodann nachgekommen, indem sie am 16. April 2012 ergänzende Erklärungen zu allen Patienten vorlegte.

Zu Recht durfte der sachkundig und paritätisch besetzte Beklagte den Regressbetrag um diejenigen Behandlungsfälle kürzen, in denen er die von der Klägerin zu 1. im Verwaltungsverfahren nachgelieferten Ausführungen für ausreichend hielt, um eine Verordnung außerhalb des Regelfalles zu begründen. Auf Einzelheiten muss der Senat insoweit nicht näher eingehen, denn die Klägerin zu 2. hat dem Beklagten insoweit zwar mangelnde Sachaufklärung vorgehalten, jedoch nicht weiter substantiiert, bei welchem Behandlungsfall genau und aus welchen Gründen im Detail der Beklagte zu Nachfragen an die Klägerin zu 1. gehalten war. Zu Ermittlungen ins Blaue hinein etwa durch Einsichtnahme in die ärztlich geführten Patientenakten war der Beklagte nicht verpflichtet, soweit er aufgrund der vorliegenden Unterlagen (zu Recht) zu der Überzeugung gelangt war, dass die Verordnungsvoraussetzungen vorlagen. Offensichtlich haben im vorliegenden Fall

nicht einmal die der Krankenkassenseite angehörenden Mitglieder des Beklagten weitere Sachaufklärung für erforderlich gehalten.

Sofern die Klägerin zu 2. dem vorliegenden Prüfverfahren legitimerweise edukatorische Wirkung beimessen will, ist die Klägerin zu 1. dadurch genug "gestraft", dass sie sich dem Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung mit dem Risiko eigener Verfahrenskosten und gesteigerten Zeitaufwands unterziehen musste. Davon abgesehen gibt das Verfahren Anlass zu betonen, dass die Wirtschaftlichkeitsprüfung mit ihrem verhaltenlenkenden Charakter gerade keine Strafabsicht verfolgt, sondern der Funktionsfähigkeit und der Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung dient (vgl. Seifert a.a.O., Rdnr. 2f. zu § 106).

All dies entspricht im Ergebnis auch der einschlägigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, wie sie ihren Ausdruck in dem von den Beteiligten kontrovers diskutierten Urteil des Bundessozialgerichts vom 15. November 2007 ([B 3 KR 4/07 R](#)) gefunden hat. Dort handelte es sich zwar um eine "Leistungserbringerstreitigkeit", doch sind ohne Weiteres bestimmte Aussagen auch im vorliegenden Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung fruchtbar zu machen: So hebt das Bundessozialgericht etwa hervor (zitiert nach juris, dort Rdnr. 23), dass eine fehlende Angabe der besonderen medizinischen Begründung auf der Heilmittelverordnung dieselbe nicht "ungültig" mache, sondern gegebenenfalls lediglich eine Ergänzung durch den Vertragsarzt erfordere. Gerade auch die unrichtige Einstufung der Verordnung durch den Vertragsarzt als Regelfall statt als Ausnahmefall durch bloßes "Ankreuzen" berührt die Gültigkeit der Verordnung nicht (a.a.O., Rdnr. 24).

Stellt man nach Art einer Kontrollüberlegung schließlich noch in die Erwägung ein, dass die Klägerin zu 2. im streitigen Zeitraum gemäß Nr. 11.5 Satz 4 der Heilmittelrichtlinie auf eine vorherige Genehmigung der Verordnungen außerhalb des Regelfalles verzichtet hat, führte es zu einem untragbaren Ergebnis, dem Vertragsarzt die Nachbesserung bzw. Plausibilisierung einer Heilmittelverordnung im Prüfverfahren zu verwehren.

c) Ebenso zu Recht durfte der Beklagte allerdings die im Verwaltungsverfahren nachgeschobene Begründung für Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalles in den zehn benannten Einzelfällen für nicht ausreichend halten. Dies betrifft die Versicherten A, I, D, F, M, K, G, F, Wund T. Hier sah der Beklagte die Einlassungen der Klägerin zu 1. als "nicht ausreichend bzw. stereotyp" an. Zu Recht: So gab die Klägerin zu 1. etwa in Bezug auf Wzunächst wörtlich nur an:

"Verordnungsrelevante Diagnose: Chronische Lumbago (M54.99G). Die ausgestellten Verordnungen dienen der Sicherung des Behandlungserfolges. Sie sind dem Schweregrad angemessen und erforderlich um die Lebensqualität der Patientin zu erhalten. Sie sind wirtschaftlich und der Regressantrag unbegründet."

Im Widerspruchsverfahren ergänzte sie dies um die Bemerkung:

"zur Verbesserung der Beweglichkeit bei chron. Lumbago; Erhalt der Lebensqualität"

Ähnlich lauteten die Einlassungen der Klägerin zu 1. zu den übrigen neun Versicherten. Es liegt auf der Hand, dass der Beklagte das als nicht hinreichend ansehen durfte, denn anders als bei der Mehrzahl der anderen Versicherten erschöpften die Angaben der Klägerin sich hier in weitgehend inhaltsleeren Phrasen, die eine Verordnung außerhalb des Regelfalles nicht zu tragen in der Lage waren.

d) Vor diesem Hintergrund hätte das Sozialgericht die Klage der Klägerin zu 1. abweisen müssen; in diesem Umfang hat die Berufung der Klägerin zu 2. Erfolg. Denn das weitere Sachvorbringen der Klägerin zu 1. im Schriftsatz vom 30. Mai 2014 hätte das Sozialgericht nicht in seine Würdigung einbeziehen dürfen. Unabhängig von der inhaltlichen Qualität dieser auf die zehn Versicherten bezogenen Ausführungen bleibt es nämlich bei der oben dargestellten Regel: Vertragsärzte haben im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung regelmäßig nur im Verfahren vor den Prüfungsgremien Gelegenheit zu substantiiertem Sachvortrag, nicht aber im Gerichtsverfahren. Allein diese Sichtweise trägt dem Umstand Rechnung, dass es sich bei dem beklagten Beschwerdeausschuss um ein sachkundiges und paritätisch besetztes Gremium handelt, dem bei der Beurteilung medizinischer Sachverhalte ein gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbarer Beurteilungsspielraum zukommt (vgl. Bundessozialgericht, Beschluss vom 25. Januar 2017, [B 6 KA 22/16 B](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 14; Urteil vom 30. November 2016, [B 6 KA 29/15 R](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 23; Urteil vom 22. Oktober 2014, [B 6 KA 3/14 R](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 78; Urteil vom 14. Mai 2014, [B 6 KA 13/13 R](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 14). Das Bundessozialgericht hat insoweit ausdrücklich betont, dass den Prüfungsgremien ein Beurteilungsspielraum in Bezug auf solche Fragestellungen zukommt, die einer Bewertung unter Heranziehung der besonderen Fachkunde der Mitglieder der Prüfungsgremien bedürfen (Urteil vom 2. November 2005, [B 6 KA 63/04 R](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 36). So liegt es hier bei der Beurteilung der Frage, ob Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalles medizinisch erforderlich waren oder nicht. Würde das Gericht insoweit weiteres Sachvorbringen im Prozess zulassen, missachtete es die dem Beklagten in diesem Zusammenhang zustehende medizinische Einschätzungsprärogative.

Von dieser Regel ausnahmsweise abzuweichen gab es entgegen der Auffassung des Sozialgerichts keinen Grund. Insbesondere war der Beklagte nicht verpflichtet, der Klägerin zu 1. in Bezug auf die zehn unzureichend begründeten Behandlungsfälle ausdrücklich Gelegenheit zu weiterem Sachvortrag zu geben. Denn sowohl vor der Prüfungsstelle als auch vor dem Beklagten im Widerspruchsverfahren hatte die Klägerin zu 1. Gelegenheit, zu den einzelnen Behandlungsfällen Stellung zu nehmen. Dies hatte der Beklagte einer medizinischen und rechtlichen Würdigung zu unterziehen, ohne der Klägerin zu 1. zuvor nach Art einer Vorwarnung ein drittes Mal rechtliches Gehör zu gewähren.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§§ 154 Abs. 1 und Abs. 2](#), [155 Abs. 1](#), [162 Abs. 3](#) der Verwaltungsgerichtsordnung. Wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache hat der Senat die Revision zugelassen ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2019-02-11