

## S 12 KA 232/16

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
SG Marburg (HES)  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
12  
1. Instanz  
SG Marburg (HES)  
Aktenzeichen  
S 12 KA 232/16  
Datum  
19.10.2016  
2. Instanz  
Hessisches LSG  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-

Kategorie  
Gerichtsbescheid  
Leitsätze

Die Rückübertragung bzw. „Abtretung“ nach § 52 Abs. 2 Satz 3 BMV-Ä bewirkt nicht nur die Abtrennung des Teils der Gesamtforderung, der auf die einzelne Krankenkasse entfällt, sondern berechtigt auch die einzelne Krankenkasse, den auf sie entfallenden Teil der Gesamtforderung selbst gegenüber dem Arzt geltend zu machen. Der Verteilungsquote kommt insofern keine Außenwirkung zu, als diese nur das Innenverhältnis der Gläubiger der Forderungen gegenüber dem Arzt, also nur das Innenverhältnis der Krankenkassen betrifft, nicht aber das Verhältnis des Arztes zu der einzelnen Krankenkasse. Insofern bedarf es keiner besonderen Spezifizierung der einzelnen Forderung der Krankenkasse, sondern kommt es allein auf den Umfang der Rückübertragung bzw. „Abtretung“ an.

1. Der Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 17.935,54 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 %-Punkten über dem Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit 13.05.2016 zu zahlen.

2. Der Beklagte hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

3. Der Streitwert wird auf 17.935,54 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine Forderung aufgrund von Regressen wegen Verordnung von Arzneimitteln nach Entziehung der vertragsärztlichen Zulassung im Zeitraum September 2006 bis 2009 in Höhe von 17.935,54 EUR nach einer Rückübertragung auf die Krankenkasse.

Die Klägerin ist eine gesetzliche Krankenkasse. Der Beklagte war als Facharzt für Allgemeinmedizin zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in C-Stadt zugelassen. Seine Zulassung endete am 21.06.2005 durch Entziehung.

Die Klägerin hat am 10.05.2016 die Klage über das SG Frankfurt a. M. erhoben, das mit Beschluss vom 03.06.2016 - S 1 SV 11/16 - die Klage an das SG Marburg verwiesen hat. Die Klägerin trägt zur Begründung vor, die beigeladene Kassenärztliche Vereinigung Hessen habe gegen den Beklagten für die Quartale I/95 bis IV/03 verschiedene zwischenzeitlich bestandskräftige Regresse festgesetzt. Die auf sie, die Klägerin, entfallenden Anteile habe die Kassenärztliche Vereinigung Hessen mit mehreren Schreiben vom 31.10.2012 an sie zur unmittelbaren Einziehung abgetreten. Mit ihrer Leistungsklage begehre sie einen Titel, mit dem sie den insgesamt auf sie entfallenden Regressbetrag liquidieren könne. Eine Grundlage für einen Vertrauensschutz gebe es nicht. Über evtl. Einbehalte seitens der Beigeladenen sei diese rechenschaftspflichtig.

Die Klägerin beantragt,  
den Beklagten zu verurteilen, an sie 17.935,54 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5%-Punkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

Der Beklagte beantragt,  
die Klage abzuweisen.

Er trägt vor, die Klägerin sei nicht aktivlegitimiert. Eine Abtretung durch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen sei nicht möglich gewesen, da die Verfahren von den Wirtschaftlichkeitsprüfungsgremien festgesetzt worden seien. Die Höhe der Forderungen sei nicht nachvollziehbar, sie ergebe sich nicht aus den einzelnen Regressbeträgen. Es sei auch Verjährung eingetreten, da die Abtretung vier Jahre nach rechtskräftigem

Abschluss des zugrundeliegenden Verfahrens erklärt worden sei. Er habe sein Leben darauf eingestellt, dass von den Forderungen abgesehen werde. Er habe sich auch bereit erklärt, dass monatlich 500 EUR von seinen EHV-Bezügen einbehalten werden. Die Beigeladene habe Beträge einbehalten, wenn auch nicht in voller Höhe des genannten Betrags. Es sei unklar, wieviel von dem Einbehalt auf die Klägerin entfalle.

Die Beigeladene ist der Auffassung, auf der Grundlage des § 52 BMV-Ä sei sie zur Abtretung berechtigt gewesen, da sie ursprüngliche Forderungsinhaberin gewesen sei. Dem Beklagten sei wiederholt deutlich gemacht worden, dass die Forderung nach wie vor geltend gemacht werde. Dass der Beklagte sein Einverständnis erklärt habe, dass monatlich 500 EUR von seinen EHV-Bezügen einbehalten werden, entziehe sich ihrer Kenntnis. Seit dem 01.07.2005 erfolge ein Einbehalt von EHV-Leistungen, jedoch nur in Höhe des jeweils pfändbaren Betrags. Sie habe dem Beklagten wiederholt die einbehaltenen Beträge mitgeteilt. Der Beklagte habe aber in der Vergangenheit die Abtretung von EHV-Ansprüchen in Höhe von monatlich 500 EUR an seinen Prozessbevollmächtigten, die zwischenzeitlich erledigt sei, und Frau D. erklärt. Der Beklagte habe trotz Anfrage nicht dargelegt, ob diese Abtretung nicht mehr gelte. Sie könne daher die einbehaltenen Beträge nicht zur Befriedigung der Ansprüche der Krankenkassen verwenden.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichtsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer konnte ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid entscheiden, weil die Sache keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufweist und der Sachverhalt geklärt ist ([§ 105 Abs. 1 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz SGG](#)). Die Kammer hat die Beteiligten hierzu mit Verfügung vom 28.09.2016, der Klägerin am 30.09.2016 mit Empfangsbekanntnis und dem Prozessbevollmächtigten des Beklagten mit Postzustellungsurkunde am 04.10.2016 zugestellt, angehört.

Die Klage ist zulässig, denn sie ist insbesondere form- und fristgerecht bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben worden.

Die Klage ist auch begründet. Die Klägerin hat einen Zahlungsanspruch gegenüber dem Beklagten in Höhe von 17.935,54 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5%-Punkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit.

Die Klägerin ist aktivlegitimiert. Rechtsgrundlage sind die verschiedenen, von der Beklagten genannten Bescheide des Beschwerdeausschusses der Ärzte und Krankenkassen in Hessen bzw. der vor dem LSG Hessen geschlossene Vergleich. Die darin festgestellten Regressforderungen der Krankenkassen gegenüber dem Kläger werden von diesem weder grundsätzlich noch in der Höhe bestritten. Sie sind zwischenzeitlich bestandskräftig geworden. Inhaber dieser Forderungen sind die Krankenkassen. Soweit die Beigeladene zur Einziehung berechtigt war, hat sie in Höhe der geltend gemachten Forderung die Regressforderungen an die Klägerin wieder durch die Schreiben vom 31.10.2012 rückübertragen.

Die Prüfungsgremien entscheiden, ob der Vertragsarzt gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat und welche Maßnahmen zu treffen sind ([§ 106 Abs. 5 SGB V](#)). Anders als bei der Erstattung ärztlicher Vergütung steht der Anspruch auf Ersatz eines sonstigen Schadens oder der Kosten, die der Krankenkasse aufgrund unwirtschaftlicher ärztlicher Verordnungen entstanden sind, unmittelbar der Krankenkasse gegenüber dem einzelnen Vertragsarzt zu. Die Krankenkasse verlangt in diesem Fall von dem Arzt auch nicht die Rückzahlung von Honorar. Vielmehr geht es um den Ersatz eines der Krankenkassen entstandenen Schadens, den der Arzt verursacht hat. Das gilt auch für den Verordnungsregress, bei dem es sich um einen besonderen Typus des Schadensersatzanspruchs handelt. Der Umstand, dass der Verordnungsregress eine Maßnahme der Wirtschaftlichkeitsprüfung i. S. des [§ 106 SGB V](#) ist und dass es deshalb - anders als beim Ersatz eines sonstigen Schadens i. S. des § 48 BMV-Ä - auf ein Verschulden des Arztes nicht ankommt, steht dem nicht entgegen. Aus der Trennung der Rechtskreise mit typischerweise fehlenden unmittelbaren Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Arzt folgt für den Verordnungsregress oder den Ersatz eines sonstigen Schadens nur, dass die Krankenkasse ihre Ansprüche nicht unmittelbar gegenüber dem Arzt mit der Leistungsklage geltend machen kann, sondern darauf angewiesen ist, ein Verfahren bei den Prüfungsgremien einzuleiten, aus dessen Ergebnis ein entsprechender Regress gegenüber dem Arzt festgesetzt werden kann. Dies ändert jedoch nichts daran, dass auch die Prüfungsgremien in dieser Konstellation nicht über einen Anspruch der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber dem Arzt, sondern über einen Anspruch unmittelbar der Krankenkasse gegenüber dem Arzt entscheiden. Von daher haftet die Kassenärztliche Vereinigung für Ansprüche von Krankenkassen, die auf Ersatz eines Schadens gerichtet sind. Dasselbe gilt für Ansprüche einer Krankenkasse aufgrund einer Wirtschaftlichkeitsprüfung, die nicht das ärztliche Honorar, sondern das Verordnungsverhalten des Arztes zum Gegenstand hat (vgl. BSG, Urt. v. 28.10.2015 [B 6 KA 15/15 R](#) - SozR 4-2500 § 106 Nr. 52, juris Rdnr. 13 ff. m.w.N.).

Soweit § 52 Bundesmantelvertrag - Ärzte (BMV-Ä) in Absatz 1 bestimmt, dass über die Erfüllung von nachgehenden Berichtigungsansprüchen sowie Schadenersatzansprüchen aus Feststellungen der Prüfungsgremien die Vertragspartner der Gesamtverträge und die Vertragspartner der Prüfvereinbarung nähere Regelungen treffen, handelt es sich um bloße Einziehungsregelungen, die der Krankenkasse die Durchsetzung ihrer Ansprüche erleichtern, aber eine Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigung nur bezogen auf die ordnungsgemäße Durchführung des Verfahrens und die anschließende Abführung des Erlöses an die Krankenkasse begründen. Das Risiko, dass die Forderung der Krankenkasse nicht auf dem Weg über eine Verrechnung mit Honoraransprüchen des Arztes realisiert werden kann, wird dagegen nicht auf die Kassenärztliche Vereinigung übertragen. Wenn eine Aufrechnung mit Honoraransprüchen nicht erfolgen kann, weil Honorarforderungen des Vertragsarztes gegen die Kassenärztliche Vereinigung nicht mehr bestehen, tritt die Kassenärztliche Vereinigung den Anspruch auf Regress- und Schadenersatzbeträge an die Krankenkasse zur unmittelbaren Einziehung ab (§ 52 Abs. 2 Satz 3 BMV-Ä). In dieser Rückübertragung der Zuständigkeit für die Geltendmachung von Ansprüchen ist keine Abtretung i. S. des [§ 398 BGB](#) zu sehen, weil nicht die Kassenärztliche Vereinigung, sondern die Krankenkasse Inhaber der Forderung ist und weil die Übertragung nach dem Inhalt der Regelung einseitig durch die Kassenärztliche Vereinigung ohne eine Vereinbarung mit der Krankenkasse erfolgt (vgl. BSG, Urt. v. 28.10.2015 - [B 6 KA 15/15 R](#) - a.a.O. Rdnr. 13 ff. m.w.N.).

Mit den Schreiben vom 31.10.2012 hat die Beigeladene den Teil der Forderungen aller Krankenkassen, der auf die Beklagte entfällt, spezifiziert bzw. bestimmt. Dabei folgt sie der ab 01.01.2008 geltenden Prüfvereinbarung (PV). Nach § 27 Abs. 1 Satz 2 und 3 PV gelten § 52 Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 48 Abs. 2 EKV. Bleibt die Einziehung erfolglos, tritt die Kassenärztliche Vereinigung die Forderung ab und übermittelt die zuletzt bekannte Privatanschrift des Arztes. Nach § 27 Abs. 4 Satz 2 PV erfolgt die Aufteilung eines rechtskräftig festgesetzten Regresses

ausschließlich unter den Krankenkassen, die in den jeweiligen Prüfverfahren die notwendigen Prüfunterlagen/Daten zur Verfügung gestellt haben.

Die Rückübertragung bzw. "Abtretung" bewirkt nicht nur die Abtrennung des Teils der Gesamtforderung, der auf die einzelne Krankenkasse entfällt, sondern berechtigt auch die einzelne Krankenkasse, den auf sie entfallenden Teil der Gesamtforderung selbst gegenüber dem Arzt geltend zu machen. Der Verteilungsquote kommt insofern keine Außenwirkung zu, als diese nur das Innenverhältnis der Gläubiger der Forderungen gegenüber dem Arzt, also nur das Innenverhältnis der Krankenkassen betrifft, nicht aber das Verhältnis des Arztes zu der einzelnen Krankenkasse. Der Arzt bleibt hinreichend dadurch geschützt, dass insgesamt kein höherer Betrag als durch die Prüfungsgremien festgesetzt, ihm gegenüber geltend gemacht werden kann. Insofern bedarf es keiner besonderen Spezifizierung der einzelnen Forderung der Krankenkasse, sondern kommt es allein auf den Umfang der Rückübertragung bzw. "Abtretung" an. Von daher brauchte die Kammer nicht die Verteilungsquote bzw. die Höhe der einzelnen Beträge weiter zu überprüfen, da mit den Schreiben vom 31.10.2012 die Rückübertragung der Regressforderung auf die Klägerin im Umfang ihrer Klageforderung nachgewiesen ist.

Verjährung ist nicht eingetreten. Es gilt eine Verjährungsfrist von 30 Jahren.

Ein Verwaltungsakt, der zur Feststellung oder Durchsetzung des Anspruchs eines öffentlich-rechtlichen Rechtsträgers erlassen wird, hemmt die Verjährung dieses Anspruchs. Die Hemmung endet mit Eintritt der Unanfechtbarkeit des Verwaltungsakts oder sechs Monate nach seiner anderweitigen Erledigung ([§ 52 Abs. 1 SGB X](#)). Ist ein Verwaltungsakt im Sinne des Absatzes 1 unanfechtbar geworden, beträgt die Verjährungsfrist 30 Jahre ([§ 52 Abs. 2 SGB X](#)). Bei der festgesetzten und rückübertragenen Regressforderung der Klägerin handelt es sich um vermögensrechtliche Ansprüche eines solchen Rechtsträgers, die dem öffentlich-rechtlichen Recht zuzuordnen sind (vgl. BSG, Ur. v. 06.11.2002 - [B 6 KA 9/02 R](#) - [SozR 3-2500 § 81 Nr. 9](#), juris Rdnr. 19). Alle Bescheide tenorieren bestimmte DM- bzw. Euro-Beträge und bedurften keiner weiteren Umsetzung durch Konkretisierung des Zahlbetrags. Damit können die Bescheide des Beschwerdeausschusses 30 Jahre nach Eintritt der Bestandskraft noch vollzogen werden. Insofern kann auch innerhalb dieser Frist eine Rückübertragung auf die einzelne Krankenkasse und deren Geltendmachung durch diese erfolgen.

Für den Vergleich vor dem LSG Hessen gilt gleichfalls eine Verjährungsfrist von 30 Jahren.

Bei der Verjährung von Ansprüchen aus Leistungsbeschaffungsbeziehungen des SGB V ist grundsätzlich nicht über [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) auf die Verjährungsregelungen des BGB zurückzugreifen. Die sozialrechtliche Verjährungsfrist von vier Jahren gilt für alle gegenseitigen Rechte und Pflichten zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. Sie erfasst auch öffentlich-rechtliche Erstattungsansprüche wegen etwaiger Überzahlung von Vergütungsansprüchen. Die Verjährungsvorschriften des BGB sind nicht entsprechend anwendbar, weil die Verjährungsfragen schon aus dem 4. Kapitel des SGB V und den hierfür geltenden allgemeinen Rechtsprinzipien zu beantworten sind (vgl. Engelmann in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, [§ 69 SGB V](#), Rdnr. 45 m. w. N. zur BSG-Rspr.).

Nach [§ 197 Abs. 1 Nr. 4 BGB](#) gilt eine dreißigjährige Verjährungsfrist für Ansprüche aus vollstreckbaren Vergleichen oder vollstreckbaren Urkunden. Diese Vorschrift ist aber über [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) anwendbar, da das SGB V bzw. das SGB überhaupt keine entsprechende Regelung trifft (vgl. SG Marburg, Ur. v. 01.06.2016 - [S 12 KA 190/15](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) = juris).

Die Voraussetzungen nach [§ 197 Abs. 1 Nr. 4 BGB](#) liegen hier vor. Vollstreckbare Vergleiche sind unter Geltung des Sozialgerichtsgesetz gerichtliche Vergleiche ([§ 199 Abs. 1 Nr. 3 SGG](#)). Ein solcher liegt im Verfahren vor dem LSG Hessen - L 6/7 KA 644/02 vom 15.03.2006 vor. Mit der Bestimmung, "ausgehend von den angefochtenen Beschlüssen des Beklagten erfolgt eine Reduzierung des Regresses um 15 %" war noch eine hinreichende Bestimmtheit gegeben.

Ein darüber hinausgehender Vertrauensschutz besteht nicht. Anhaltspunkte für die Setzung eines Verwirkungstatbestands durch die Klägerin oder die Beigeladene sind nicht ersichtlich. Soweit der Kläger vorträgt, er habe sein Leben darauf eingestellt, dass von den Forderungen abgesehen werde, ergibt sich kein weitgehender Schutz. Dies obliegt in erster Linie den Verjährungsregelungen. Soweit die Beklagte in der Vergangenheit Teile der EHV-Ansprüche des Klägers einbehalten hat, geschah dies nicht im Zusammenhang mit den Regressforderungen bzw. der Forderung der Klägerin.

Der Zinsanspruch folgt aus [§ 291 BGB](#).

Nach allem war der Klage insgesamt stattzugeben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Der Streitwert war in Höhe der Klageforderung festzusetzen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2016-10-27