

Medizinische Indikation und Wirtschaftlichkeitsgebot - ein juristisches und ethisches

Dilemma?

Anmerkungen zur vertragsärztlichen Verordnung atypischer Neuroleptika

von Prof. Dr. jur. Raimund Wimmer, Bonn/Berlin

Fachanwalt für Verwaltungsrecht

Inhaltsübersicht

Sachverhalt

Ethische Aspekte

Rechtslage

- I Der Rechtsanspruch auf Versorgung mit Arzneimitteln
- II. Die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes
- III. Güterabwägung
- IV Budgetierung und Richtgrößen

Medizinische Indikation und Wirtschaftlichkeitsgebot - ein juristisches und ethisches

Dilemma?

Anmerkungen zur vertragsärztlichen Verordnung atypischer Neuroleptika

von Prof. Dr. jur. Raimund Wimmer, Bonn/Berlin

Fachanwalt für Verwaltungsrecht

Sachverhalt

Die Behandelbarkeit der Schizophrenie hat in den letzten Jahren deutliche und rasche Fortschritte gemacht. Es gibt - gegenüber der tradierten stationären Therapie - in einer wachsenden Zahl von Fällen erfolgversprechende ambulante Behandlungsmethoden. Bei den zur Verfügung stehenden Medikamenten hat es in jüngster Zeit einen Quantensprung gegeben: Neben die seit den 60er Jahren verwendeten typischen Neuroleptika sind neue Antipsychotika, die sogenannten atypischen Neuroleptika, getreten. Sie vermeiden schwere und unerwünschte Bewegungsstörungen oder reduzieren solche auf sehr seltene Fälle; sie haben einen günstigen Effekt auf depressive Begleitsymptome, Negativsymptomatik und kognitive Störungen.

Atypische Neuroleptika sind - im Rahmen ihrer Einsatzmöglichkeiten - anerkannter Stand der medizinischen Erkenntnisse; sie sind Teil des medizinischen Fortschritts in der medikamentösen Behandlung der Schizophrenie².

In Deutschland machen Verordnungen (verkaufte Einheiten) atypischer Antipsychotika bisher erst etwa 8 % der Verordnungen der Neuroleptika insgesamt aus. In der gesetzlichen Krankenversicherung werden sie ambulant nur zurückhaltend verschrieben. Kassen und Kassenärztliche Vereinigungen bezweifeln zwar nicht ihren therapeutischen Nutzen und - in den Grenzen ihrer Einsetzbarkeit - ihre therapeutische Überlegenheit gegenüber typischen Neuroleptika. Sie schrecken aber zurück vor der Tatsache, daß die täglichen Behandlungskosten mit typischen Neuroleptika ca. 1,50 DM, mit atypischen 10,00 bis 13,00 DM betragen. Die Kassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen halten die Verordnung atypischer Neuroleptika deshalb für begrenzt durch die durch das Gesundheitsstrukturgesetz eingeführten Arzneimittelbudgets (§ 84 Abs. 1 SGB V) und die im GRG, im GSG und im 2. GKV - Neuordnungsgesetz vorgesehenen Richtgrößen, denen Vertragsärzte bei der Verordnung von Arzneimitteln unterworfen sind (vgl. § 84 Abs. 3 SGB V). Zur Verdeutlichung: Die Richtgrößentabelle der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen - gültig ab 01.04.1999 - gibt Nervenärzten für die Verordnung von Arznei- und Verbandsmitteln ab dem 01.04.1999

58,68 DM im Quartal je Behandlungsfall vor; für Psychiater sind es 52,30 DM³. Damit könnten die Behandlungskosten mit atypischen Neuroleptika je Kassenpatient im Quartal gerade für viereinhalb Tage finanziert werden. § 106 SGB V und die auf dessen Grundlage im Bereich der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen erlassenen Prüfvereinbarungen⁴ sehen eine individuelle Einstandspflicht des Vertragsarztes vor, der die festgelegten Arzneimittel-Richtgrößen überschreitet, wenn er damit gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstößt. Angesichts dieser Drohmechanismen liegt nahe, daß Vertragsärzte aus Sorge vor Regressen atypische Neuroleptika auch dann nicht verschreiben, wenn sie gegenüber typischen das "bessere" Medikament sind. Dieser Zustand hat schwerwiegende Folgen. Den betroffenen Patienten wird möglicherweise dasjenige Medikament vorenthalten, das ihre Krankheit besser lindern oder heilen kann als ein vor bald 40 Jahren entwickeltes, das zudem schwerwiegende und irreparable Nebenwirkungen hat. Außerdem wird ihnen die Perspektive verstellt, infolge fortschreitender pharmazeutischer Forschung und Entwicklung über stetig bessere Medikamente verfügen zu können. Denn wenn sich atypische Neuroleptika aus den genannten Gründen auf dem Markt nicht durchsetzen, wird das die Bereitschaft der pharmazeutischen Industrie auf Dauer lähmen, weiter zu forschen und den medizinischen Fortschritt zu fördern.

Ethische Aspekte

Ob Staat und Gesellschaft ethisch verpflichtet sind, kranken Versicherten umfassende Gesundheitsfürsorge angedeihen zu lassen, ist sicher zweifelhaft. Ließe man die sozialstaatlichen Vorgaben des Grundgesetzes außer Betracht, so wäre allgemeinen ethischen Prinzipien schwerlich eine umfassende Verantwortung des Gemeinwesens für die Sicherung der menschlichen Existenz und ihrer Gesundheit zu entnehmen. Auch § 11 der Ärztlichen Musterberufsordnung, die unterdessen in allen Kammerbezirken umgesetzt ist, führt da wenig weiter: Die allgemeine ärztliche Verpflichtung zur „gewissenhaften Versorgung mit geeigneten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ nimmt mit der Bezugnahme auf das ärztliche Gewissen zwar auf ein außerrechtliches Wertesystem Bezug, konkretisiert das aber nicht weiter. Vielmehr bedarf es im Rechtsstaat rechtlicher Grundlagen, wenn sozialstaatliche Ansprüche geltend gemacht werden sollen. Unbeschadet etwaiger ethischer Notwendigkeiten und Wünschbarkeiten ist die Versorgung mit Arzneimitteln für Versicherte deshalb nur geboten und durchsetzbar, soweit es hierfür Rechtsgrundlagen gibt. Das führt sogleich zu der zentralen Frage nach der Rechtslage.

Rechtslage

Dem Juristen stellt sich aus der Sicht der betroffenen Patienten die Frage, ob diese einen Rechtsanspruch auf vertragsärztliche Verordnung atypischer Neuroleptika haben, wenn ja, wie sie sie durchsetzen können.

I. Der Rechtsanspruch auf Versorgung mit Arzneimitteln

Das SGB V und aus ihm abgeleitetes untergesetzliches Recht lassen keinen Zweifel daran, daß die Versicherten gegen die Krankenkassen einen Rechtsanspruch auf Versorgung mit denjenigen Medikamenten haben, die notwendig sind, um ihre Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (§§ 27 Abs. 1 Nr. 3, 31 SGB V). Die §§ 27 Abs. 1 S. 3 und 92 Abs. 1 S. 1 heben das hinsichtlich der "besonderen Bedürfnisse psychisch Kranker" noch besonders hervor. Nach den Regeln der ärztlichen Kunst "ausreichend und zweckmäßig" (§ 28 Abs. 1 Satz 1) sind solche Medikamente, deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und die den medizinischen Fortschritt berücksichtigen (§ 2 Abs. 1 Satz 3). Auf der Grundlage dieser gesetzlichen Vorschriften bestimmt und bekräftigt Abschnitt A 3. der Arzneimittel-Richtlinien, daß die Versicherten grundsätzlich einen Anspruch auf die Versorgung mit allen nach dem Arzneimittelgesetz verkehrsfähigen Arzneimitteln haben, sofern sie nicht aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind. Arzneimittelbudgets und -richtgrößen (§ 84 Abs. 1 und 3 SGB V) müssen so bemessen sein, daß diese Ansprüche der Versicherten aus ihnen befriedigt werden können.

Der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse - der medizinische Standard - manifestiert sich in Leitlinien der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften. Diese sind jedenfalls dann zur Auslegung des SGB V heranzuziehen, wenn sie, wie das auch rechtlich geboten ist, Qualitätsbewertung und ökonomische Kriterien trennen, also nicht auf das wirtschaftlich Mögliche oder Vertretbare abheben, sondern ausschließlich auf den aktuellen fachlichen Erkenntnisstand. Dann sind sie Grundlage für das sozialrechtlich gebotene Versorgungsniveau (und übrigens auch arzt haftungsrechtlich relevant) ⁶.

Wenn die Verordnung atypischer Neuroleptika im Einzelfalle dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht, haben die Versicherten auf diese Verordnung einen Rechtsanspruch. Dieser besteht gegenüber dem behandelnden Vertragsarzt, den das Gesetz mit der Verordnungsmacht zu Lasten der Krankenkassen beliehen hat.

Weigert sich ein Vertragsarzt, das im konkreten Einzelfalle fachlich gebotene bestmögliche Arzneimittel zu verordnen, so können die Versicherten gegen diesen sozialgerichtliche Klage auf Erlangung der erforderlichen ärztlichen Verordnung erheben⁷.

Die Kassen sind im Regelfall an die vertragsärztliche Verordnung gebunden und schulden den Patienten sodann das verordnete Arzneimittel.

II. Die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes

Kassen und Vertragsärzte unterliegen allerdings dem Wirtschaftlichkeitsgebot, und dieses begrenzt zugleich den Arzneimittel-Versorgungsanspruch der Versicherten. Nach § 2 Abs. 4 SGB V muß die von dem Versicherten in Anspruch genommene Leistung nicht nur wirksam sein, sondern ist wirtschaftlich zu erbringen und darf nur in dem notwendigen Umfange in Anspruch genommen werden (ähnlich § 4 Abs. 3, 12 Abs. 1). Nach § 34 Abs. 3 Satz 3 SGB V kann der Ordnungsgeber unwirtschaftliche Arzneimittel von der Versorgung ausschließen. Eine unwirtschaftliche Ordnungsweise von Vertragsärzten brauchen die Kassen nicht zu befolgen (§ 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V), und sie kann nach § 106 Abs. 5 Satz 1 SGB V zu den bereits erwähnten Regressen gegen die betreffenden Ärzte führen, die der Prüfungsausschuß ggf. nach Maßgabe der Prüfvereinbarung festzusetzen hat.

Das führt zu der Frage, ob ein im Einzelfalle nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse notwendiges Medikament unwirtschaftlich im Sinne dieser Vorschriften sein kann. Das Gesetz definiert den Begriff der Wirtschaftlichkeit nicht, gibt allerdings in § 34 Abs. 3 Satz 2 ein Beispiel für Unwirtschaftlichkeit: Als unwirtschaftlich sind hiernach insbesondere Arzneimittel anzusehen, die für das Therapieziel oder zur Minderung von Risiken nicht erforderliche Bestandteile enthalten oder deren Wirkungen wegen der Vielzahl der enthaltenen Wirkstoffe nicht mit ausreichender Sicherheit beurteilt werden können oder deren therapeutischer Nutzen nicht nachgewiesen ist. Diese gesetzlichen Beispiele sind für unser Problem wenig weiterführend. Denn in den dort genannten Fällen handelt es sich in Wirklichkeit nicht um ein unwirtschaftliches, sondern ein Arzneimittel, das nicht notwendig im Sinne von § 27 Abs. 1 ist und dessen Qualität und Wirksamkeit nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht (§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V). Bei derartigen Arzneimitteln stellt sich die Frage nach ihrer Wirtschaftlichkeit gar nicht. Der Begriff der Wirtschaftlichkeit beherrscht - ausgehend von Art. 114 Abs. 2 Satz 1 GG - das gesamte öffentliche Haushaltsrecht. Die Kassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen

erfüllen die geschilderten Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung dann wirtschaftlich, wenn die vom SGB V gewährleistete medikamentöse Versorgung der Versicherten bestmöglich und zugleich mit dem geringsten Aufwand an Mitteln erfolgt⁹.

Unter mehreren gleichwertigen atypischen Neuroleptika ist das preisgünstigste zu verschreiben. Hingegen ist es keine Frage der Wirtschaftlichkeit, sondern entspricht dem Effektivitätsgebot der §§ 27 Abs. 1 Nr. 3 mit 2 Abs. 1 Nr. 3 SGB V, einem atypischen Neuroleptikum auch dann den Vorzug zu geben, wenn sein Einsatz gegenüber einem typischen teurer ist, wenn dieser medizinisch geboten erscheint.

In der medizinischen Kosten-Nutzen-Literatur wird vielfach darauf hingewiesen, der Einsatz atypischer Neuroleptika sei zudem - volkswirtschaftlich betrachtet - wesentlich ökonomischer als die Verwendung (wenn auch preiswerterer) typischer Antipsychotika¹⁰. Es spricht viel dafür, daß das tatsächlich so ist. Unter rechtlichen Gesichtspunkten kommt es darauf aber nicht an. Zutreffend steht in Abschnitt D 12. der Arzneimittelrichtlinien¹¹, für die Verordnung von Arzneimitteln sei der therapeutische Nutzen gewichtiger als die Kosten. Mit anderen Worten und zusammenfassend: Wirtschaftlichkeit kann nie in Konkurrenz mit dem therapeutischen Nutzen abgewogen werden. Ist ein Medikament therapeutisch effektiver, so hat der Versicherte einen Rechtsanspruch darauf, es zu erhalten.

III. Güterabwägung

Hiervon zu trennen ist die Tatsache, daß es Extremfälle geben kann, in denen man an der ökonomischen Vertretbarkeit der Kosten zweifeln könnte, die aufzuwenden sind, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Sie kennen die Diskussionen darüber, ob und wie lange es vertretbar sei, mit extremem apparativem und personellem Aufwand verlöschendes menschliches Leben aufrechtzuerhalten. Oder ob es eine ökonomische Grenze gebe, jenseits derer den gesetzlichen Krankenversicherungen ungewöhnlich teure Operationen von Versicherten in fernen Erdteilen nicht zumutbar seien.

Ich beuge mich im Rahmen dieses kurzen Statements nicht in diese Diskussion. Denn der Einsatz atypischer Neuroleptika ist weit von jenen Extremfällen entfernt. Es kann keine Rede davon sein, daß das System der gesetzlichen Krankenversicherung an seine Funktionsgrenzen gelange, wenn alle Versicherten, die dessen bedürfen, in den Genuß der optimalen medika-

mentösen Versorgung kommen. Sollte der Gesetzgeber meinen, das gegenwärtige - hervorragende - System der medizinischen Maximalversorgung der Versicherten sei unter finanziellen Gesichtspunkten nicht durchzuhalten, so steht es ihm in den verfassungsrechtlich vorgegebenen Grenzen frei, es zu ändern. Solange das nicht geschieht, bleibt es dabei: Der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit hindert Vertragsärzte nicht daran, den Versicherten atypische Neuroleptika zu verschreiben, wenn sie deren bedürfen; vielmehr sind sie dazu rechtlich verpflichtet.

IV. Budgetierung und Richtgrößen

Das System der Arzneimittel-Budgetierung, von Richtgrößen, die die Vertragsärzte bei ihren Verschreibungen einzuhalten haben, sowie von Regressen bei unwirtschaftlichen bzw. unzulässigen Verordnungen ändert an meinen Ihnen vorgetragenen Thesen nichts.

Allerdings handelt es sich bei der Vereinbarung von Budgets nach § 84 Abs. 1 und von Richtgrößen nach § 84 Abs. 3 SGB V um vertragliche Bestimmungen, die für die Vertragsärzte nach § 95 Abs. 3 Satz 2 SGB V verbindlich sein sollen. Die Verbindlichkeit setzt aber voraus, daß ihre jeweilige Höhe *rechtmäßig* ist, also den Vorgaben des SGB V genügt. Nach diesen Vorgaben müssen sie so bemessen sein, daß sie die Versorgung der Versicherten mit den notwendigen Arzneimitteln nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts gewährleisten. Tun sie das nicht, so sind sie rechtswidrig. Ein Vertragsarzt, der sie überschreitet, handelt nicht rechtswidrig und kann infolgedessen m. E. auch nicht in Regreß genommen werden.

Das bedeutet für unsere Fälle: Budgets und Richtgrößen basieren stets auf Rechnungsergebnissen von Verordnungen aus Vorjahren. Sie unterstellen, daß die damaligen Ausgaben den gesetzlichen Anforderungen entsprochen haben, und schreiben sie für die Zukunft fort. Beides ist indes rechtlich problematisch. Unterlagen die Ausgaben auch im Referenzzeitraum bereits gesetzlichen oder untergesetzlichen Einschränkungen, so kann nicht unterstellt werden, daß sie damals ausreichten, um die gesetzlichen Ansprüche der Versicherten tatsächlich zu befriedigen. Zudem müssen Budgets und Richtgrößen notwendig falsch sein, wenn sich unterdessen der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse infolge medizinischen Fortschritts verändert hat. So verhält es sich mit atypischen Neuroleptika. Haben sie in bestimmten Fällen den therapeutischen Nutzen typischer Neuroleptika überholt und reduzieren sie in gravierender Weise die bisherigen Nebenwirkungen, so gebietet das SGB V, sie zu verordnen. Untergesetzliche Budgets und Richtgrößen, die dem entgegenstehen, sind nicht rechtens.

In etwaigen Regreßverfahren sind Budget- und Richtgrößenbegrenzungen auf ihre Rechtmäßigkeit zu überprüfen und ggf. zu verwerfen. Ein Budget, das den gesetzlichen Versorgungsanforderungen nicht genügt, ist unzureichend und rechtswidrig, und die Sozialgerichte werden in derartigen Fällen Regresse für unzulässig halten¹².

Um die Rechtslage zu erkennen und politische und rechtliche Auseinandersetzungen durchzustehen, braucht es allerdings kundige und mutige Patienten, Angehörige und Vertragsärzte. Patienten, die erforderlichenfalls ihre gesetzlich gewährleisteten Ansprüche auf atypische Neuroleptika einklagen, in Eilfällen einstweilige Anordnungen beantragen, Vertragsärzte, die bereit sind, nach jeweiliger Prüfung ihr Arzneimittelbudget und vorgegebene Richtgrößen zu überschreiten, um den berechtigten Versorgungsansprüchen der Versicherten zu genügen. Und auch eine Arzneimittelindustrie, die sich durch Drohungen der Bundesgesundheitsministerin, durch immer neue Restriktionen von Neuentwicklungen nicht abbringen läßt, und die Patienten und Vertragsärzte bei deren Mühen um die rechtskonforme Versorgung der Versicherten ermutigt und unterstützt.

Zusammengefaßt: Kassenpatienten haben einen Rechtsanspruch gegen den von ihnen in Anspruch genommenen Vertragsarzt auf Verordnung derjenigen Medikamente, die - bezogen auf ihren konkreten Krankheitsfall - dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen. Wenn atypische Neuroleptika solche Arzneimittel sind, konkretisiert sich dieser Anspruch auf diese Medikamente. Die Kassen können sich ihrer Zahlungspflicht nicht dadurch entziehen, daß sie die gegenüber typischen Neuroleptika höheren Kosten als unwirtschaftlich bezeichnen; sie sind es nicht. Vertragsärzte, die derartige Medikamente verordnen, müssen, auch wenn sie dabei ihr Arzneimittelbudget oder vorgegebene Richtgrößen überschreiten, nicht mit einem Regress der Kassenärztlichen Vereinigung rechnen, weil die gesetzlichen Voraussetzungen dafür nicht gegeben sind.

Anmerkungen

- * Um Anmerkungen ergänzter Text eines Kurzreferats auf dem Symposium: Grenzüberschreitung - Begegnungen mit der Schizophrenie, veranstaltet vom Landesverband NW der Angehörigen psychisch Kranker e. V., der Universität Witten-Herdecke und dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe am 29.05.1999 in Gütersloh
1. zunächst Clozapin, 1995 Risperidon und 1996 Olanzapin
 2. Sie sind im Therapiealgorithmus der Praxisleitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde neben den typischen Neuroleptika als gleichrangige Option angeführt, wenn die Positivsymptomatik überwiegt. Bei überwiegender Negativsymptomatik bzw. Nebenwirkungen der klassischen Neuroleptika wird Atypika in dieser Leitlinie der maßgeblichen Fachgesellschaft der höchste Stellenwert eingeräumt (W. Gaebel und P. Falkai (Hrsg. DGPPN), Band 1 Behandlungsleitlinie Schizophrenie, 1998, Seite 48, 57; D. Naber u. a., Atypische Neuroleptika in der Behandlung schizophrener Patienten, UNI-MED Verlag AG, 1999, Seite 49 führen atypische Antipsychotika als Medikamente der ersten Wahl zur Behandlung schizophrener Psychosen an.
 3. Anlage 1 zum Rundschreiben der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen vom 24.03.1999 an ihre Mitglieder
 4. vgl. "Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der KBV für regionale Vereinbarungen über die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Verordnung von Arznei- und Heilmitteln auf der Grundlage von Richtgrößen ab 1998" vom 17.09.1997
 5. Vgl. etwa W. Kersting, Gerechtigkeitsethische Überlegungen zur Gesundheitsversorgung, in: Glaser u. a., Gesundheitsökonomie, Springer-Verlag 1997, Seite 25 ff.; A. Laufs, Anspruch des Patienten auf Teilhabe am medizinischen Fortschritt, in: Münchener Medizinische Wochenschrift 1998, Seite 458.
 6. vgl. zur rechtlichen Bedeutung Ärztlicher Leitlinien u. a. den Tagungsbericht von Röfer/Schlacke in NJW 1999, 838; D. Hart, Ärztliche Leitlinien, in MedR 1998, S. 8 ff.

7. BSG E 73, 271, 277 ff.; BSG SozR 3 - 2500 129 Nr. 1 Satz 7; BSG E 79, 257, 259; Höfer in: Kasseler Kommentar zum SGB V, Stand 1997, § 31 Rdn. 3.
8. BSG E 73, 271, 282
9. Vgl. zu den rechtlichen Determinanten des Wirtschaftlichkeitsprinzips z. B. FischerMenshausen in: von Münch/Kunig" (Hrsg.) GG, 3. Auflage 1996, Art. 114 Rdn. 17 m. w. Nachw.
10. Kissling u. a., Die direkten und indirekten Kosten der Schizophrenie, in: Fortschrittliche Neurologische Psychiatrie 1999, Seite 29 ff.; Rössler u. a., Die Kosten der Schizophrenie in: Fortschrittliche Neurologische Psychiatrie 1998, Seite 496 ff.; Almond und O'Donnell, Kostanalyse der Behandlung der Schizophrenie in Großbritannien, in: Pharmaco Economics 1998, Seite 575 ff.
11. In der noch geltenden Fassung vom 31.08.1993, BAnz Nr. 246/93 vom 31.12.1993; die zum 1.4. beabsichtigte Neufassung ist bisher aus rechtlichen Gründen nicht in Kraft getreten.
12. In diesem Sinne zutreffend Clemens in: Schulin, Handbuch des Sozialversicherungsrechts I, 1994, Seite 958; Kauskopf, Vom Arzneimittel-Budget zu Richtgrößen, in MedR 1998,491,495.