

L 12 KA 70/16

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 21 KA 1237/15

Datum

06.07.2016

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 12 KA 70/16

Datum

09.11.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Wenn der Weg der Aufrechnung von Schadensersatzforderungen der Krankenkasse gegen Honorarforderungen des Vertragsarztes verschlossen ist, besteht gemäß § 52 Abs. 2 Satz 2 BMV-Ä die Möglichkeit, dass die Kassenärztliche Vereinigung den Anspruch auf Schadensersatz oder Regress an die Krankenkasse zur unmittelbaren Einziehung abtritt. Da die Kassenärztliche Vereinigung selbst nicht Inhaber der Forderung ist, sondern den Anspruch der Krankenkasse nur über die Aufrechnung erfüllen soll, kann die Krankenkasse die "Abtretung" nicht ablehnen.

I. Die Berufung des Beklagten vom 13. Juli 2016 gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts München 6. Juli 2016 wird zurückgewiesen.

II. Der Beklagte hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt aus abgetretenem Recht die Zahlung von 960.441,58 EUR nebst Zinsen wegen unwirtschaftlicher Verordnung von Sprechstundenbedarf durch den Beklagten in den Quartalen 3/2001 und 1/2002.

Der Beklagte nahm aufgrund einer Sonderbedarfszulassung ab 1998 als Hämatologe und internistischer Onkologe an der vertragsärztlichen Versorgung in W-Stadt teil.

Der Beschwerdeausschuss Ärzte Bayern hat für das Quartal 3/2001 mit Widerspruchsbescheid vom 13.07.2006 (Beschluss vom 22.03.2006) aufgrund einer Prüfung nach Durchschnittswerten in Form eines statistischen Fallkostenvergleiches mit der Fachgruppe der fachärztlichen Internisten mit dem Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie gegen den Beklagten einen Regress wegen unwirtschaftlicher Verordnung von Sprechstundenbedarf in Höhe von 408.699,38 EUR festgesetzt. Dieser Bescheid ist nach Abweisung der Klage durch das Urteil des Sozialgerichts München vom 25.04.2012, Az.: S 21 KA 230/10 und der Zurückweisung der Berufung hiergegen durch das Bayer. Landessozialgericht mit Urteil vom 25.06.2014 (Az.: [L 12 KA 116/12](#)) und der Verwerfung der Nichtzulassungsbeschwerde durch Beschluss des Bundessozialgerichts vom 11.02.2015 (Az.: [B 6 KA 51/14 B](#)) bestandskräftig. Die Anhöhrungsrüge des Klägers gegen den Beschluss des Bundessozialgerichts vom 11.02.2015 wurde mit Beschluss des Bundessozialgerichts vom 12.05.2015 ([B 6 KA 1/15 C](#)) zurückgewiesen.

Der Beschwerdeausschuss Ärzte Bayern hat mit weiterem Widerspruchsbescheid vom 13.07.2006 (Beschluss vom 22.03.2006) für das Quartal 1/2002 aufgrund einer Prüfung nach Durchschnittswerten in Form eines statistischen Fallkostenvergleiches mit der Fachgruppe der fachärztlichen Internisten mit dem Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie gegen den Beklagten einen Regress wegen unwirtschaftlicher Verordnung von Sprechstundenbedarf in Höhe von 551.742,20 EUR festgesetzt. Dieser Bescheid ist nach Abweisung der Klage durch das Urteil des Sozialgerichts München vom 25.04.2012 (Az.: S 21 KA 232/10) und Zurückweisung der Berufung hiergegen durch Urteil des Bayer. Landessozialgerichts vom 25.06.2014 (Az.: [L 12 KA 117/12](#)) und der Verwerfung der Nichtzulassungsbeschwerde durch Beschluss des Bundessozialgerichts vom 11.02.2015 (Az.: [B 6 KA 52/14 B](#)) ebenfalls bestandskräftig. Die Anhöhrungsrüge des Klägers gegen den Beschluss des Bundessozialgerichts vom 11.02.2015 wurde mit Beschluss des Bundessozialgerichts vom 12.05.2015 (Az.: [B 6 KA 2/15 C](#)) zurückgewiesen. Da der Beklagte nicht mehr an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, trat die KVB mit Abtretungsanzeige vom 11.05.2015 zu HNr. 6819451 und BSNr. 681945100 die Regressforderung in Höhe von 408.699,38 EUR und mit Abtretungsanzeige vom 11.08.2015 zu HNr. 6819451 und BSNr. 681945100 die Regressforderung in Höhe von 551.742,20 EUR an die Klägerin zur unmittelbaren Einziehung ab.

Mit Schreiben vom 18.08.2015 hat die Klägerin den Beklagten zur Zahlung des gesamten Betrages in Höhe von 960.441,58 EUR an die Klägerin aufgefordert. Dieser Aufforderung ist der Beklagte bislang nicht nachgekommen.

Mit Schriftsatz vom 04.12.2015 hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht München erhoben mit dem Antrag, den Beklagten zu verpflichten, der Klägerin einen Betrag in Höhe von 960.441,58 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Klageerhebung zu zahlen. Der Umstand, dass die Verfahren letztlich durch alle Instanzen Rechtskraft erlangten, zeige, dass unstrittig sei, dass der Klägerin, die durch die unwirtschaftliche Verordnungsweise geschädigt sei, der Regressbetrag, mithin die Klageforderung zustehe. Gemäß § 52 Abs. 2 Satz 1 BMV-Ä habe die KV Schadensersatzansprüche der Krankenkassen durch Aufrechnung gegen Honorarforderungen des Vertragsarztes zu erfüllen. Soweit eine Aufrechnung nicht möglich sei, weil Honorarforderungen des Vertragsarztes gegen die Kassenärztliche Vereinigung nicht mehr bestehen, habe die KV den Anspruch auf Regress- und Schadensersatzbeträge an die Krankenkassen zur unmittelbaren Einziehung abzutreten. Dem sei die KVB im vorliegenden Verfahren mit den oben genannten Schreiben nachgekommen. Nachdem der Beklagte nicht mehr zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sei, sei die KVB zur Abtretung der Forderungen berechtigt gewesen. Die Tatsache, dass die Krankenkassen Anspruchsinhaber seien, ergebe sich auch aus der Formulierung in § 52 Abs. 2 Satz 1 BMV-Ä, wonach die KVen Schadensersatzforderungen der Krankenkasse an diese zur Einziehung abzutreten haben. Eine unmittelbare Durchsetzung der Regresse/eine Vollstreckung durch die Klägerin gegen den Beklagten scheitere, trotz der eingetretenen Rechtskraft der o. g. Urteile des BayLSG, daran, dass weder die Regressbescheide noch die Urteile im Tenor eine direkte Zahlungsverpflichtung des Beklagten gegenüber der Klägerin beinhalten. Damit fehle es derzeit an einem vollstreckbaren Titel, um die Forderung betreiben zu können, weshalb die vorliegende Klage angezeigt sei. Die Klägerin sei aufgrund vertraglicher Regelungen von den anderen gesetzlichen Krankenkassen mit der Aufgabe betraut - soweit es sich um die Verordnung von Sprechstundenbedarf handle - ,eventuelle Regresse gegenüber den Vertragsärzten auch im Namen der anderen gesetzlichen Krankenkassen durchzusetzen. Der Zinsanspruch ergebe sich aus [§ 69 SGB V](#) i. V. m. [§ 291 BGB](#) i. V. m. [§ 44 SGB I](#). Hierzu hat sich der Beklagte mit Schreiben vom 28.01.2016 geäußert. Die Klage sei unzulässig. Die von der Klägerin beantragten Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regressverfahren würden einen Vertragsbruch und damit einen Verfahrensverstoß darstellen. Der Beklagte habe die Zielvorgaben des zwischen den bayerischen Krankenkassenverbänden und der KVB vereinbarten Arzneimittelprogramms erreicht und sollte vertragsgemäß deshalb vor Regressen geschützt sein (vgl. Schreiben des Prüfungsausschusses vom 10.04.2003 in Anlage). Die Klagen seien auch verjährt. Die Klägerin führe aus, dass der Prüfungsausschuss am 10.08.2005 Regresse in Höhe von 408.699,38 EUR (Quartal 3/01) und von 584.001,59 EUR (Quartal 1/02) festgesetzt habe. Die zugrunde liegenden Wirtschaftlichkeitsprüfungen seien auf Antrag der Klägerin nach dem Durchschnittsverfahren im Sprechstundenbedarf erfolgt. Der Prüfungsausschuss habe den Kläger am 12.09.2002 (zu 3/01) und am 10.04.2003 (zu 1/02) über die Einleitung der Prüfverfahren informiert. Spätestens zu diesem Zeitpunkt sei der Klägerin der - behauptete - Schaden bekannt gewesen. Die Forderungen der Klägerin seien somit verjährt. Der Beklagte habe in den vorangegangenen Regressverfahren darauf hingewiesen, dass er ausschließlich Krebspatienten (Praxisbesonderheit) behandelt habe mit indikationstypischen Wirkstoffen (Zytostatika). Diese seien gemäß Vereinbarungen zwischen KVB und GKV Spitzenverbänden aus dem Prüfverfahren herauszunehmen. Der Beklagte habe in dem Verfahren belegt, dass er aufgrund seiner Sonderbedarfszulassung überwiegend chemotherapeutisch und damit zeitaufwändig tätig gewesen sei und dementsprechend nur bis 300 Patienten im Quartal habe versorgen können, während in der Vergleichsgruppe der Onkologen im Durchschnitt um die 800 Patienten versorgt würden, die aber unstrittig weniger als 100 Chemotherapiepatienten behandeln. Die meisten Patienten der Vergleichsgruppe in beiden Vorverfahren seien Nachsorgepatienten, die keine Therapiekosten verursachen und damit rechnerisch die Durchschnittskosten erheblich reduzieren. Der Beklagte habe die hochpreisigen Zytostatika "aus Wirtschaftlichkeitsgründen" im Sprechstundenbedarf verordnet, nachdem er dazu persönlich vom Leiter des DLZ-Ärzte O. der AOK am 11.11.1998 aufgefordert worden sei. Dabei sei ihm die sogenannte Aufschlagsregelung ausgehändigt worden, die diese Forderung unterstreiche. Die Verordnung von Zytostatika im Sprechstundenbedarf sei mittlerweile wieder obsolet. Die Hintergründe, warum die AOK - zumindest dem Beklagten gegenüber - bis 2003 trotzdem auf die Verordnung im Sprechstundenbedarf bestanden habe, bleibe unklar. Der Klägerin sei aufgrund ihrer Abrechnung der Apothekenrezepte sehr wohl bekannt gewesen, dass die Onkologen der Vergleichsgruppe die Zytostatika nicht als Sprechstundenbedarf, sondern weiterhin als "Arzneimittel" verordneten, die bei einer Durchschnittsprüfung "Sprechstundenbedarf", wie sie die Klägerin beantragt habe, nicht beachtet werden. Die Klägerin hätte auf diese unterschiedliche Verordnungsweise zur Entlastung des Beklagten hinweisen müssen. Dem Beklagten und den Prüfgremien seien diese unterschiedlichen Verordnungsweisen nicht bekannt gewesen. Der beklagte Onkologe habe in die Verordnungen der Vergleichsgruppe keinen Einblick. Er habe nicht gewusst, dass in seiner Durchschnittsprüfung Sprechstundenbedarf die Vergleichsgruppe die hochpreisigen Zytostatika als "Arzneimittel" auf den Namen des Patienten unter Angabe der zuständigen Krankenkasse verordnet habe, die bei der Durchschnittsprüfung Sprechstundenbedarf nicht erfasst worden seien. Diesen Wissensvorsprung habe die Klägerin zum Nachteil des Beklagten in den vorausgegangenen Verfahren vor den Sozialgerichten bewusst zurückgehalten. Den Prüfverfahren im Sprechstundenbedarf und den Urteilen der Sozialgerichte hätten vorsätzlich falsche Voraussetzungen zugrunde gelegen. Mit Schriftsatz vom 04.02.2016 hat der Prozessbevollmächtigte des Beklagten weiter vorgetragen. Die Klägerin behaupte aufgrund fehlerhafter rechtlicher Würdigung, dass der Beklagte im bewussten und gewollten Zusammenwirken mit der Apothekerin F. W. getäuscht haben solle. Damit habe die Klägerin bereits im Jahr 2003 vollständige Tatsachenkenntnis vom Schädiger und vom Schaden gehabt und hätte auf Leistung oder Feststellung klagen müssen. Der Anspruch der Klägerin sei daher verjährt. Die Klägerin habe auch keinen Schaden. Mit der anderweitig betroffenen Frau F. W. habe die Klägerin einen Vergleich über 639.000,00 EUR abgeschlossen. Ein Betrug des Beklagten liege nicht vor. Soweit der Beklagte vom SG München in weiteren Verfahren zu Regressen verurteilt worden sei, werde der Instanzenzug abzuwarten sein.

Hierzu hat sich die Klägerin mit Schriftsatz vom 20.04.2016 geäußert. Hinsichtlich der Einrede der Verjährung sei festzustellen, dass der Beklagte die Anspruchsgrundlage verkenne, aufgrund derer die Klägerin die vorliegende Leistungsklage erhebe. Es gehe gerade nicht um die Verfolgung von Schadensersatzansprüchen aus [§ 823 Abs. 2 BGB](#) i. V. m. [§ 263 StGB](#) wegen Betrugs durch den Beklagten, sondern um die Durchsetzung der inzwischen rechtskräftig festgestellten Regresse wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise von Sprechstundenbedarf des Beklagten in den Quartalen 3/2001 und 1/2002. Die Rechtskraft bzw. das Ausschöpfen des Rechtsweges durch den Beklagten bezüglich der Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren habe die Klägerin abwarten müssen, ebenso wie auch die Forderungsabtretung der rechtskräftig festgestellten Regresse durch die KVB an die Klägerin. Durch ein rechtshängiges Verfahren werde die Verjährung der Ansprüche der KVB bzw. der Krankenkassen in Bezug auf den Regress gehemmt. Die Hemmung entfalle auch nicht deswegen, weil etwa das Verfahren von den Beteiligten nach Anordnung des Ruhens nicht betrieben worden sei. Die Behauptung des Beklagten, der Klägerin sei kein Schaden entstanden, weil sie mit der Apothekerin W. einen Schadensersatzbetrag vereinbart habe, sei falsch. Zum einen sei zu beachten, dass es sich bei dem vom Beklagten vorgelegten Vergleich der Apothekerin gerade um einen anderen Gegenstand handle als im vorliegenden Rechtsstreit. Die Apothekerin habe an alle beteiligten gesetzlichen Krankenkassen Schadensersatz wegen [§ 823 Abs. 2 BGB](#) i. V. m. [§ 263 StGB](#) bezahlt. Hier gehe es aber um Regressforderungen gegen den Beklagten wegen

unwirtschaftlicher Ordnungsweise. Zudem sei zu berücksichtigen, selbst wenn sich die Gegenstände überschneiden würden, dass sich die Zeiträume nur zu einem geringen Teil überschneiden. Der Schadensersatz sei von Frau W. für ein schädigendes Verhalten im Zeitraum 2000 bis 2003 (drei Jahre) bezahlt worden. Im vorliegenden Streit gehe es aber um zwei Quartale 3/2001 und 1/2002. Der restliche Vortrag aus dem Schriftsatz vom 04.02.2016 betreffe materiell-rechtliche Einwendungen gegen den Regress, die aber schon lange präkludiert seien wegen Rechtskraft der hierzu ergangenen Urteile.

Hierzu hat sich der Prozessbevollmächtigte des Beklagten mit Schriftsatz vom 28.04.2016 geäußert. Gegen den Beklagten sei ein Strafbefehl erlassen worden, gegen den er frist- und formgerecht Einspruch eingelegt habe. Der damals beauftragte RA S. habe den Einspruch des Beklagten zurückgenommen, ohne dass er eine Vollmacht gehabt habe und ohne dass er hier gesondert beauftragt gewesen sei. Zwischenzeitlich seien weitere Regressurteile gegen den Beklagten ergangen. Die streitgegenständliche Leistungsklage sei unzulässig. Der Klägerin fehle das Rechtsschutzbedürfnis. Sie hätte gleich auf Feststellung klagen müssen, um so die Verjährung zu unterbrechen. Zudem würden die Regressbescheide einen vollstreckbaren Leistungstenor enthalten. Die Klägerin sei nicht aktiv legitimiert. Sie klage aus abgetretenem Recht, teilweise aus eigenem Recht und gleichzeitig zur Einziehung für andere gesetzliche Krankenkassen und lege dabei eine Abtretungsanzeige der KVB vor. Wenn überhaupt, dann müsste eine Abtretungsvereinbarung im Original vorgelegt werden. Die KVB als Zedentin müsste Forderungsinhaberin sein. Die Forderungsinhaberschaft könne nicht damit begründet werden, dass es an einer Aufrechnungslage fehle. Es möge sein, dass die KVB eine Aufrechnungsbefugnis gehabt habe. Aus einer Aufrechnungsbefugnis folge aber nicht die Anspruchsinhaberschaft. Wenn diese aber nicht bestehe, dann könne auch nichts abgetreten werden. Wenn der Klägerin ein Schaden wirklich entstanden sei, dann habe sie ihren Schaden substantiiert darzulegen und zu beweisen.

Die Klägerin hat sich hierzu nochmals mit Schriftsatz vom 25.05.2016 geäußert. Die Ausführungen zu Punkt 1 seien rechtlich irrelevant, da es inzwischen rechtskräftig festgestellt sei, dass der Beklagte in den Quartalen 3/2001 und 1/2002 unwirtschaftlich gehandelt habe, ein materiell-rechtlicher Vortrag sei daher ausgeschlossen. Eine Verjährung der Regressansprüche sei aufgrund der anhängigen Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren nicht eingetreten (vgl. BSG, z. B. [B 6 KA 5/09 R](#)). Die Regressansprüche würden nicht den Versicherten, sondern den geschädigten Krankenkassen zustehen. Das Recht, diese Regressansprüche durchzusetzen, besitze zunächst die KVB. Regressansprüche würden, solange ein Arzt tätig sei, gegen seine Honoraransprüche aufgerechnet. Wenn der Arzt nicht mehr zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sei, so dass die Regressforderung durch die KVB nicht mehr vom Honorar abgezogen werden könne, werde der Anspruch von der KVB an die Krankenkasse zur eigenen Durchsetzung abgetreten (§ 52 BMV-Ä). Der Beklagte spekuliere, nach Wiedererhalt der Approbation auch wieder Honorarleistungen der KVB zu erhalten. Nachdem sich der Beklagte seit vielen Jahren jeglichen Einigungsversuchen verweigere, den von ihm verursachten finanziellen Schaden wieder gut zu machen, wäre ein erneuter Antrag auf kassenärztliche Zulassung nahezu chancenlos.

Hierzu hat sich der Beklagte mit Schriftsatz vom 23.05.2016 nochmals geäußert. Der Beklagte vertieft in dem Schriftsatz nochmals seine Darlegungen zum Thema Prozessbetrug durch die AOK, Verjährung des Begehrens der AOK und Deckung der Regressforderungen an den Beklagten mit dem Regress der Apothekerin und zum Thema Vereinbarkeit von Regress und Betrug.

Das Sozialgericht München hat mit Gerichtsbescheid vom 06.07.2016 den Beklagten verurteilt, an die Klägerin 960.441,58 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 % über dem jeweiligen Basiszinssatz ab 08.12.2015 zu zahlen. Die Klage sei als Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) zulässig. Insbesondere bestehe ein Rechtsschutzbedürfnis der Klägerin. Gemäß [§ 66 Abs. 4 Satz 1 SGB X](#) könne die Zwangsvollstreckung aus einem Verwaltungsakt in entsprechender Anwendung der Vorschriften der ZPO erfolgen. Nach allgemeinen Vollstreckungsgrundsätzen müssten sich jedoch aus dem Vollstreckungstitel u. a. Vollstreckungsgläubiger und -schuldner bestimmt oder bestimmbar ergeben. Dies sei vorliegend nicht der Fall, da sich aus den Bescheiden des Beschwerdeausschusses Ärzte Bayern vom 13.07.2006 die Position der Klägerin als Vollstreckungsgläubigerin der geltend gemachten Regressansprüche nicht entnehmen lasse. Die Klägerin sei aktiv legitimiert. Gemäß [§ 75 Abs. 1 SGB V](#) hätten die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung die vertragsärztliche Versorgung in dem in [§ 73 Abs. 2 SGB V](#) bezeichneten Umfang sicher zu stellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspreche. Inhalt der Gewährleistungspflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen sei u. a., dass sie bei Verstößen gegen vertragsärztliche Pflichten den Krankenkassen hieraus zustehende Schadensersatz- und Regressforderungen gegen den betreffenden Vertragsarzt im Wege der Aufrechnung mit dessen Honorarforderungen geltend machen. Im Verhältnis zwischen der KVB und der Klägerin regle § 10 Abs. 2 des Gesamtvertrags, dass Regressbeträge im laufenden Kontokorrentverkehr verrechnet werden, d. h. der Anspruch der Klägerin auf rechtswirksame Regressbeträge im Wege der Verrechnung mit Forderungen der KVB gegen die AOK Bayern erfüllt werde. Die die KVB treffende Gewährleistungspflicht auch für gegen den einzelnen Vertragsarzt festgesetzte Regressbeträge ende jedoch, wenn eine Verrechnung gegen Honorarforderungen des Vertragsarztes nicht mehr möglich sei. In diesem Falle erlaube § 52 Abs. 2 Satz 2 BMV-Ä die Abtretung der Regressforderung der KV an die Krankenkassen. Diese Abtretung sei durch die KVB am 11.05.2016 hinsichtlich der Regressforderung für das Quartal 3/2001 in Höhe von 408.699,38 EUR und am 11.08.2015 hinsichtlich der Regressforderung für das Quartal 1/2002 erklärt worden. Von der Annahme der Abtretungserklärung durch die Klägerin sei auszugehen, wenn sie die in den Abtretungserklärungen bezeichneten Forderungen nun im Klagewege geltend mache. Eine ausdrückliche Annahme der Abtretungserklärungen der KVB sei nicht erforderlich. Bei Regressen wegen der unwirtschaftlichen Verordnung von Sprechstundenbedarf sei zu beachten, dass nach Abschnitt I 1 und II 1 der Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung vom 01.04.1999 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse - dem Arbeiter-Ersatzkassenverband e. V. - Landesvertretung Bayern -, dem BKK-Landesverband Bayern, der Bundesknappschaft Verwaltungsstelle München, dem Funktionellen Landesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen und Pflegekassen in Bayern, dem Landesverband der Innungskrankenkassen in Bayern und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. - Landesvertretung Bayern - der Sprechstundenbedarf zu Lasten der für den Vertragsarztsitz zuständigen AOK zu verordnen sei. Dementsprechend sei in der Vereinbarung über die Ermittlung und Aufteilung der Verwaltungskosten für die Abwicklung und die Umlage des Sprechstundenbedarfs zwischen der Klägerin und dem BKK-Landesverband Bayern, der Knappschaft Regionaldirektion, dem funktionellen Landesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen und Pflegekassen in Bayern, der Signal Iduna IKK und den Ersatzkassen in § 2 Abs. 2 auch geregelt, dass Rechnungen der Apotheken-Rechenzentren und Apotheken durch die Klägerin sachlich und rechnerisch geprüft und bezahlt werden. Auch die Stellung von Anträgen zur Prüfung unwirtschaftlicher Ordnungsweise und die Führung von damit in Zusammenhang stehenden Widerspruchs- und Gerichtsverfahren sei der Klägerin übertragen. Dementsprechend sei auch für die Durchführung von Regressforderungen wegen unwirtschaftlich verordneten Sprechstundenbedarfs diese allein legitimiert. Die Einwendungen gegen die Rechtmäßigkeit der Bescheide des Beschwerdeausschusses Bayern vom 13.07.2006 und der diese bestätigenden Urteile des Sozialgerichts München vom 25.04.2012 (S 21 KA 230/10 und 232/10) und des Landessozialgerichts München

vom 25.06.2014 ([L 12 KA 116/12](#) und [L 12 KA 117/12](#)) seien im hiesigen Verfahren wegen der Bindungswirkung nach [§ 77 SGG](#) unbeachtlich. Die von der Klägerin geltend gemachten Forderungen gegen den Beklagten seien auch nicht durch die Zahlungen der Apothekerin F. W. ganz oder teilweise erfüllt. Es sei durch den Beklagten nicht vorgetragen oder auch sonst nicht ersichtlich, dass die Apothekerin mit den im Vergleich zwischen ihr und den Krankenkassen vom 15.06.2005 vereinbarten Zahlungen eventuelle Regressforderungen der Klägerin oder anderer Krankenkassen gegenüber dem Beklagten habe tilgen wollen. Dem Wortlaut des Vergleiches sei vielmehr zu entnehmen, dass die vereinbarten Zahlungen auf einer Retaxation der Abrechnung der Apothekerin gegenüber der Klägerin beruhen und der Vergleich somit allein Forderungen der Klägerin gegenüber der Apothekerin betreffe. Die Forderungen der Klägerin seien nicht verjährt. Bei den Regressforderungen wegen unwirtschaftlicher Verordnung von Sprechstundenbedarf handele es sich nicht um Ansprüche der Patienten gegen den Beklagten, welche auf die Klägerin übergegangen wären, sondern um originäre, auf [§§ 75, 106 SGB V](#) beruhende öffentlich-rechtliche Ansprüche der Klägerin. Diese Ansprüche seien im Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach [§ 106 SGB V](#) i. V. m. der jeweils gültigen Prüfvereinbarung durch Verwaltungsakt festzusetzen gewesen. Nach [§ 52 Abs. 1 SGB X](#) hemme ein Verwaltungsakt, der zur Feststellung oder Durchsetzung des Anspruchs eines öffentlich-rechtlichen Rechtsträgers erlassen worden sei, die Verjährung dieses Anspruchs. Die Hemmung ende mit Eintritt der Unanfechtbarkeit des Verwaltungsakts. Die Unanfechtbarkeit der Bescheide des Beschwerdeausschusses vom 13.07.2006 sei mit den Beschlüssen des Bundessozialgerichts vom 11.02.2015 (Az.: [B 6 KA 51/14 B](#) und [B 6 KA 52/14 B](#)) eingetreten. Nach Eintritt der Unanfechtbarkeit betrage die Verjährungsfrist nach [§ 52 Abs. 2 SGB X](#) 30 Jahre. Der von der Klägerin geltend gemachte Zinsanspruch ergebe sich aus [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) i. V. m. den [§§ 291](#) Sätze 1 und 2, [288 Abs. 1 Satz 2 BGB](#).

Hiergegen richtet sich die Berufung des Beklagten vom 13.07.2016 zum Bayer. Landessozialgericht, die mit Schriftsatz vom 04.10.2016 näher begründet wurde. Die Schadenssumme sei von der anderweitig verfolgten Frau W. verursacht und von dieser zum Großteil ausgeglichen worden. Die Apothekerin W. habe nach dem Kenntnisstand des Beklagten zuletzt 650.000,00 EUR ausweislich des Strafbefehls als Schadenswiedergutmachung gezahlt. Würde der Senat den Beklagten nun zur Zahlung von 950.000,00 EUR verurteilen, dann erhalte die Klägerin 650.000,00 EUR und einen Titel über 950.000,00 EUR, mithin 1,6 Millionen EUR. Die Klägerin wäre bereichert, was mit den Grundprinzipien des Schadensrechts nicht in Einklang zu bringen wäre. Überdies fehle der Klage das Rechtsschutzbedürfnis und die Klägerin sei auch nicht aktiv legitimiert. Die Ansprüche seien zudem verjährt. Die Klägerin hätte gleich auf Schadensersatz klagen können. Ansprüche aus Delikt würden in drei Jahren ab Kenntnis verjähren. Die Klägerin sei sich bewusst gewesen, im Gegensatz zu den Sozialgerichten und zum Beklagten, dass nur ein Teil der Onkologen seit 1999 die Zytostatika auf ausdrückliches Verlangen der AOK im anonymen Sprechstundenbedarf verordnet habe, während wohl die Mehrzahl der Ärzte weiterhin "Arzneimittel" auf Einzelrezepte und Namen des Patienten verordnet habe. Bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Sprechstundenbedarf hätten diejenigen Ärzte, die im Sprechstundenbedarf verordnet hätten, über dem aus beiden Gruppen berechneten Durchschnitt gelegen und seien zu Regresszahlungen verurteilt worden, während diejenigen Ärzte, die als Arzneimittel verordnet hätten, bei der Prüfung "Arzneimittel" den Durchschnitt überschritten hätten. Damit habe sich die Klägerin die Regressurteile durch falschen Sachvortrag erschlichen. Der Beklagte solle rechtswidrig zwei Verfahren unterworfen werden. Im ersten trage die Klägerin ohne prozessuales Risiko an den Prüfungsausschuss fern liegende Forderungen heran, die sich aus einer 17.000-fachen Überschreitung des durchschnittlichen Verordnungsvolumens einer Vergleichsgruppe ergebe. Dabei werde unterschlagen, dass bei der Vergleichsgruppe manipuliert worden sei und dass die Herstellungskosten, die ebenfalls Bestandteil der Vorverfahren gewesen seien, bereits in Form eines Apothekenregresses eingetrieben worden seien und dass die Einzelverordnungen alle ordnungsnotwendig im Sinne des SGB V gewesen seien. Die Klägerin führe aus, dass es sich "beim Vergleich mit der Apothekerin gerade um einen anderen Gegenstand handele als im vorliegenden Rechtsstreit". Es handele sich jedoch um dieselben Herstellungskosten der Zytostatika, die von der Apothekerin zurückgefordert seien, die aber auch Bestandteil der Durchschnittsprüfung des Arztes bei den Verordnungsverfahren seien und in den Regressforderungen aufgegangen seien. Der Arzt sei aufgrund des immensen Aufwandes berechtigt, mit der Zubereitung der Zytostatika die Apotheke zu beauftragen. Wäre die Herstellung der Infusionslösungen in der Onkologie Aufgabe des Arztes, so hätte sie Bestandteil des zwischen den Verbänden der Krankenkassen und der KBV geschlossenen Mantelvertrages sein müssen, was sie aber nicht sei. Die Klägerin räume in ihrem Schreiben vom 20.04.2016 selbst ein, dass doppelt kassiert werden solle: Zudem sei zu berücksichtigen, selbst wenn sich die Gegenstände überschneiden würden, dass sich die Zeiträume nur zu einem geringen Teil überschneiden würden. Trotzdem werde bald vollständige Deckung erreicht werden, denn die Klägerin habe bereits für vier weitere Quartale Zahlungsaufforderung an den Beklagten gestellt. Die Klägerin habe bisher immer noch nicht dargelegt, welche Forderungen dem Betrug und welche der Wirtschaftlichkeitsprüfung im Durchschnittsverfahren zuzuordnen seien. Die Klägerin habe in den Vorverfahren den rechtskräftigen Strafbefehl wegen Betrugs benutzt, um ihre Forderungen aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu legitimieren und durchzusetzen. Um Transparenz zu schaffen, müsste die Klägerin offen legen, welche Kosten/Forderungen sie dem Betrug zuordne.

Der Beklagte hat mit Schriftsatz vom 04.11.2016 vorgetragen, dass es für den Senat zwei Haftungsvarianten gebe. Einerseits die Annahme eines Regresses wegen Unwirtschaftlichkeit, nicht wegen Betrugs. Der Senat werde sich dann mit allen Einwendungen/Einreden des Beklagten auseinandersetzen müssen. Bei Annahme einer Haftung wegen Betruges wäre die Klage (zumindest) wegen Verjährung abzuweisen gewesen, da Regressbescheide wegen Unwirtschaftlichkeit eine Haftung wegen Betrug nicht hemmen könnten. Der Beklagte bestreite weiterhin, unwirtschaftlich gehandelt zu haben. Nach neuester Rechtsprechung des BSG könne Umsonstarbeit nur im Rahmen des Zumutbaren abverlangt werden. Für die Frage der Zumutbarkeit sei die Anlage 3 des Vertrages zur Hilfstaxe für Apotheker heranzuziehen. Der Zuschlag sei von 16 EUR (Stand: 01.01.2004) auf 53 EUR (Stand: 01.01.2006) angehoben worden. Wenn der Apotheke die Umsonstarbeit mit 13 EUR nicht zumutbar gewesen sei, dann wüsste der Beklagte schon gerne, worin der Schaden der Kassen liegen solle. Mit Schriftsatz vom 07.11.2016 hat der Beklagte geltend gemacht, dass die Klägerin offenbar unter Einschaltung des Gerichts versuche, einen Schaden darzustellen, den es in der Höhe gar nicht gebe. Frau W. von der S.-Apotheke habe der Klägerin gemäß der Vereinbarung vom 15.06.2005 wegen des Komplexes Zytostatika 2000-2003 einen Betrag in Höhe von 639.000,00 EUR erstattet. In dieser Höhe sei die Klage schon mangels Schaden aussichtslos. Aus der Vereinbarung gehe weiter hervor, dass die Barmer Ersatzkasse und die KKH in Höhe von 92.977,85 EUR geschädigt gewesen seien, die vorliegend gar nicht geklagt hätten.

Der Beklagte stellt den Antrag, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts München aufzuheben und die Klage der Klägerin abzuweisen.

Die Klägerin stellt den Antrag, die Berufung des Beklagten zurückzuweisen.

Dem Senat liegen die Akte des Sozialgerichts München [S 21 KA 1237/15](#) und die Akte des Bayer. Landessozialgerichts [L 12 KA 70/16](#) zur Entscheidung vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren weiteren Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Beklagten ist zulässig, aber nicht begründet.

Der Senat stimmt der erstinstanzlichen Entscheidung vom 06.07.2016 in vollem Umfang zu und weist die Berufung deshalb aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung als unbegründet zurück ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Dies gilt zunächst hinsichtlich des im Rahmen der Zulässigkeit der Klage bejahten Rechtsschutzbedürfnisses der Klägerin für die streitgegenständliche Zahlungsklage zur Erlangung eines vollstreckbaren Titels gegen den Beklagten. Aus den Regressbescheiden bez. Sprechstundenbedarf (Quartale 3/2001 und 1/2002) vom 13.07.2006 ergibt sich weder aus den Bescheidenören noch aus den Entscheidungsgründen, wer Vollstreckungsgläubiger der Forderungen ist. Im Rahmen der Begründetheit der Klage ist die Klägerin allein aktiv legitimiert.

Diesbezüglich ist zunächst festzustellen, dass der übliche Weg der Realisierung von Regressansprüchen, nämlich deren Verrechnung im laufenden Kontokorrentverfahren (vgl. § 10 Abs. 2 Gesamtvertrag Bayern sowie § 52 Abs. 2 Satz 1 BMV-Ä) vorliegend verschlossen war, weil die Zulassungsentziehung des Beklagten zur vertragsärztlichen Versorgung bereits im Jahre 2009 mit Rücknahme der Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des Senats vom 04.02.2009 ([L 12 KA 492/07](#)) erfolgte, während die Regressentscheidungen bez. Sprechstundenbedarf in den Quartalen 3/2001 und 1/2002 vom 13.07.2006 erst mit den Beschlüssen des BSG vom 11.02.2015 ([B 6 KA 51/14 B](#), [B 6 KA 52/14 B](#)) bestandskräftig wurden.

Daher hat die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns zu Recht den in § 52 Abs. 2 Satz 2 BMV-Ä vorgesehenen Weg der Abtretung der Regressforderungen an die Klägerin beschritten. Da die KVB nicht selbst Inhaber der Regressforderungen war, sondern diese nur im Wege der Verrechnung durchsetzen wollte, kann die Krankenkasse die Abtretung nicht ablehnen. Vielmehr reicht es aus, dass die KV der Krankenkasse mitteilt, dass sie die Forderung nicht durch Aufrechnung erfüllen kann. Abgesehen davon ist das SG zu Recht davon ausgegangen, dass die Klägerin die Abtretungserklärungen der KVB vom 11.05.2016 bez. der Regressforderung Sprechstundenbedarf für das Quartal 3/2001 in Höhe von 408.699,38 EUR und am 11.08.2016 bez. Regressforderung Sprechstundenbedarf für das Quartal 1/2002 in Höhe von 551.742,20 EUR jedenfalls durch Geltendmachung im Klagewege konkludent angenommen hat.

Hinzu kommt, dass gemäß Abschnitt I 1 und II 2 der Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung vom 01.04.1999 der Sprechstundenbedarf zu Lasten der für den Vertragsarztsitz zuständigen AOK zu verordnen ist und Rechnungen der Apothekenzentren und Apotheken durch die Klägerin sachlich und rechnerisch überprüft werden (§ 2 Abs. 2 der Vereinbarung über die Ermittlung und Aufteilung der Verwaltungskosten für die Abwicklung und die Umlage des Sprechstundenbedarfs). Dies umfasst auch die Stellung von Prüfanträgen wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise und das Führen von Widerspruchs- und Gerichtsverfahren. Entgegen der Auffassung des Beklagten sind Einwendungen oder Einreden gegen die bestandskräftig gewordenen Bescheide des Beschwerdeausschusses vom 13.07.2006 wegen [§ 77 SGG](#) ausgeschlossen. Diese Einwendungen bez. Einreden konnte und hat der Beklagte bereits in den Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung - erfolglos - vorgetragen. Eine Verjährung der Forderungen aus den erst mit den Beschlüssen des BSG vom 11.02.2015 (Az.: [B 6 KA 51/14 B](#) und [B 6 KA 52/14 B](#)) bestandskräftig gewordenen Bescheiden des Beschwerdeausschusses vom 13.07.2006 liegt im Hinblick auf die 30-jährige Verjährungsfrist des [§ 52 Abs. 2 SGB X](#) nicht vor.

Dem Beklagten kommt auch nicht die durch die Apothekerin W. erfolgte Zahlung von 639.000,00 EUR an die Klägerin zugute.

Hierzu hat das SG zunächst zutreffend darauf hingewiesen, dass diese Zahlung der Apothekerin W. zur Tilgung ihrer Schuld aus der Vereinbarung mit der Klägerin und anderen Krankenkassen vom 15.06.2005 diene und nicht etwa der Tilgung von Verpflichtungen des Beklagten aus Regressen wegen unwirtschaftlicher Verordnung von Sprechstundenbedarf. Die Zahlung der Apothekerin W. hat auch keine Gesamtwirkung unter dem Gesichtspunkt einer Gesamtschuldnerschaft zugunsten des Beklagten.

Es liegt hinsichtlich der Apothekerin W. und dem Beklagten weder ein Fall einer gesetzlich angeordneten Gesamtschuld (insb. [§ 840 Abs. 1 BGB](#)) vor noch sind die Voraussetzungen für eine analoge Anwendung der Regeln über die Gesamtschuld gegeben.

Abgesehen davon steht auch diesem Vorbringen die Bindungswirkung der bestandskräftigen Bescheide des Beschwerdeausschusses vom 13.07.2006 entgegen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 3. Halbsatz i.V.m. [§ 154 Abs. 2 VwGO](#).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2017-10-18