

In der Berufungssache Aktenzeichen L 5 KA 2728/99  
erging durch den 5. Senat des

## **Landessozialgerichts Baden-Württemberg**

am 26. Juli 2000  
folgendes

### **U r t e i l**

Im Namen des Volkes

**Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts  
Stuttgart vom 15. Juni 1999 wird zurückgewiesen.**

**Der Kläger hat dem Beklagten auch die Aufwendungen des Be-  
rufungsverfahrens zu erstatten. Im Übrigen sind außer- gerichtliche  
Kosten nicht zu erstatten.**

## Tatbestand

Der Kläger wendet sich gegen einen Regress wegen unwirtschaftlicher Verordnung von orthopädischen Schuhzurichtungen im Quartal 2/97 bei Versicherten der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK).

Der Kläger ist als Orthopäde in W. zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

Die DAK übersandte dem Prüfungsausschuss mit Schreiben vom 21.07.1997 und 23.07.1997 insgesamt 83 vom Kläger ausgestellte Verordnungen über orthopädische Schuhzurichtungen für drei bzw. fünf Paar Schuhe und beantragte die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise. Sie verwies darauf, dem Schreiben beigefügten Zusammenstellungen sei zu entnehmen, dass in den letzten sechs Monaten 50 Verordnungen "orthopädische Schuhzurichtung für drei Paar Schuhe" und 24 Verordnungen "orthopädische Schuhzurichtung für fünf Paar Schuhe" vom Kläger ausgestellt worden seien, die bei der Firma H. abgegeben worden seien. Des Weiteren sei aufgefallen, dass mehrmals im letzten halben Jahr zwei Verordnungen für drei Paar Schuhe für das gleiche Mitglied ausgestellt worden seien. Für vier Mitglieder seien innerhalb von sechs Monaten eine Verordnung für fünf Paar und das andere Mal für drei Paar Schuhzurichtungen (insgesamt acht Paar Schuhzurichtungen innerhalb von sechs Monaten), für drei Mitglieder innerhalb von sechs Monaten zwei Verordnungen für je fünf Paar ausgestellt worden.

Der Prüfungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen setzte einen Regress in Höhe von DM 20.130,60 fest (Beschluss vom 10.09.1997/Bescheid vom 06.10.1997). Er hielt eine Versorgung bis zu drei Paar Schuhen für ausreichend.

Gegen den Bescheid des Prüfungsausschusses erhoben der Kläger und die DAK Widerspruch.

Die DAK machte geltend, bei sechs Mitgliedern sei der Regress zu gering ausgefallen, weil bei diesen innerhalb von 12 Monaten Schuhzurichtungen für mehr als drei Paare erfolgt seien. Zugleich werde ein neuer Fall vorgelegt, in dem am 22.01.1997 und 16.04.1997 insgesamt sechs Paar Schuhzurichtungen verordnet worden seien.

Der Kläger legte eine Aufstellung der Diagnosen und Verordnungen der beanstandeten Patienten vor und machte geltend, in diesen Fällen sei die Verordnung einer losen Einlage oder ähnlicher vom Prüfungsausschuss vorgeschlagener Maßnahme nicht ausreichend gewesen. Bei Beinlängendifferenzen ab 1 cm seien Schuheinlagen nicht mehr ausreichend und die Verordnung von orthopädischem Schuhwerk mit Schuhunterfüterung demnach nicht unwirtschaftlich. Die erfolgten spezifischen Schuhzurichtungen seien in der Regel Fußbettabänderungen und Sohlenveränderungen, um den Abrollvorgang und das Wirbelsäulenverhalten günstig zu beeinflussen bzw. um einen Gelenkschutz für Hüfte und Knie zu erreichen.

Auf den Widerspruch der DAK änderte der Beklagte den Beschluss des Prüfungsausschusses vom 10.09.1997 ab und setzte ein Regress in Höhe von DM 26.786,60 fest. Den Widerspruch des Klägers wies der Beklagte zurück (Beschluss vom 10.03.1998/Bescheid vom 17.04.1998). Zur Begründung führte der Beklagte aus, die Verordnungsweise bei orthopädischen Schuhzurichtungen sei bereits in früheren Quartalen Gegenstand von Prüfmaßnahmen gewesen. Mit Bescheid des Prüfungsausschusses vom 20.02.1995 betreffend das Quartal 2/94 sei bereits ein entsprechender Hinweis erteilt worden, der sich im streitigen Quartal 2/97 hätte auswirken können. Außerdem seien mit Bescheiden des Prüfungsausschusses vom 22.07.1997 betreffend die Quartale 4/96 und 1/97 Regresse bei gleichem Sachverhalt festgesetzt worden. Diese Bescheide seien rechtskräftig. Die nochmalige Durchsicht der vorliegenden Unterlagen bestätige die Feststellungen der Vorinstanz. Deswegen werde auf den Bescheid des Prüfungsausschusses vom 07.01.1998 für das in der gleichen Sitzung verhandelte Prüfverfahren der Quartale 1/97 bis

3/97 verwiesen, in dem auf das unwirtschaftliche Ordnungsverhalten hinsichtlich orthopädischer Schuhzurichtungen ausführlich und umfassend eingegangen worden sei. Es hätten keine Gründe festgestellt werden können, die das Ausmaß der vorliegenden Ordnungen - ausschließlich orthopädische Schuhzurichtungen am Konfektionsschuh - teilweise oder ganz hätten rechtfertigen können. Folgende Gründe seien für die Unwirtschaftlichkeit maßgebend: Es würden Änderungen für zu viele Schuhpaare gleichzeitig verordnet, wobei Mehrfachdiagnosen nicht zu einer Mehrfachverordnung von Schuhänderungen führen könnten. Die zeitlichen Abstände zwischen den einzelnen Ordnungen seien viel zu kurz. Die Anzahl der Änderungspositionen pro Paar Schuhe übersteige bei weitem das Maß des Üblichen und sei in diesem Umfang bei der Mehrzahl der Fälle nicht erforderlich. In einem Teil der Fälle wäre die kostengünstigere Verordnung von losen Einlagen indiziert gewesen. Insgesamt hätte der Regress weit höher ausfallen können. Grundsätzlich sei zur Ordnungshäufigkeit orthopädischer Schuhzurichtungen anzumerken, dass im Verlaufe des ersten halben Jahres Änderungen für maximal drei Paar Schuhe im Sinne einer Erstversorgung ausreichend seien, danach komme in der Regel nur noch eine Verordnung alle sechs Monate in Frage. Dem Widerspruch der DAK sei in vollem Umfang stattzugeben, da in allen Fällen in einem Zeitraum von knapp zwei Monaten bis knapp fünf Monaten mehr als drei Änderungsverordnungen ausgestellt worden seien.

Gegen den zum Zwecke der Zustellung als Einschreiben an die Prozessbevollmächtigten des Klägers am 17.04.1998 zur Post gegebenen Bescheid des Beklagten hat der Kläger am 19.05.1998 Klage bei dem Sozialgericht Stuttgart (SG) erhoben. Er hat sein Vorbringen im Widerspruch wiederholt und ergänzend geltend gemacht, als Reaktion auf die Prüfverfahren habe er für über drei Paar Schuhzurichtungen hinausgehende Hilfsmittel Privatrezepte ausgestellt. Eine Durchsicht seiner Privatverordnungen habe ergeben, dass die in diesem und den anhängigen Parallelverfahren die Kürzung beantragenden Krankenkassen alle von ihm ausgestellten Privatrezepte voll den Patienten erstattet hätten. Privatverordnungen hätten u.a. die BKK Bauknecht, die BKK Continental, die Techniker-Krankenkasse, die BKK Post und die AOK Stuttgart übernommen. Die Krankenkassen setzten sich in krassen Widerspruch zu ihrem eigenen Verhalten, wenn sie einerseits die Privatrezepte voll übernahmen, andererseits bei entsprechenden Kassenrezepten ihn in Regress nähmen. Wenn die Krankenkassen Privatrezepte bezahlen und damit als Leistung anerkennen, müssten sie erst recht die Kassenrezepte bezahlen. Auch die DAK habe Privatrezepte übernommen. Im Übrigen liege eine auch nur annähernd definierbare Grenze bzw. ein definierbarer Maßstab für die Bemessung von Schuhzurichtungen bislang nicht vor. Es sei medizinisch notwendig, jedem Patient, der orthopädische Schuhzurichtungen benötige, für jeden von ihm gekauften Schuh eine entsprechende Schuhzurichtung zuteil werden zu lassen.

Die Beigeladene Nr. 1 hat die Ordnungsweise des Klägers grundsätzlich für nicht wirtschaftlich angesehen. Sie hat ein Schreiben der Barmer Ersatzkasse - Geschäftsstelle W. - vom 21.07.1998 an den Orthopädie-Schuhmachermeister H. vorgelegt, mit welchem die Barmer Ersatzkasse diesem Privatverordnungen für zwei Mitglieder zurückgesandt und gebeten hat, sich vom Kläger kassenärztliche Ordnungen ausstellen zu lassen. Sie hat weiter ein Schreiben der Barmer Ersatzkasse - Landesgeschäftsstelle Baden-Württemberg - vom 01.09.1998 an Herrn H. vorgelegt, in welchem diese darauf hingewiesen hat, dass es allein Sache des Arztes sei zu beurteilen, ob zu Lasten der Krankenkasse oder zu Lasten des Versicherten eine Verordnung ausgestellt werde.

Die Beigeladenen Nrn. 6 und 7 haben den Vorwurf widersprüchlichen Verhaltens auf Kassen Seite zurückgewiesen. Er ergebe sich nicht aus dem Umstand, dass die Krankenkassen teilweise vom Kläger ausgestellte Privatverordnungen erstattet hätten. Die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise erfolge nicht zeitgleich mit der Prüfung der Erstattungsfähigkeit einer Privatverordnung. Im Zeitpunkt der Kostenzusage bzw. Kostenerstattung sei für die prüfenden Kassenmitarbeiter nicht erkennbar gewesen, dass der Arzt für den betreffenden Patienten bereits Ordnungen auf Kassenrezept ausgestellt habe. Sie haben ein Schreiben der Barmer Ersatzkasse - Landesgeschäftsstelle Baden-Württemberg - vom 11.11.1998 an den

stellvertretenden Vorsitzenden der Beigeladenen Nr. 1 vorgelegt, in welchem eingeräumt wird, das Schreiben vom 21.07.1998 sei ungünstig formuliert worden.

Die Beigeladenen Nrn. 2 und 5 halten die Verordnung des Klägers für unwirtschaftlich.

Die übrigen Beigeladenen haben sich im Klageverfahren nicht geäußert.

Mit Urteil vom 15.06.1999 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es auf sein Urteil vom selben Tage im Verfahren S 11 KA 2555/98 verwiesen. In diesem Urteil hat das SG ausgeführt, der Beklagte habe zu Recht eine eingeschränkte Einzelfallprüfung durchgeführt. Die vom Beklagten festgelegte Grenze für die wirtschaftliche Verordnung orthopädischer Schuhzurichtungen bei Änderungen für maximal drei Paar Schuhe im Verlauf des ersten halben Jahres im Sinne einer Erstversorgung und danach von einer Verordnung pro Halbjahr sei vertretbar. Modische Aspekte spielten für die Frage einer ausreichenden medizinischen Versorgung keine Rolle. Auch die übliche Abnutzung, die durch Absatz- oder Sohlenerneuerung ausgeglichen werden könne, könne nicht berücksichtigt werden. Denn dies betreffe allgemeine Lebenshaltungskosten. Die Grenze für die wirtschaftliche Verordnung lehne sich an die Information in "Kassenarzt aktuell" Nr. 18 vom März 1986 an und sei somit nicht völlig aus der Luft gegriffen. Auch sei dem Kläger bereits im Quartal 1/94 ein entsprechender Hinweis erteilt und in Vorquartalen seien entsprechende Regresse festgesetzt worden. Das Prüfverfahren habe auch isoliert hinsichtlich der Versicherten einzelner Krankenkassen durchgeführt werden können. Dahinstehen könne, welche Kasse im Einzelnen und in welchem Umfang in Widerspruch zu ihrem gesetzlichen Auftrag vorgegangen sei. Denn das Institut der Wirtschaftlichkeitsprüfung diene nicht zur Überprüfung einer korrekten Leistungserbringung in einem zweiseitigen Verhältnis zwischen Arzt und Krankenkasse. Vielmehr handle es sich um einen besonderen Kontrollmechanismus im Bereich der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen. Im Übrigen werde auf die Ausführungen im angefochtenen Bescheid Bezug genommen.

Gegen das seinen Prozessbevollmächtigten am 07.07.1999 zugestellte Urteil hat der Kläger am 09.07.1999 Berufung eingelegt. Er macht wiederum geltend, er verordne seit Jahren orthopädische Schuhzurichtungen entsprechend dem tatsächlichen Bedarf seiner Patienten. Es habe sich in jedem einzelnen Fall um eine medizinisch notwendige Maßnahme gehandelt. Die Arztdaten zum Hilfsmittelverzeichnis sähen orthopädische Zurichtungen am Schuh ausdrücklich vor. Eine Mehrfachausstattung sei vorgesehen, die zudem ständig wiederholt werden müsse, wenn der Patient neue Schuhe erwerbe, da jeder Schuh angepasst werden müsse. Anhand der Aufstellung der Diagnosen und Verordnungen aller in der Anlage zum Bescheid aufgeführten beanstandeten Patienten werde ersichtlich, dass in all diesen Fällen die Verordnung einer losen Einlage oder ähnlicher vom Prüfungsausschuss vorgeschlagener Maßnahmen nicht ausreichend gewesen wären. Im Rahmen mehrerer anhängiger Verfahren seien immer neue Maßstäbe für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise von den Beteiligten vorgebracht worden. Die Ordnungsweise sei auch über einen größeren Zeitraum zu beurteilen gewesen. Gerade die verschiedenen Maßstäbe seien von einigen Krankenkassen (z.B. DAK und Barmer Ersatzkasse) bemängelt und zum Anlass genommen worden, ihn aufzufordern, anstatt von Privatrezepten nachträglich nochmals Kassenrezepte zu erstellen. Antragstellende Kassen hätten zusätzlich zu den Kassenrezepten auch Privatrezepte übernommen. Die Krankenkassen versuchten auf der einen Seite, ihren Mitgliedern Leistungen zu verschaffen, die sie selbst für erforderlich hielten, gleichzeitig jedoch die hierfür erforderlichen Mittel durch Regresse bei ihm wieder einzufordern. Durch Kollegen würden nach wie vor im Bedarfsfall im Quartal je drei Paar orthopädische Schuhzurichtungen verordnet und durch die Krankenkassen bezahlt, ohne dass bislang Einwendungen seitens der Krankenkassen bekannt geworden seien. Die Handlungsweise der Krankenkassen habe das SG nicht hinreichend ausermittelt. Für die Annahme des SG, die gezogene Grenze für die wirtschaftliche Verordnung sei vertretbar, fehle eine Begründung. Für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von orthopädischen Schuhzurichtungen gebe es bislang keine starr festgelegten Kriterien. Wenn ein Patient, der orthopädische Schuhzurichtungen brauche, sich neue Schuhe kaufe, dann brauche er auch für die neuen Schuhe orthopädische Schuhzurichtungen, und zwar ausnahmslos. Der medizinische Bedarf

werde durch die Kaufentscheidung des Patienten ausgelöst, ebenfalls ausnahmslos. Seine Verordnungsweise zu Lasten der Krankenkassen sei keineswegs erhöht. Bei Zugrundelegung einer Reihe von ausgesuchten Fällen mit gehäuften Verordnungen ergebe sich ein Durchschnitt von 1,411 Paar Schuhzurichtungen pro Patient und Quartal.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 15. Juni 1999 und den Bescheid des Beklagten vom 17. April 1998 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, über seinen Widerspruch gegen den Bescheid des Prüfungsausschusses vom 06. Oktober 1997 erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats zu entscheiden.

Der Beklagte sowie die Beigeladenen Nrn. 1, 2, 5, 6 und 7 beantragen,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beigeladene Nr. 1 macht geltend, der Kläger habe bislang keine nachvollziehbaren Begründungen für die Anzahl der in den Einzelfällen verordneten Schuhzurichtungen gegeben. Neue und ständig wechselnde Maßstäbe für die Verordnung von orthopädischen Schuhzurichtungen seien nicht festgelegt worden.

Die Beigeladenen Nrn. 2, 4, 6 und 7 halten die Verordnungsweise des Klägers hinsichtlich der Schuhzurichtungen für unwirtschaftlich.

Die übrigen Beteiligten haben sich im Berufungsverfahren nicht geäußert.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Senatsakte, die Akte des SG, die Verwaltungsakte des Beklagten, die Akten des am selben Tag mündliche verhandelten Verfahrens L 5 KA 2662/99 sowie die Akten der weiteren beim Senat anhängigen Verfahren L 5 KA 2678/99, L 5 KA 2727/99, L 5 KA 2729/99, L 5 KA 2757/99 und L 5 KA 2758/99 Bezug genommen.

### Entscheidungsgründe

#### I.

Die Berufung des Klägers ist zulässig, sie ist insbesondere statthaft. Ein Berufungsausschlussgrund des § 144 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) liegt nicht vor. Der Kläger wendet sich gegen einen Regress in Höhe von DM 26.786,60. Der Beschwerdewert von DM 1.000,- ist damit überschritten.

#### II.

Die zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid des Beklagten vom 17.04.1998 ist rechtmäßig.

#### 1.)

Im vorliegenden Fall hat im Gegensatz zum dem am selben Tag mündliche verhandelten Verfahren L 5 KA 2662/99 (IKK-Antrag 1/97 bis 3/97) als Vertreter der Krankenkassen kein Ange-

stellter der DAK mitgewirkt, so dass sich die Frage der Zulässigkeit der Mitwirkung vorliegend nicht stellt.

2.)

Nach § 106 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in der Fassung des Gesundheits-Strukturgesetzes vom 21.12.1992 überwachen die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen die Wirtschaftlichkeit vertragsärztlicher Versorgung. Die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung bezieht sich nicht nur auf die ärztlichen Leistungen, sondern auch auf die ärztlich verordneten Leistungen (§ 106 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGB V). Bei den ärztlich verordneten Leistungen soll im Wege des Regresses der Schaden ersetzt werden, der den Krankenkassen durch unwirtschaftliche Verordnungen eines Arztes entsteht, und damit für die Kosten, für die sie nach der Rechtslage aufzukommen nicht verpflichtet sind, einen Ausgleich erhalten, wobei es auf ein Verschulden des Vertragsarztes nicht ankommt (BSG, Urteil vom 29.01.1997 - 6 RKa 5/96 -).

Nach § 12 Abs. 1 SGB V müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. Dementsprechend bestimmt § 70 Abs. 1 SGB V, dass die Krankenkassen und die Leistungserbringer eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten haben und die Versorgung der Versicherten ausreichend und zweckmäßig sein muss, das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf und wirtschaftlich erbracht werden muss. Anspruch auf Krankenbehandlung haben die Versicherten nach § 27 SGB V, wenn sie (die Krankenbehandlung) notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Nach § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V umfasst die Krankenbehandlung u.a. die Versorgung mit Hilfsmitteln. Nach § 33 Abs. 1 Sätze 1 und 2 SGB V haben die Versicherten u.a. Anspruch auf orthopädische Hilfsmittel, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen sind. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. Auch Abschnitt A III Nrn. 11 und 13 der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Heilmitteln und Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel- und Hilfsmittel-Richtlinien), die für die Vertragsärzte bindend sind (vgl. BSG SozR 3-2500 § 92 Nr. 6, S. 24 ff), bestimmen, dass die an der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte/Ärztinnen die Verordnungen von Heilmitteln und Hilfsmitteln nach pflichtgemäßem Ermessen innerhalb des durch das Gesetz und diese Richtlinien bestimmten Rahmens treffen, um dem Versicherten eine nach den Regeln der ärztlichen Kunst und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Heilmitteln und Hilfsmitteln zukommen zu lassen sowie dass bei der Verordnung von Heilmitteln und Hilfsmitteln die Grundsätze von Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit zu beachten sind.

Bei Beantwortung der Frage, ob die Behandlungs- oder Ordnungsweise eines Vertragsarztes wirtschaftlich ist, steht den Prüfungsgremien nach der ständigen Rechtsprechung des BSG ein Beurteilungsspielraum zu. Die Kontrolle der Gerichte beschränkt sich auf die Prüfung, ob das Verwaltungsverfahren ordnungsgemäß durchgeführt worden ist, ob der Verwaltungsentscheidung ein richtig und vollständig ermittelter Sachverhalt zugrunde liegt, ob die Verwaltung die durch die Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffes ermittelten Grenzen eingehalten und ob sie ihre Subsumtionserwägungen so verdeutlicht und begründet hat, dass im Rahmen des Möglichen die zutreffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist. Die angestellten Erwägungen müssen, damit sie auf ihre sachliche Richtigkeit und auf ihre Plausibilität und Vertretbarkeit hin geprüft werden können, im Bescheid genannt werden oder

jedenfalls für die Beteiligten und das Gericht erkennbar sein (vgl. zum Ganzen: BSG SozR 3-2500 § 106 Nr. 25, S. 139 m.w.N.). Eine Verletzung des dem Beklagten zustehenden Beurteilungsspielraumes ist im folgenden Fall nicht gegeben.

a)

Der Beklagte hat nicht in jedem einzelnen Fall, den die antragstellende Krankenkasse genannt hat, prüfen müssen, ob die konkrete Verordnung notwendig gewesen ist. Es ist ausreichend, dass er sich ein Gesamtbild von der Ordnungsweise des Klägers gemacht hat und hieraus dann den Schluss gezogen hat, eine unwirtschaftliche Ordnungsweise sei gegeben. Der Beklagte hat festgestellt, dass der Kläger in zu kurzem Abstand zu viele Verordnungen veranlasst hat. Die zeitliche Abfolge der Verordnungen ergibt sich auch aus den vom Beklagten vorgelegten Ordnungsblättern. Die medizinische Indikation für eine orthopädische Schuhzurichtung hat der Beklagte - trotz geäußerter Bedenken - in keinem einzigen Fall in Frage gestellt. Er ist jedesmal davon ausgegangen, dass die medizinische Indikation vorgelegen hat. Beanstandet worden ist nur der Umfang der verordneten Schuhzurichtungen. Die vom Beklagten angenommene Grenze von drei Schuhzurichtungen als Erstversorgung ist nicht zu beanstanden.

b)

Hinsichtlich des Umfangs von orthopädischen Schuhzurichtungen hat sich der Beklagte insbesondere auf allgemeine ärztliche Erfahrungen berufen. Dass den medizinisch-ärztlichen Gesichtspunkten ein hoher Stellenwert einzuräumen ist, bringt das Gesetz auch gerade dadurch zum Ausdruck, dass die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- und Ordnungsweise nicht den Kassenärztlichen Vereinigungen, sondern besonderen Prüfungseinrichtungen zugewiesen ist, die in bestimmter Weise fachkundig zusammengesetzt sind. Gerade die Fachkunde der Prüfungseinrichtungen soll eine hauptsächliche Stütze bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung sein. Die Auffassung des Beklagten zur Häufigkeit der Verordnungen orthopädischer Schuhzurichtungen ist vertretbar. Der Beklagte ist der Auffassung, dass im Verlauf des ersten halben Jahres Änderungen für maximal drei Paar Schuhe im Sinne einer Erstversorgung ausreichend seien, danach in der Regel nur noch eine Verordnung alle sechs Monate in Frage komme.

Nach der Arztinformation zum Hilfsmittelverzeichnis Produktgruppe 31 dienen orthopädische Zurichtungen am Schuh der Behandlung von Beschwerden, die die Gehfähigkeit und Gehausdauer einschränken, wobei die Fußform das Tragen von Konfektionsschuhen zulässt und diese Versorgung gegenüber anderen Hilfsmitteln wirtschaftlicher ist. Die orthopädische Zurichtung soll den vorhandenen Schuh des Versicherten so gestalten, dass durch einzeln oder in Kombination vorgenommene Arbeiten im Absatz, Arbeiten zur Schuherhöhung, Arbeiten an der Sohle und Arbeiten zur Entlastung, Stützung, Polsterung und Schaftveränderung Fußbeschwerden, die die Gehfähigkeit und Gehausdauer einschränken, beseitigt oder gemindert werden. Eine Mehrfachausstattung aus hygienischen Gründen ist im Einzelfall zu prüfen (vgl. Grüner Ordner KV Nordwürttemberg B 23/31/9, B 23/31/13). Aus diesen Bestimmungen ergibt sich zunächst, dass eine Mehrfachausstattung aus besonderen, nämlich hygienischen Gründen, vorgesehen ist. Der Versicherte hat mithin keinen Anspruch darauf, dass alle von ihm gekauften Schuhe auch bei Vorliegen einer medizinischen Notwendigkeit mit einer orthopädischen Zurichtung versehen werden. Vielmehr ist dies nur in dem Umfang erforderlich, dass die Gehfähigkeit und Gehausdauer des Versicherten erhalten bleibt. Das Gebot der wirtschaftlichen Behandlungsweise ergibt bereits deshalb eine Beschränkung der Anzahl der verordneten Schuhzurichtungen.

Die vom Beklagten angenommene Grenze von drei Schuhzurichtungen als Erstversorgung ist nicht zu gering bemessen. Sie bietet jedenfalls für eine ausreichende Anzahl von Schuhen die Möglichkeit der Versorgung mit einer Schuhzurichtung, so dass der Versicherte die Schuhe auch wechseln kann und insbesondere bei unterschiedlichen Witterungsbedingungen mit ent-

sprechend angepassten Schuhen versorgt ist. Dass die Grenze mit Zurichtungen an drei Schuhen als Erstversorgung sachgerecht ist, ergibt sich auch aus dem Vergleich mit dem Umfang der Versorgung von orthopädischen Maßschuhen. Nach der Arztinformation zum Hilfsmittelverzeichnis erhalten, um den Bedürfnissen der Betroffenen ausreichend Rechnung zu tragen und aus hygienischen Gründen, Versicherte als Erstausrüstung grundsätzlich zwei Paar orthopädische Maßschuhe für den Straßengebrauch (Grüner Ordner KV Nordwürttemberg, B 23/31/6). Der Einwand des Klägers gegen diesen Vergleich, Patienten mit orthopädischen Maßschuhen hätten eine geringere Geheleistung als Patienten, die nur eine Schuhzurichtung benötigen, mag für die Frage verschleißbedingten Ersatzes von Bedeutung sein, für den vom Beklagten hier allein beanstandeten Umfang der Erstausrüstung ist er ohne Bedeutung.

Entgegen der Ansicht des Klägers hat der Beklagte keine unterschiedlichen Kriterien aufgestellt. Der Beklagte hat jedenfalls in allen seinen Bescheiden, die dem Senat in den anhängigen Verfahren vorliegen, ausdrücklich bzw. durch Bezugnahme auf andere Bescheide, in denen Entsprechendes ausgeführt worden ist, dargelegt, dass im Verlaufe des ersten halben Jahres Änderungen für maximal drei Paar Schuhe im Sinne einer Erstversorgung ausreichend seien, danach in der Regel nur noch eine Verordnung alle sechs Monate in Frage komme. Auch der Prüfungsausschuss hat im Rahmen der Prüfung der Ordnungsweise des Quartales 2/94 mit dem Bescheid vom 20.02.1995 ausgeführt, seiner Ansicht nach sei bei einer sogenannten Erstverordnung eine Verordnung von zwei bis drei Paar Schuhen ausreichend, um den Erfolg einer Verordnung zu bewerten. Der diesem Bescheid damals zugrunde liegende Antrag der Techniker-Krankenkasse ist der erste Prüfantrag gewesen, der die Verordnung des Klägers von orthopädischen Schuhzurichtungen zum Gegenstand gehabt hat. Deshalb hat sich der Prüfungsausschuss mit einem Hinweis begnügt und am Ende nochmals ausdrücklich hingewiesen, dass zukünftig bei einer Erstversorgung von Schuhzurichtungen die Grenze von zwei bis drei Paar Schuhen (im Normalfall) nicht überschritten werden sollte. Diese Auffassung des Prüfungsausschusses ist dem Kläger jedenfalls in dem hier streitigen Quartal 2/97 bekannt gewesen. Sein Einwand, er sei über den Umfang der als wirtschaftlich anzusehenden Ausstattung zunächst im Unklaren gelassen worden und im Nachhinein in nicht vorhersehbarer Weise mit einem Regress belegt worden, trifft daher nicht zu.

Dass der Umfang der verordneten Schuhzurichtungen zu groß gewesen ist, ergibt sich auch aus dem eigenen Vorbringen des Klägers. Wenn der Kläger vorträgt (S. 12 der Berufungsbeurteilung vom 31.08.1999), jedesmal wenn der Versicherte sich neue Schuhe kaufe, brauche er auch für die neuen Schuhe ausnahmslos orthopädische Schuhzurichtungen, zeigt dies, dass der Kläger ohne nähere Prüfung der Notwendigkeit Schuhzurichtungen veranlasst. Nicht die Kaufentscheidung des Versicherten bestimmt den medizinischen Bedarf an Schuhzurichtungen. Wenn der Versicherte mit älteren Schuhen noch in ausreichendem Maße versorgt ist, besteht kein Anlass, die aus eventuell modischen Gründen neu gekauften Schuhe ebenfalls entsprechend zu versorgen. Besteht der Versicherte gleichwohl auf einer Schuhzurichtung für die neu gekauften Schuhe, ist es Aufgabe des Klägers als Leistungserbringer, dem Versicherten zu erläutern, dass die Notwendigkeit hierfür nicht besteht und die Krankenkasse die entsprechenden Kosten nicht übernehmen kann. Besteht der Versicherte aber gleichwohl auf einer Verordnung, so hat diese gegebenenfalls auf Privat Rezept zu erfolgen (§ 30 Abs. 6 Satz 3 i.V.m. § 18 Abs. 1 Nr. 2 des Bundesmantelvertrages-Ärzte - BMV-Ä -; § 16 Abs. 6 des Arzt/Ersatzkassenvertrages - EKV-Ä -).

Auch der Einwand des Klägers, er habe trotz Verordnung von mehr als drei Paar Schuhzurichtungen bei Vornahme einer Langzeitbetrachtung im Ergebnis wirtschaftlich gehandelt, greift so nicht. Denn es ist nicht wirtschaftlich, Schuhe in so großer Zahl zu verordnen, dass einige davon nicht oder nur selten getragen werden.

c)



Wenn die Krankenkassen in einzelnen Fällen gleichwohl ausgestellte Privatverordnungen über Schuhzurichtungen erstattet haben, in denen der Versicherte hierauf keinen Anspruch gehabt hat, kann der Kläger hieraus nichts für sich Günstiges ableiten. Insbesondere kann der Senat ein widersprüchliches Verhalten der Krankenkassen (*venire contra factum proprium*) nicht feststellen.

Zum einen haben in dem im vorliegenden Verfahren streitigen Quartal 2/97 die Krankenkassen keine Privatverordnungen erstattet. Die Privatverordnung hat der Kläger erst als Reaktion auf die Regresse u.a. des vorliegenden Verfahrens vorgenommen.

Zum anderen sind die vom Kläger vorgelegten Kostenübernahmeerklärungen der Krankenkassen jeweils wenige Tage nach Ausstellung der Verordnung durch den Kläger abgegeben worden. Zu diesem Zeitpunkt haben die Krankenkassen nicht wissen können, in welchem Umfang im laufenden Quartal bereits Schuhzurichtungen vertragsärztlich verordnet worden sind. Den Krankenkassen ist in den vom Kläger genannten Fällen, in denen Erstattungen erfolgt sind, nicht bekannt gewesen, dass bereits in ausreichendem Umfang Schuhzurichtungen verordnet worden sind. Dies schließt der Senat weiter aus den von der Beigeladenen Nr. 1 vorgelegten Schreiben der Barmer Ersatzkasse. Die Aufforderung im Schreiben vom 21.07.1998, für Mitglieder kassenärztliche Verordnungen anstatt Privatrezepte ausstellen zu lassen, macht nur dann einen Sinn, wenn die Krankenkasse davon ausgeht, es handelt sich um Versorgung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Wenn der Krankenkasse Kostenvoranschläge in Zusammenhang mit Privatverordnungen vorgelegt werden, muss sie davon ausgehen, dass eine Erstattung erfolgen soll. Richtiges Verhalten wäre, von den Versicherten die Kosten für die Privatbehandlung zu verlangen und die Krankenkasse überhaupt nicht in das Verfahren einzuschalten. Im Übrigen hat der Kläger selbst auch durch sein Verhalten dazu beigetragen, dass nachträglich Rezepte erstattet werden. Nach der Festsetzung der Regresse hat er seine Verordnungstätigkeit auf Kassenrezept in erheblichem Umfang reduziert und statt dessen in größerem Umfang Privatrezepte ausgestellt. Dies zeigt, dass der Kläger offenbar nicht in der Lage ist, die Versicherten auf die Notwendigkeit von Verordnungen hinzuweisen (zur Aufklärungs- und Informationspflicht des ärztlichen Leistungserbringers vgl. BSG SozR 3-2500 § 13 Nr. 4, S. 60) und er statt dessen kritiklos, weil seiner Ansicht nach allein die Kaufentscheidung des Patienten den Bedarf für den Umfang der Schuhzurichtungen auslöse, den Wünschen der Versicherten nachgibt. Mit dieser Vorgehensweise umgeht der Kläger das Sachleistungsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 2 Abs. 2 SGB V). Ein Kostenerstattungsanspruch tritt nur dann an die Stelle des Sachleistungsanspruches, wenn die Krankenkasse den Sachleistungsanspruch infolge eines Versagens des Beschaffungssystems nicht erfüllt hat (§ 13 Abs. 1 und 3 SGB V). Das Sachleistungsprinzip erfasst die gesamte Behandlung der Versicherten, soweit es sich um Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung - wozu orthopädische Schuhzurichtungen gehören - handelt. Wenn der Kläger die Erkrankungen der Patienten vertragsärztlich behandelt und im Rahmen der Behandlung auch vertragsärztliche Verordnungen ausstellt, kann er die Behandlung nicht bis zu einer bestimmten Grenze als vertragsärztlich bezeichnen und die über diese Grenze hinausgehende als privatärztlich. Schließlich verhindert der Kläger mit seiner Vorgehensweise eine Überprüfung der Wirtschaftlichkeit seiner Verordnungsweise, was dem eindeutigen Wortlaut des § 106 Abs. 2 SGB V zuwider läuft.

Ob aufgrund der Vorgehensweise des Klägers den Krankenkassen ein Anspruch auf die Feststellung eines sonstigen Schadens (§ 48 BMV-Ä, § 44 EKV-Ä) zustehen kann, lässt der Senat offen.

Aber selbst wenn Mitarbeiter der Krankenkassen im Einzelfall gegen die für sie geltenden Vorschriften verstoßen hätten, gäbe dies dem Kläger kein Recht darauf, sich nicht an die für ihn verbindlichen Regelungen zu halten.

d)

Die Höhe des Regresses ist nicht zu beanstanden. Wie sich aus der Anlage zum Bescheid des Prüfungsausschusses und auch der Anlage zum Widerspruch der DAK, auf die der Beklagte in seinem Bescheid Bezug genommen hat, ergibt, sind jeweils die über drei orthopädische Schuherrichtungen hinausgehenden Beträge in Regress genommen worden. Die Berechnung als solche stellt der Kläger auch nicht in Frage.

### III.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs. 1 und Abs. 4 Satz 2 SGG.

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.