

## S 27 KA 3128/00

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
SG Frankfurt (HES)  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
27  
1. Instanz  
SG Frankfurt (HES)  
Aktenzeichen  
S 27 KA 3128/00  
Datum  
15.08.2001  
2. Instanz  
Hessisches LSG  
Aktenzeichen  
L 7 KA 1148/01  
Datum  
12.11.2001  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil  
Bemerkung  
verb. m. [S 27 KA 3275/00](#)  
1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat der Beklagten die notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Berechtigung zur Durchführung einer Methadon-Substitutionsbehandlung bei der Patientin C. für die Zeit vom 12. bis 27.11.1999 und dem Patienten D. für die Zeit vom 18.11. bis 07.12.1999.

Die Klägerin ist als Ärztin für Psychiatrie mit Praxissitz in A-Stadt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Sie beschäftigte seinerzeit als Entlastungsassistenten Herrn Dr. E., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, dem die Beklagte wie der Klägerin die Qualifikationsgenehmigung für Substitutionsbehandlungen erteilt hat.

Für die 1968 geborene Patientin C., die an chronischer Hepatitis B/C erkrankt war, stellte die Klägerin am 12.11.1999 einen Eilantrag zur Substitutionsbehandlung mit Methadon. Kostenträger für die Maßnahme sollte der örtliche Sozialhilfeträger, die Stadt A-Stadt sein, da die Patientin C. nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert war. Zur Begründung ihres Antrags wies die Klägerin darauf hin, dass die Patientin aufgrund der Vorgeschichte bei einer Nichtbehandlung ein schweres Entzugssyndrom entwickeln und bei weiterem Drogenkonsum sich in akute Lebensgefahr bringen könne.

In der Sitzung am 08.12.1999 beschloss die Substitutionskommission, den Antrag zurückzustellen und um Übersendung eines aktuellen Urinbefundes zu bitten. Wegen eines Haftantritts der Patientin war die Behandlung jedoch bereits am 27.11.1999 beendet worden. Die Klägerin teilte weiter mit, wegen eines vorherigen Behandlungsabbruchs könne die Eilbedürftigkeit nicht generell verneint werden. Unbeachtlich sei auch, ob der Patient selbst zu seiner Notlage beigetragen habe.

Mit Bescheid vom 03.02.2000 lehnte die Beklagte unter Hinweis auf die weitere Stellungnahme der Hessischen Substitutionskommission vom 22.12.1999 den Eilantrag ab, weil medizinische Gründe für einen Notfall nicht ersichtlich seien. Der Antrag wäre somit ab dem 22.12.1999 genehmigungsfähig, sei aber wegen des Haftantritts bereits zuvor beendet gewesen.

Hiergegen legte die Klägerin am 03.03.2000 Widerspruch ein, weil sie die Begründung für unzureichend hielt.

Mit Widerspruchsbescheid vom 31.07.2000, zugestellt am 15.08.2000, wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Zur Begründung führte sie aus, die Widerspruchsbegründung sowie die Unterlagen hätten der Hessischen Substitutionskommission erneut in ihrer Sitzung am 26.04.2000 zur Entscheidung vorgelegen. Nach eingehender Prüfung empfehle diese, den Widerspruch zurückzuweisen. Die Jugend- und Drogenberatung "F." habe die Patientin zum 05.11.1999 aus der Substitutionsbehandlung abgemeldet, weil sie die Behandlung abgebrochen habe. Die Substitutionsbehandlung sei jedoch erst am 12.11.1999 wieder begonnen worden, so dass hier auch nicht von einer direkten Übernahme aus einer vorbehandelnden Einrichtung gesprochen werden könne. Für die Substitutionsbehandlung im System der gesetzlichen Krankenversicherung sei grundsätzlich ihre Zustimmung erforderlich. Eine Genehmigung könne nur erteilt werden, wenn einerseits auf Seiten des Patienten eine medizinische Indikation im Sinne der Richtlinien vorlägen und andererseits durch den Arzt die qualitativen Anforderungen der Behandlung nachvollziehbar sichergestellt würden. Diese erforderten u. a. ein konkretes Behandlungs- und

Therapiekonzept sowie begleitende therapeutische Betreuungsmaßnahmen. Diese Substitutionsbehandlung sei nicht die bloße Bekämpfung von Suchtfolgen, wie den Entzug oder ähnliches, sondern die Suchtmittelfreiheit. Eine Genehmigung könne damit in der Regel nur dann erteilt werden, wenn das Fernziel der Suchtmittelfreiheit zumindest erreichbar erscheine. Die Genehmigung könne nur dann erteilt werden, wenn zuvor die Substitutionskommission sowohl die medizinische Indikation des behandelnden Patienten wie auch das Behandlungskonzept des Arztes daraufhin geprüft habe, ob den Anforderungen der Richtlinien medizinisch und qualitativ entsprochen werde. Lediglich in besonderen, medizinisch begründeten Ausnahmefällen (wie z. B. Schwangerschaft einer behandlungswilligen Opiatabhängigen) könne eine Genehmigung auch vom Zeitpunkt der Antragstellung an durch die Kassenärztliche Vereinigung erteilt werden. Als Ausnahmevorschrift komme eine solche Genehmigung im Eilfall auch nur in eng umgrenzten Ausnahmefällen als Einzelfallentscheidung in Betracht. Die Substitutionskommission habe dem Argument, dass der Behandlungsabbruch in diesem konkreten Fall seitens der vorbehandelnden Einrichtung auf einer Fehleinschätzung beruhe, keine medizinische Indikation für einen Eilfall erkennen können. Der bloße Behandlungswunsch eines Opiatabhängigen ohne besondere zusätzliche Indikation bilde den Regelfall, der einen Notfall nicht begründe. Damit werde der vorausgehenden Qualitätsprüfung der Behandlung ein hoher Stellenwert eingeräumt.

Hiergegen hat die Klägerin am 12.09.2000 die Klage erhoben (Az.: S-27/KA-3128/00).

Für den 1964 geborenen Patienten D., der an einer Hepatitis C erkrankt war, stellte die Klägerin am 18.11.1999 einen weiteren Eilantrag zur Substitutionsbehandlung mit Methadon. Auch der Patient D. war nicht gesetzlich versichert, und es sollte für ihn als Kostenträger die Stadt A-Stadt als Sozialhilfeträger aufkommen. Zur Begründung des Antrags führte sie aus, der Patient D. sei bis zum 17.11.1999 in der Methadon-Substitutionsbehandlung der Jugendberaterung und Jugendhilfe e. V. in A-Stadt gewesen und habe sie nunmehr um Fortsetzung der Behandlung gebeten. Aufgrund der Vorgeschichte sei bei einer Nichtbehandlung mit einem schweren Entzugssyndrom und weiterem Drogenkonsum mit akuter Lebensgefahr zu rechnen.

Mit Bescheid vom 15.12.1999 lehnte die Beklagte unter Hinweis auf die Stellungnahme der Hessischen Substitutionskommission vom 08.12.1999, nach deren Feststellungen keine medizinische Notwendigkeit für einen Eilantrag vorliege, den Eilantrag ab, genehmigte aber die Durchführung und Abrechnung der Methadon-Substitution ab dem 08.12.1999. Hiergegen erhob die Klägerin am 11.01.2000 unter Wiederholung ihrer Antragsbegründung Widerspruch. Ferner führte sie aus, auch Sucht sei eine Krankheit.

Mit weiterem Widerspruchsbescheid vom 31.07.2000, der Klägerin am 15.08.2000 zugestellt, wies die Beklagte nach nochmaliger Anhörung der Substitutionskommission den Widerspruch mit weitgehend gleichlautender Begründung zurück.

Hiergegen hat die Klägerin am 07.09.2000 ebenfalls die Klage erhoben (Az.: S-27/KA-3275/00).

Die Kammer hat mit Beschluss vom 15.08.2001 beide Verfahren zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung miteinander verbunden.

Zur Begründung ihrer Klage trägt die Klägerin im Wesentlichen vor, aus der Normgebungsgeschichte der Substitutionsrichtlinien ergebe sich eindeutig, dass der Bundesausschuss der vorherigen Qualitätsprüfung der Behandlung nicht einen so hohen Stellenwert einräumen durfte, wie die Beklagte annehme. Ein erster Wurf der Richtlinien sei durch das Bundesgesundheitsministerium Anfang 1999 beanstandet worden. Die Richtlinie sei dann durch Einführung des § 3 und des § 5 Abs. 3, die Eilfallregelung, ergänzt worden. Aus der Beanstandung ergebe sich, dass die substitions-gestützte Behandlung der Krankheit Drogenabhängigkeit auch ohne zusätzliche Begleiterkrankungen medizinischer Standard sei. Es gehe auch um eine Linderung dieses Krankheitsbildes und die Verhütung seiner Verschlimmerung. Es bestehe ferner die Gefahr, dass sich eine notwendige Substitutionsbehandlung verzögere, da jeder Behandlung die Bewilligung durch die Kassenärztliche Vereinigung das Votum der Beratungskommission vorgeschiebert sei. Hieraus folge, dass jeder an Drogenabhängigkeit Erkrankte ohne Verzögerung die für ihn notwendige substitions-gestützte Behandlung erhalte. § 5 Abs. 3 der Richtlinie sei auch so auszulegen, dass er mit höherem Recht vereinbar sei. Das Genehmigungserfordernis im Regelfall verstoße gegen den Parlamentsvorbehalt Als Eingriff in das Recht des Patienten aus [Artikel 2 Abs. 2 Satz 1](#) Grundgesetz und in das Recht des Arztes aus [Artikel 12 Abs. 1](#) Grundgesetz bedürfe es eines förmlichen Gesetzes. Es fehle zumindest an der Erforderlichkeit des Genehmigungsvorbehalts, wie ihn die Beklagte verstehe. Erst recht fehle die Verhältnismäßigkeit im engeren Sinne, da der Arzt nicht nur von einem von ihm für notwendig erachteten Therapiebeginn abgehalten werde, sondern ihm ein Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst angesonnen werde. Die Verzögerung der notwendigen Behandlung bedeute für den Patienten eine Körperverletzung ([Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 GG](#)) durch Nichtbehandlung in einem bestimmten Zeitraum. Das Opiatentzugssyndrom sei nicht nur mit stärksten Schmerzen, sondern u. a. auch mit großer Angst und schweren Depressionen verbunden. Schwere Opiatentzugssyndrome könnten selbst zum Tod führen, was nur deshalb selten geschehe, weil sich die nichtsubstituierten Patienten erfahrungsgemäß mit allen Mitteln weitere Drogen beschaffen würden. Die Substitution mit Opiaten wirke zwar nicht gegen diese zusätzlichen Entzugssyndrome, schaffe aber die Voraussetzungen für ihre Behandlung z. B. mit Antidepressiva und Antiepileptika. Auch statuiere [§ 27 SGB V](#) das Recht des Versicherten auf Krankenbehandlung. Die Beklagte genehmige auch oft Eilanträge, ohne offensichtliche Begleitkrankheiten. § 5 Abs. 3 der Richtlinien sei so auszulegen, dass jegliche, auch suchtbedingte, medizinische Dringlichkeit relevant sei, insbesondere die, dass eine sofortige Entgiftung vom Patienten nicht ertragen würde. Von daher handele es sich bei beiden Patienten um Eilfälle.

Die Klägerin beantragt, den Bescheid der Beklagten vom 03.02.2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31.07.2000 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Substitutionsbehandlung der Patientin Frau C. für den Zeitraum vom 12.11.1999 bis zum 27.11.1999 zu genehmigen sowie den Bescheid vom 15.12.1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31.07.2000 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, die Substitutionsbehandlung des Patienten D. für den Zeitraum vom 18.11.1999 bis 07.12.1999 zu genehmigen.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Sie hat unter Datum vom 18.07.2001 lediglich darauf hingewiesen, es ergäben sich Bedenken im Hinblick auf eine Zuständigkeit des Sozialgerichts, da Kostenträger der beantragten Substitutionsbehandlungen das Sozialamt der Stadt A-Stadt sei. Insofern dürfe auch die Rechtsbehelfsbelehrung in den Widerspruchsbescheiden fehlerhaft sein. In ähnlichen Verfahren bei der 5. Kammer des Sozialgerichts Frankfurt am Main sei mit den dortigen Klägern Einigkeit dahingehend erzielt worden, dass die Beklagte erneut identische Bescheide mit

neuer Rechtsbehelfsbelehrung, die auf die Möglichkeit der Klage vor dem Verwaltungsgericht hinwies, erlassen habe.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit einer Vertreterin und einem Vertreter aus den Kreisen der Ärzte und Psychotherapeuten verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Kassenärzte handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG -).

Die Klage ist zulässig. Insbesondere ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet.

Die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit entscheiden auch über Streitigkeiten, die in Angelegenheiten nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) entstehen auf Grund von Beziehungen zwischen Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen einschließlich ihrer Vereinigungen und Verbände, auch soweit durch die Angelegenheiten Dritte betroffen werden ([§ 51 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGG](#)).

Vorliegend handelt es sich um eine Streitigkeit zwischen einem Vertragsarzt und seiner Kassenärztlichen Vereinigung. Die beklagte KV Hessen hat mit den angefochtenen Bescheiden der Klägerin, die als Vertragsärztin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und als solche Mitglied der Beklagten ist (vgl. [§ 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#)), die Berechtigung zur Durchführung einer Methadon-Substitutionsbehandlung abgelehnt. Damit handelt es sich um ein Rechtsverhältnis zwischen ihr und der Klägerin. Die Kammer hat bereits früher ausdrücklich entschieden, dass hierfür der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet ist (vgl. Ur. v. 19.06.1996 - S 27 KA 3234/94 -) und ist in der Folgezeit von ihrer Zuständigkeit in vergleichbaren Fällen ausgegangen (vgl. zuletzt Ur. v. 06.09.2000 S 27 KA 4494/99 -). Ebenso geht die 28. Kammer des Sozialgerichts Frankfurt a. M. davon aus, dass es sich um eine Streitigkeit nach [§ 51 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) handelt (vgl. Beschluss v. 08.03.1999 - S 28 KA 731/99 ER-). Eine anderslautende Entscheidung eines anderen Gerichts ist der Kammer nicht bekannt.

Hiervon abzuweichen besteht keine Veranlassung. Auch in den genannten Entscheidungen handelte es sich um Patienten, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren, sondern Ansprüche gegen den Sozialhilfeträger auf Krankenhilfe nach § 37 Bundessozialhilfegesetz (BSHG) hatten.

Aus dem Umstand, dass die von der Klägerin zu versorgenden Patienten nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren, folgt nicht bereits, dass es sich um eine verwaltungs- oder privatrechtliche Streitigkeit handelt.

Zum einen hat die Beklagte offensichtlich aus eigener Befugnis gehandelt und handeln wollen. Bereits von daher kann dahingestellt bleiben, ob sie gegenüber der Klägerin für einen anderen, insbesondere den Sozialhilfeträger handelte oder handeln wollte, da sie dies nicht offengelegt hat und im Hinblick auf die bisherige Verwaltungspraxis dies auch nicht offenkundig sein konnte.

Zum anderen kommt eine wie auch immer zu konstruierende Prozessstandschaft oder Vertretungsbefugnis der Beklagten für den Sozialhilfeträger nicht in Betracht.

Nach [§ 75 Abs. 6 SGB V](#) können die Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen weitere Aufgaben der ärztlichen Versorgung insbesondere für andere Träger der Sozialversicherung mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde übernehmen. Hierzu gehören auch die Träger der Sozialhilfe (vgl. die Kommentarliteratur zu [§ 75 SGB V](#)). Dadurch kann der Sicherstellungsauftrag für die vertragsärztliche Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten nach [§ 75 Abs. 1 SGB V](#) aufgrund eines entsprechenden Vertrages auf den Personenkreis der Sozialhilfeempfänger erweitert werden. Soweit der Gesetzgeber hier nicht wie bei [Abs. 1](#) und den Erweiterungen des Sicherstellungsauftrags nach den Absätzen 3 bis 5 den Ausdruck "sicherstellen" verwendet, so ist dies dem Umstand geschuldet, dass es den einzelnen Sozialversicherungsträgern überlassen bleibt, ob und in welchem Umfang sie einen entsprechenden Vertrag mit einer Kassenärztlichen Vereinigung schließen wollen. Soweit die KV aber durch Vertrag den Versorgungsauftrag übernommen hat, werden gegenüber ihren Mitgliedern unmittelbare Rechtsbeziehungen - wie im übrigen auch bei den gesetzlichen Erweiterungen - geknüpft. Durch den Vertrag nach [§ 75 Abs. 6 SGB V](#) entsteht in erster Linie eine Sicherstellungsverpflichtung der KV, nicht des einzelnen Arztes gegenüber dem Sozialhilfeträger, den die KV dann allerdings, wie auch im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages nach [§ 75 Abs. 1 SGB V](#), nur durch ihre vertragsärztlichen Mitglieder erfüllen kann. Im Rahmen ihrer Zulassung haben dann die Vertragsärzte auch Sozialhilfeempfänger zu behandeln. Der Anspruch auf Vergütung richtet sich gegen die KV, während der Anspruch des Sozialhilfeempfängers weiterhin gegen den Sozialhilfeträger besteht.

Durch den Rahmenvertrag der Beklagten und dem Hessischen Städtevertrag sowie dem Hessischen Landkreistag vom 23.01.1988 (im folgenden Sicherstellungsvertrag - SV - genannt), der einen Vorgängervertrag aus dem Jahre 1955 ablöst, liegt ein solcher Vertrag i. S. d. [§ 75 Absatz 6 SGB V](#) vor. Darin wird in § 1 "Sicherstellungsauftrag" ausdrücklich die ärztliche Versorgung der Hilfeempfänger nach dem BSHG und für die Unterhaltshilfeempfänger, die Krankenversorgung nach § 276 LAG erhalten, von der Beklagten übernommen. Nach § 2 "Umfang der ärztlichen Leistungen" werden die ärztlichen Leistungen in gleichem Umfang gewährt, wie sie nach den Vorschriften über die gesetzliche Krankenversicherung nach Maßgabe der jeweiligen Satzung den Versicherten der Ortskrankenkasse, die für den Bereich des Niederlassungsortes des behandelnden Vertragsarztes zuständig ist, zustehen. Ferner gelten für die Rechte und Pflichten der Ärzte die Bestimmungen über die kassenärztliche Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechend (§ 3 Abs. 2 SV). Auch die übrigen Bestimmungen beinhalten im wesentlichen eine Gleichstellung mit weiteren kassenärztlichen Regelungen. Soweit hier dem Rahmenvertrag die Funktion einer "Mustervereinbarung" zukommt und nicht von den örtlichen Sozialhilfeträgern abgeschlossen wurde, so ist dies insofern unbeachtlich, als der Vertrag erst durch Beitritt der einzelnen Kostenträger für diese bindend wird. Durch den Beitritt kommt somit ein Vertrag zwischen dem einzelnen Sozialhilfeträger und der Beklagten zustande. Nach der Einlassung der Beklagten in der mündlichen Verhandlung liegt auch die Zustimmung der Aufsichtsbehörde vor und hat der hier zuständige örtliche Sozialhilfeträger, die Stadt A-Stadt den Vertragsbeitritt erklärt. Hieran zu Zweifeln besteht für die Kammer kein Anlass.

Durch die Übernahme des Sicherstellungsauftrags der Beklagten und die entsprechende Übernahme der gesetzlichen Bestimmungen über die kassenärztliche Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen neue, originäre Rechtsbeziehungen zwischen den Vertragsärzten und der Beklagten. Weitere Rechtsbeziehungen zwischen den Vertragsärzten und dem Sozialhilfeträger entstehen nicht. Es kann hier dahingestellt bleiben, inwieweit der Arzt überhaupt weitere Ansprüche noch unmittelbar gegen den Sozialhilfeträger hat. Im Regelfall steht ihm ein Anspruch nur als Nothelfer nach § 121 Satz 1 BSHG oder aufgrund einer Vereinbarung mit diesem über den Aufwendersersatz, seiner vertraglichen Heranziehung oder aber - auch einseitig möglichen - Kostenübernahmeerklärung des Sozialhilfeträgers zu (vgl. BVerwG, Beschl. v. 02.02.1998 - [5 B 99/97](#) - ZFSH/SGB 1998, 284; für den Zahlungsanspruch des Vermieters aus Miet- und Kostenübernahmeerklärung des Sozialhilfeträgers vgl. [BVerwGE 96, 71](#)). Der Sicherstellungsvertrag, der von [§ 75 Abs. 6 SGB V](#) ermöglicht wird, dient nicht nur der Verwaltungsvereinfachung, sondern stellt letztlich die Versorgung der Sozialhilfeempfänger im Verhältnis Sozialhilfeträger und Vertragsärzte durch die Einschaltung der Beklagten auf eine neue, eigene Rechtsgrundlage und verschafft somit auch den Vertragsärzten eine sichere Rechtsgrundlage. Für den Sozialhilfeempfänger verbleibt es dabei, dass seine Ansprüche letztlich ausschließlich nach § 37 BSHG zu beurteilen sind (vgl. [BVerwGE 92, 336; 94, 211](#)), wenn auch durch die Gleichstellung mit den gesetzlich Krankenversicherten durch den Sicherstellungsvertrag der Sozialhilfeträger seiner Verpflichtung aus § 37 BSHG gegenüber dem Hilfeempfänger im Regelfall nachgekommen sein dürfte (vgl. OVG Berlin, Beschl. v. 05.07.1995 - [6 S 88/95](#) - [NJW 1996, 803](#)). Durch die Übernahme des Sicherstellungsauftrags durch die Beklagte wird der Umfang der Behandlungspflichten und rechte - dabei kann auch hier dahingestellt bleiben, ob nicht daneben zum Hilfeempfänger ein privatrechtlicher Behandlungsvertrag besteht - und der Honoraranspruch gegenüber der Beklagten begründet. Die Natur dieses Rechtsverhältnisses, worauf es maßgeblich für die Bestimmung des Rechtsweges ankommt (vgl. GmS-OGB [BSGE 37,292](#); GmS-OGB [BVerwGE 74,368](#), 370; GmS-OGB [BGHZ 102, 280](#), 283), beruht somit auf [§ 75 Abs. 6 SGB V](#) und hat damit ihre Wurzel im Sozialrecht.

Eine abweichende Entscheidungspraxis anderer Gerichte ist der Kammer nicht ersichtlich. Der Entscheidung des OVG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 02.12.1987 - [12 A 120/87](#) - DÖV 1988, 741 lag die Klage einer Kassenärztlichen Vereinigung gegen einen Träger der Sozialhilfe auf Übernahme der Kosten für die ärztliche Behandlung einer Sozialhilfeempfängerin zugrunde. Es hat hierfür den Verwaltungsrechtsweg (in Abgrenzung zum Zivilrechtsweg) und eine Aktivlegitimation der Kassenärztlichen Vereinigung im Wege einer gewillkürten Prozessstandschaft als gegeben angesehen. Die Entscheidung bietet allerdings keinen Ansatzpunkt dafür, wie das Verhältnis zwischen Vertragsarzt und Kassenärztliche Vereinigung zu beurteilen ist. Im übrigen lag offensichtlich ein entsprechender Sicherstellungsvertrag nach [§ 75 Abs. 6 SGB V](#) nicht vor. Eine ähnliche Fallkonstruktion lag der Entscheidung des OVG Münster (FEVS 42, 160, zitiert nach: Oestreicher/Schelter/Kunz/Decker, BSHG, Stand: Juli 2000, § 37, Rdnr. 28) zugrunde. Soweit sich die sozialhilferechtliche Kommentarliteratur mit dem Vergütungsanspruch der Ärzte beschäftigt, wird zwar in der Regel die Möglichkeit von Verträgen zwischen Sozialhilfeträgern und Kassenärztlichen Vereinigungen allgemein genannt (vgl. ebd.; Mergler/Zink, BSHG, 4. Aufl., Stand: August 1999, § 37, Rdnr. 80 f.; Birk in LPK-BSHG, 5. Aufl. 1998, § 37 Rdnr. 29; Fichtner, BSHG, 1999, § 37, Rdnr. 13; nicht aber bei Schellhorn/Jirasek/Seipp, BSHG, 14. Aufl. 1993, § 37, Rdnr. 30 ff.), wird aber weder [§ 75 Abs. 6 SGB V](#) erwähnt noch das Rechtsverhältnis der Vertragsärzte zur Kassenärztlichen Vereinigung bei der Behandlung von Sozialhilfeempfängern (letzteres gilt auch für die sozialrechtliche Kommentarliteratur zu [§ 75 SGB V](#)) erörtert. Die Rechtsprechung des BGH, der den Zivilrechtsweg für Streitigkeiten aus einem Rahmenvertrag über die Lieferung von Patienten mit Arzneimitteln, die zwischen einem Verein von Apothekern und Trägern der Sozialhilfe, die Krankenhilfe nach § 37 BSHG zu gewähren haben, bejaht hat (vgl. [BGHZ 142, 338](#)), betrifft das Rechtsverhältnis zu Dritten, hier den Apotheken. Im übrigen ist für diesen Bereich eine [§ 75 Abs. 6 SGB V](#) entsprechende Vorschrift nicht vorhanden.

Auch unter Berücksichtigung der Entstehungsgeschichte des [§ 75 SGB V](#) ist von der Eröffnung des Sozialgerichtsweges auszugehen. [§ 75 Abs. 6 SGB V](#) ist 1989 mit dem Gesundheitsreformgesetz eingeführt worden und geht auf § 368n Abs. 2 Satz 2 RVO i. d. F. des Art. 1 Nr. 2 des Gesetzes v. 17.08.1955, BGBl. I, 513, zurück, der wiederum wortgleich die bereits zuvor bestehende Regelung in § 368n Abs. 1 Satz 4 übernommen hatte. In § 368n RVO wurde noch ganz allgemein die Möglichkeit eingeräumt, den Sicherstellungsauftrag für andere Sozialleistungsträger, insbesondere die Ersatzkassen zu übernehmen, die dann erstmals durch das Gesundheitsreformgesetz vollständig in die vertragsärztliche Versorgung integriert wurden. Bereits in der Vergangenheit wurden aber nach Verabschiedung des Sozialgerichtsgesetzes und Einrichtung der Sozialgerichtsbarkeit Streitigkeiten mit den Ersatzkassen als sozialrechtliche behandelt. Auch das Bundessozialgericht geht, soweit ein Sicherstellungsauftrag nach [§ 75 SGB V](#) erfolgt ist, von der Eröffnung des sozialgerichtlichen Rechtsweges aus (vgl. für [§ 75 Abs. 3 SGB V](#) und Heilfürsorgeberechtigte BSG, Urt. v. 17.11.1999 - [B 6 KA 14/99 R](#) -).

Die sozialgerichtliche Kommentarliteratur geht ebenfalls, soweit sie sich mit dieser Frage beschäftigt, davon aus, dass auch die in [§ 75 Abs. 3, 4 und 6 SGB V](#) genannten Bereiche zum Gegenstand der Beziehungen zwischen Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen gehören. Alle Angelegenheiten, die der Wahrnehmung dieser Aufgaben dienen und nicht unter die Sonderzuweisung in Nr. 2 fallen, sind Angelegenheiten i. S. d. [§ 51 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) (vgl. Peters/Sautter/Wolff, SGG, 4. Aufl., Stand: Januar 2000, § 51, Rdnr. 301).

Von daher sieht die Kammer keine Veranlassung, ihre bisherige Rechtsprechung hinsichtlich der Rechtswegzuweisung aufzugeben. Die Beklagte hat bisher hierzu auch keine rechtserheblichen Ausführungen gemacht, sondern lediglich angekündigt, sie wolle ihre Praxis ändern und entsprechenden Verwaltungsentscheidungen eine Rechtsbehelfsbelehrung mit dem Hinweis einer Klagemöglichkeit vor den Verwaltungsgerichten beifügen.

Die Klage ist aber unbegründet.

Der Bescheid vom 03.02.2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31.07.2000 und der Bescheid vom 15.12.1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31.07.2000 sind rechtmäßig und waren daher nicht aufzuheben. Die Klägerin hatte keine Berechtigung für die strittigen Zeiträume zur Methadon-Substitutionsbehandlung der beiden Patienten.

Anzuwenden sind hier noch die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-Richtlinien), insbesondere auch die Anlage 1 zu den NUB-Richtlinien, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden anerkannt hat, hier insbesondere Nr. 2 "Richtlinien zur Methadon-Substitutionsbehandlung bei i. v.-heroinabhängigen", und zwar in der ab 18.06.1999 geltenden Fassung (Substitutionsrichtlinien). Die neu gefassten Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) (BUB-Richtlinien)

gelten erst ab März 2000.

Die hier strittigen Behandlungen waren nach der Substitutionsrichtlinie nicht genehmigungsfrei.

Nach den Substitutionsrichtlinien darf die Substitution nur durch einen substitutionsberechtigten Vertragsarzt, was vorliegend der Fall war, und nur dann durchgeführt werden, wenn die Substitution bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung beantragt wurde und ein zustimmendes Votum der Beratungskommission vorliegt (§ 2 Substitutionsrichtlinie). Die Substitution ist in jedem Einzelfall unverzüglich bei der KV zu beantragen (§ 5 Abs. 1 Satz 1 Substitutionsrichtlinien). Sie ist erst dann zulässig, wenn die zuständige KV dem behandelnden Arzt die Bewilligung zur Substitution bezogen auf den Einzelfall auf Grundlage eines zustimmenden Votums der Beratungskommission gemäß § 9 erteilt hat (§ 5 Abs. 2 Substitutionsrichtlinien). Nur in Notfällen, die aus medizinischen Gründen den sofortigen Beginn der Substitutionsbehandlung notwendig machen, kann der substitutionsberechtigte Vertragsarzt die erforderlichen Maßnahmen auch dann durchführen, wenn die Bewilligung nach Abs. 2 noch nicht erteilt worden ist; die Bewilligung ist in diesen Fällen am Tag der ersten Substitution im Wege eines Eilantrags bei der KV unter Beifügung der entsprechenden Unterlagen zu beantragen (§ 5 Abs. 3 Substitutionsrichtlinien).

Die Klägerin hat keinen Anspruch auf rückwirkende Genehmigung wegen Vorliegens eines Notfalles.

Die Regelungssystematik der Richtlinien zeigt, dass der Richtliniengeber davon ausgeht, dass im Regelfall vor Behandlungsbeginn eine Genehmigung einzuholen ist. Nur in Ausnahmefällen kann hiervon abgewichen werden. Solche Ausnahmefälle hat der Richtliniengeber nicht definiert, sondern lediglich angegeben, es müssten medizinische Gründe für einen Notfall vorliegen. Hieraus folgt, dass aus medizinischen Gründen es dem Patienten nicht zugemutet werden kann, bis zur Erteilung der Genehmigung mit dem Beginn der Behandlung abzuwarten, es ihm also nicht zumutbar ist, weitere drei bis sechs Wochen mit dem Beginn der Behandlung abzuwarten.

Bezüglich beider Patienten ist zwischen den Beteiligten nicht streitig, dass eine Indikation für eine Behandlung vorlag. Bei beiden Patienten lag eine längere Opiatabhängigkeit vor, und beide Patienten waren an chronischer Hepatitis erkrankt (vgl. § 3 Nr. 1.3 Substitutionsrichtlinien). Die Klägerin verkennt aber die Regelungssystematik der Substitutionsrichtlinien, wenn sie letztlich davon ausgeht, dass im Falle einer Opiatabhängigkeit immer ein Notfall vorliege, der eine sofortige Behandlung notwendig mache. Der Richtliniengeber hat den Behandlungsbeginn ohne Genehmigung ausdrücklich als Ausnahmefall vorgesehen. Allein aus dem Umstand, dass die Patienten an Hepatitis erkrankt waren und opiatabhängig sind, folgt insoweit für die fachkundig mit einer Ärztin und einem Arzt besetzte Kammer nicht, dass es den Patienten nicht zumutbar gewesen wäre, den Zeitraum bis zur Erteilung der Genehmigung abzuwarten. Die Klägerin hat hinsichtlich dieser Patienten keine besondere Umstände mitgeteilt.

Die vergleichsweise streng formulierten Verfahrensvorschriften der Substitutionsrichtlinien sind auch nicht unverhältnismäßig. Sie dienen der Einhaltung der gesetzlichen Voraussetzungen, wonach es in erster Linie um Krankenbehandlung gehen muss, soweit die Substitutionsbehandlung auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung zu erfolgen hat. Sie dienen ferner der Überwachung des sensiblen Bereichs der Substitutionsbehandlung. Die Kammer hält die förmliche Beachtung der Richtlinien für die Ärzte auch zumutbar. Zum einen ist die Zahl der Patienten in der Regel auf bis zu 20 Patienten begrenzt, zum anderen besitzen diese Ärzte eine zusätzliche Qualifikation und ist daher davon auszugehen, dass sie sich eingehend auch mit den Richtlinien und ihren Verfahrenserfordernissen beschäftigt haben. Die Kammer verkennt zwar nicht, dass sich zum Teil ein Wandel in der Behandlung opiatabhängiger Kranker eingestellt hat. Die Klägerin hat insofern zu Recht auf die Einführung des § 3 a in die Substitutionsrichtlinien hingewiesen und sie verkennt auch nicht die Schwierigkeiten des behandelnden Arztes, der von ihm trotz festgestellter Behandlungsbedürftigkeit des opiatabhängigen Patienten im Regelfall zunächst eine Genehmigung abwarten muss. Die Kammer vermochte aber nicht zu erkennen, dass es bereits gegenwärtig dem medizinischen Standard entspricht, opiatabhängige Patienten sofort bei ihrer Vorstellung zu substituieren. Gerade im Hinblick auf die erwähnte Ausnahmeregelung in § 5 Abs. 3 Substitutionsrichtlinien besteht in Einzelfällen durchaus die Möglichkeit, sofort mit der Behandlung zu beginnen. Die mündliche Verhandlung hat insoweit ergeben, dass in der klägerischen Praxis ca. die Hälfte der substituierten Patienten als Eilfall aus deren Sicht anzusehen seien. Soweit der Behandler auch ein Kostenrisiko in dem Falle trägt, dass er von einem Notfall ausgeht, sich mit dieser Auffassung aber nicht durchsetzen kann, so liegt hierin keine Besonderheit der Substitutionsrichtlinien. Auch der Arzt, der Behandlung oder Verordnungen vornimmt, die sich im Nachhinein als unwirtschaftliche herausstellen, kann mit einer Honorarkürzung oder einem Regress belangt werden.

Soweit die Kosten für die Behandlung der Patienten vom Sozialhilfeträger und nicht einer gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden, sind dennoch die Substitutionsrichtlinien anzuwenden, da die Beklagte insoweit ebenfalls, wie bereits ausgeführt, den Sicherstellungsauftrag übernommen hat (vgl. [§ 75 Abs. 6 SGB V](#)) und gerade im Verhältnis zwischen ihr und der Klägerin die Behandlung nach Maßgabe der Vorschriften innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung zu erfolgen hat.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, von der abzuweichen die Kammer keine Veranlassung sieht, sind die NUB-Richtlinien aufgrund ausreichender gesetzlicher Grundlage ergangen und rechtmäßig (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 20.03.1996 [6 RKA 62/94](#) - SozR III - 2500 [§ 92 SGB V](#) Nr. 6 = [BSGE 78, 70](#)). Gründe, die an der Rechtmäßigkeit der neuen Richtlinien Anlass zu zweifeln geben, sind, soweit nicht bereits erörtert, der Kammer nicht ersichtlich und werden von den Beteiligten auch nicht vorgebracht. Als Berufsausübungsregelung sind mit [Artikel 12 Abs. 1](#) Grundgesetz vereinbar. Aus den genannten Gründen ist auch nicht ersichtlich, weshalb sie die Patienten in [Artikel 2](#) Grundgesetz verletzen sollten oder aber, unabhängig von der Frage, ob die Klägerin oder die Patienten sich auf [§ 27 SGB V](#) berufen könnten, gegen diese Vorschrift verstoßen sollten.

Nach allem war die Klage abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Die Kammer geht davon aus, dass die Berufung zulässig ist, da der Gegenstandswert die Summe von 1.000,00 DM übersteigt. Zu den Behandlungskosten, die in der mündlichen Verhandlung klägerseits auf 200 bis 300,00 DM je Behandlungsfall beziffert worden, rechnet die Kammer noch die Verordnungskosten, die unmittelbar im Zusammenhang mit der Behandlungsgenehmigung stehen.

Rechtskraft

Aus  
Login  
HES  
Saved  
2014-10-10