

B 6 KA 15/15 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
6
1. Instanz
SG Potsdam (BRB)
Aktenzeichen
S 1 KA 46/14
Datum
18.02.2015
2. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 15/15 R
Datum
28.10.2015
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Bei einem Richtgrößenregress reduziert sich die Gesamtvergütung grundsätzlich unabhängig davon um den festgesetzten Regressbetrag, ob die Kassenärztliche Vereinigung die Regressforderung gegenüber dem Vertragsarzt durchsetzen kann.
Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 18. Februar 2015 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Rechtsstreits auch im Revisionsverfahren.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten um die Rechtmäßigkeit einer Reduzierung der Gesamtvergütung wegen der Überschreitung von Richtgrößen für die ärztliche Verordnung von Arznei- und Heilmitteln durch Vertragsärzte.

2

Die beklagte Krankenkasse reduzierte die für das Jahr 2009 an die klagende Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) zu zahlende Gesamtvergütung um 133 913 Euro, mit der Begründung, dass durch den Prüfungsausschuss Regresse wegen Überschreitung des Richtgrößenvolumens im Jahr 2005 gegenüber zwei Ärzten (L. und Prof. Dr. S.) in Höhe von insgesamt 866 045,39 Euro bestandskräftig festgesetzt worden seien. Davon entfielen auf die Beklagte der genannte Kürzungsbetrag. Die Klägerin erklärte gegenüber der Beklagten die Abtretung der ihr gegenüber den beiden Ärzten zustehenden Rückforderungsansprüche und verlangte die Zahlung der ungekürzten Gesamtvergütung. Damit erklärte sich die Beklagte nicht einverstanden.

3

Mit ihrer Klage vor dem SG Potsdam hat die Klägerin die Zahlung in Höhe des Kürzungsbetrags von 133 913 Euro geltend gemacht und zur Begründung vorgetragen, dass eine Verringerung der Gesamtvergütung nicht habe erfolgen dürfen, weil ihr ein Rückgriff gegenüber den zum Regress verpflichteten Ärzten in Form einer Verrechnung mit Honorarforderungen nicht möglich sei. Die beiden Ärzte hätten ihre vertragsärztliche Tätigkeit eingestellt.

4

Das SG hat die Klage abgewiesen. Die Reduzierung der Gesamtvergütung nach [§ 106 Abs 5c SGB V](#) hänge nicht davon ab, ob es einer KÄV möglich sei, den gegen einen Arzt festgesetzten Regress auch tatsächlich durchzusetzen. Darin liege auch keine Kollektivhaftung, weil die Reduzierung der Gesamtvergütung den konkret vom Prüfungsausschuss festgesetzten Rückforderungsbeträgen entspreche. Etwas anderes folge auch nicht aus der von der Klägerin erklärten Abtretung der Forderung gegenüber den Vertragsärzten an die Beklagte. Die Beklagte habe der Abtretung widersprochen und sie sei dazu auch berechtigt gewesen. Mit der in § 48 Abs 2 Ersatzkassenvertrag Ärzte (EKV-Ä) vorgesehenen Möglichkeit der Abtretung von Forderungen an die Krankenkasse zur unmittelbaren Einziehung dürften die zwingenden bundesgesetzlichen Vorgaben zur Verringerung der Gesamtvergütung nach [§ 106 Abs 5c SGB V](#) nicht umgangen werden. Das gelte auch für die Zeit seit der Umstellung der Vergütung auf feste Europeise zum 1.1.2009. Das Risiko, dass festgesetzte Regresse aus einer

Richtgrößenprüfung nicht zu realisieren seien, habe weiterhin die KÄV und damit die Klägerin zu tragen.

5

Mit der Sprungrevision macht die Klägerin die Verletzung von Bundesrecht geltend. Wenn der durch den Prüfungsausschuss festgesetzte Regress gegenüber dem einzelnen Arzt nicht mehr durch Verrechnung mit Honorarforderungen realisiert werden könne, weil dieser insolvent, verstorben oder aus anderen Gründen nicht mehr tätig und auch nicht mehr Mitglied der KÄV sei, führe die Reduzierung der Gesamtvergütung zu einer Verringerung der Verteilungsmasse für die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen. Eine derartige Kollektivhaftung sei mit dem Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz zum Ende des Jahres 2001 abgeschafft worden.

6

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 18. Februar 2015 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr 133 913 Euro nebst Zinsen ab Rechtshängigkeit zu zahlen.

7

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

8

Die Reduzierung der Gesamtvergütung sei zu Recht erfolgt. Während der Vertragsarzt den vom Prüfungsausschuss festgestellten unwirtschaftlichen Mehraufwand vor dem 1.1.2004 unmittelbar den Krankenkassen zu erstatten hatte, seien mit [§ 106 Abs 5c SGB V](#) zum 1.1.2004 im Rahmen eines Ausgleichsverfahrens zwei voneinander getrennte Forderungen geschaffen worden, einerseits der Rückforderungsanspruch der Krankenkasse gegen die KÄV, andererseits der in gleicher Höhe bestehende Rückforderungsanspruch der KÄV gegen den Arzt. Mit der Einführung zweier voneinander getrennter Forderungen werde bewirkt, dass diese getrennt voneinander durchgesetzt werden müssten. Der jeweilige Inhaber der Forderung habe damit auch das Risiko eines Ausfalls seiner Forderung zu tragen. Grund dieser Risikoverteilung sei die in [§ 75 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) geregelte Gewährleistungspflicht der KÄV. Aus der Gesetzesbegründung zu [§ 106 Abs 5c SGB V](#) ergebe sich nichts anderes. Die Formulierung, nach der keine neue Form der Kollektivhaftung eingeführt werde, beziehe sich auf die Kritik an dem vor Inkrafttreten des Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetzes geltenden Ausgleichsmechanismus bei Überschreitung des Arzneimittelbudgets. Auch aus [§ 48 Abs 2 Satz 3 EKV-Ä](#) bzw [§ 52 Abs 2 Satz 3 Bundesmantelvertrag Ärzte \(BMV-Ä\)](#) ergebe sich keine andere Verteilung des Haftungsrisikos. Abgesehen davon, dass die vorgenannten Bestimmungen nicht auf Forderungen aus Richtgrößenregressen anwendbar seien, fehle es an einer wirksamen Abtretung. Ein entsprechender Vertrag sei nicht zustande gekommen, weil sie dem nicht zugestimmt habe.

II

9

Die Sprungrevision der klagenden KÄV ist nicht begründet. Das SG hat zutreffend entschieden, dass die beklagte Krankenkasse die Gesamtvergütung um den gegenüber zwei Vertragsärzten festgesetzten Regressbetrag reduzieren durfte. Die zulässige Leistungsklage ([§ 54 Abs 5 SGG](#)), mit der die Klägerin die Zahlung von 133 913 Euro geltend macht, ist nicht begründet.

10

1. Die streitgegenständliche Reduzierung der Gesamtvergütung hat ihre Grundlage in [§ 106 Abs 5c SGB V](#), der mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)) vom 14.11.2003 ([BGBl I 2190](#)) eingeführt worden ist. Danach setzt der Prüfungsausschuss den Betrag fest, der den Krankenkassen aufgrund der Überschreitung des Richtgrößenvolumens nach [§ 106 Abs 5a SGB V](#) zusteht (Satz 1). Die nach Maßgabe der Gesamtverträge zu entrichtende Vergütung verringert sich um diesen Betrag (Satz 2). Die KÄV hat in der jeweiligen Höhe Rückforderungsansprüche gegen den Vertragsarzt (Satz 3). Soweit der Vertragsarzt nachweist, dass ihn die Rückforderung wirtschaftlich gefährden würde, kann die KÄV sie entsprechend [§ 76 Abs 2 Satz 1 Nr 1](#) und 3 SGB IV stunden oder erlassen (Satz 4).

11

[§ 106 Abs 5c SGB V](#) trifft damit Regelungen einerseits zur Verringerung der Gesamtvergütung, die die Krankenkassen an die KÄVen zu zahlen haben, und andererseits zu Rückforderungsansprüchen der KÄVen gegenüber dem Vertragsarzt, der mit seinen Verordnungen das Richtgrößenvolumen überschritten hat. Dabei orientiert sich die Vorschrift in ihrer Struktur an den voneinander getrennten Rechtskreisen (vgl [BSGE 105, 224](#) = SozR 4-2500 § 85 Nr 52, RdNr 33; BSG [SozR 4-2500 § 75 Nr 9](#) RdNr 32; BSG SozR 4-5540 § 48 Nr 2 RdNr 24), innerhalb derer sich einerseits die Zahlung der Gesamtvergütung an die KÄV und andererseits deren Verteilung an die Vertragsärzte durch die KÄV vollzieht (nachfolgend a). Auf Erstattungsansprüche der Krankenkasse wegen unwirtschaftlicher Ordnungsweise oder auf die Geltendmachung eines "sonstigen Schadens" durch die Krankenkasse ist die zur Rückforderung ärztlicher Vergütung ergangene Rechtsprechung zwar nicht unmittelbar übertragbar (nachfolgend b). Allerdings ist der Gesetzgeber nicht gehindert, auch Regelungen zum Verordnungsregress in Anlehnung an die im Bereich der ärztlichen Vergütung bestehenden Strukturen auszugestalten und zu regeln, dass der Regress zweistufig, jeweils innerhalb der Grenzen der beiden voneinander getrennten Rechtskreise durchgeführt wird. Von dieser Möglichkeit hat der Gesetzgeber mit [§ 106 Abs 5c SGB V](#) - speziell bezogen auf den Richtgrößenregress - Gebrauch gemacht (nachfolgend c). Infolgedessen ist die Reduzierung der Gesamtvergütung nicht davon abhängig, ob die KÄV die ihr zustehenden Rückforderungsansprüche gegenüber dem Vertragsarzt durchsetzen kann.

12

a) Die Gesamtvergütung wird von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die KÄV gezahlt. Dies folgte vor dem 1.1.2009 für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung aus [§ 85 Abs 1 SGB V](#) und seit dem 1.1.2009 aus [§ 87a Abs 3 Satz 1 SGB V](#). Die Verteilung der Gesamtvergütung auf die Ärzte ist für die Zeit seit dem 1.1.2009 in [§ 87b SGB V](#) (davor: [§ 85 Abs 4, Abs 4a SGB V](#)) geregelt. Unmittelbare Rechtsbeziehungen zwischen den die Gesamtvergütung zahlenden Krankenkassen und den Vertragsärzten bestehen bezogen auf die Vergütung im kollektivvertraglichen System nicht. Daraus und aus dem Umstand, dass [§ 75 Abs 1 SGB V](#) den KÄVen die Gewährleistung einer den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entsprechenden Versorgung auferlegt, hat der Senat in ständiger Rechtsprechung eine grundsätzliche Haftung der KÄV gegenüber den Krankenkassen für die Erstattung rechtsgrundlos empfangener ärztlicher Vergütung hergeleitet ([BSGE 80, 1, 3 = SozR 3-5545 § 19 Nr 2 S 8; BSGE 76, 120, 121 f = SozR 3-5545 § 24 Nr 1 S 2 f](#)). Eine entsprechende bundesmantelvertragliche Regelung findet sich heute in § 53 BMV-Ä. Dabei kann sich die KÄV vor dem Hintergrund der getrennten Rechtskreise gegenüber den Krankenkassen nicht mit der Begründung auf den Wegfall der Bereicherung berufen, dass sie die Gesamtvergütung bereits an die Vertragsärzte verteilt habe und dass ein Regress gegenüber einzelnen Ärzten nicht durchsetzbar sei ([BSGE 69, 158, 160 = SozR 3-1300 § 113 Nr 1 S 2 f; BSGE 61, 19, 22 f = SozR 2200 § 368f Nr 11 S 31 f; BSG Urteil vom 2.6.1987 - 6 RKa 22/86 = Arztr 1989, 174](#)). Auch bundesmantelvertragliche Regelungen wie § 48 Abs 2 Satz 3 EKV-Ä, § 52 Abs 2 Satz 3 BMV-Ä oder § 24 Satz 2 letzter Teilsatz Bundesmandelvertrag Zahnärzte (BMV-Z), die die "Abtretung" von Schadensersatzansprüchen durch die K(Z)ÄV an Krankenkassen zur Einziehung vorsehen, finden auf die Erstattung rechtsgrundlos empfangener ärztlicher Vergütung keine Anwendung (vgl [BSGE 76, 120, 122 f = SozR 3-5545 § 24 Nr 1 S 3 ff](#) unter teilweiser Aufgabe von [BSGE 69, 158 = SozR 3-1300 § 113 Nr 1; BSGE 61, 19 = SozR 2200 § 368f Nr 11](#)). Praktische Bedeutung hat die dargestellte Rechtsprechung wegen der dort üblichen Vergütung nach Einzelleistungen vor allem im vertragszahnärztlichen Bereich erlangt, weil sich unrechtmäßig oder unwirtschaftlich erbrachte Leistungen in diesem Fall unmittelbar auf die Berechnung der Gesamtvergütung auswirken können (vgl [BSGE 69, 158, 160 = SozR 3-1300 § 113 Nr 1 S 2 mwN; BSGE 61, 19, 21 f = SozR 2200 § 368f Nr 11 S 31; Engelhard in Hauck/Noftz, SGB V, K § 85 RdNr 17; Hess in Kasseler Komm, § 75 SGB V RdNr 18](#)). Soweit dagegen aufgrund der gesetzlichen Vorgaben oder nach dem Inhalt des Gesamtvertrags kein unmittelbarer Zusammenhang zwischen der Höhe der vereinbarten Gesamtvergütung und der Erbringung der einzelnen ärztlichen Leistungen besteht, wie dies bei der Vergütung nach einer Kopf- oder Fallpauschale der Fall ist, gibt es auch keine Grundlage für eine Verringerung der Gesamtvergütung, wenn einzelne Vertragsärzte ihre Leistungen nicht in Übereinstimmung mit den rechtlichen Vorgaben erbringen ([BSGE 69, 158, 160 = SozR 3-1300 § 113 Nr 1 S 2; BSGE 66, 1, 2 ff = SozR 2200 § 368f Nr 16 S 67 ff](#)).

13

b) Diese zur Erstattung ärztlicher Vergütung entweder im Zusammenhang mit unwirtschaftlicher Behandlungsweise oder mit sachlich-rechnerischer Unrichtigkeit der Abrechnung ergangene Rechtsprechung ist auf Fallgestaltungen, in denen von einer Krankenkasse ein Ersatzanspruch wegen unwirtschaftlicher Verordnung oder ein sonstiger Schaden iS des § 44 EKV-Ä bzw § 48 BMV-Ä geltend gemacht wird, nicht unmittelbar übertragbar. 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 (vgl [BSGE 105, 224 = SozR 4-2500 § 85 Nr 52 RdNr 17 mwN](#)) handelt. Der Umstand, dass der Verordnungsregress eine Maßnahme der Wirtschaftlichkeitsprüfung iS des [§ 106 SGB V](#) ist und dass es deshalb - anders als beim Ersatz eines sonstigen Schadens iS des § 48 BMV-Ä - auf ein Verschulden des Arztes nicht ankommt (vgl [BSG SozR 4-2500 § 106 Nr 28 RdNr 26; BSG SozR 4-5540 § 48 Nr 2 RdNr 20, 39 ff](#)), steht dem nicht entgegen.

14

Der oben angesprochenen Trennung der Rechtskreise mit typischerweise fehlenden unmittelbaren Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Arzt hat der Senat bezogen auf den Verordnungsregress oder den Ersatz eines sonstigen Schadens iS des § 44 EKV-Ä bzw des § 48 BMV-Ä zwar insoweit Bedeutung beigemessen, als die Krankenkasse ihre Ansprüche nicht unmittelbar gegenüber dem Arzt mit der Leistungsklage geltend machen kann, sondern darauf angewiesen ist, ein Verfahren bei den Prüfgremien einzuleiten, als dessen Ergebnis ein entsprechender Regress gegenüber dem Arzt festgesetzt werden kann ([BSG SozR 4-5540 § 48 Nr 2 RdNr 24; BSG SozR 4-5545 § 23 Nr 2 RdNr 16, jeweils mwN](#)). Dies ändert jedoch nichts daran, dass auch die Prüfgremien in dieser Konstellation nicht über einen Anspruch der KÄV gegenüber dem Arzt, sondern über einen Anspruch unmittelbar der Krankenkasse gegenüber dem Arzt entscheiden.

15

Vor diesem Hintergrund ist der Senat davon ausgegangen, dass die KÄV für Ansprüche von Krankenkassen, die auf Ersatz eines Schadens gerichtet sind, keine Haftung trifft ([BSG SozR 3-5555 § 15 Nr 1 S 6 f; offengelassen: BSGE 76, 120, 121 f = SozR 3-5545 § 24 Nr 1 S 3; BSGE 61, 19, 23 = SozR 2200 § 368f Nr 11 S 32](#)). Dasselbe gilt für Ansprüche einer Krankenkasse aufgrund einer Wirtschaftlichkeitsprüfung, die nicht das ärztliche Honorar, sondern das Verordnungsverhalten des Arztes zum Gegenstand hat ([BSGE 80, 1, 2 f = SozR 3-5545 § 19 Nr 2 S 7](#)). Allein der Sicherstellungsauftrag, der den KÄVen in [§ 75 Abs 1 SGB V](#) übertragen wird, kann eine umfassende Haftung der KÄV für Ansprüche der Krankenkasse gegen Vertragsärzte und damit eine allgemeine Übernahme des Insolvenzrisikos nicht begründen (wohl aA Heberlein, [MedR 1987, 144](#)).

16

Zwar sind die Partner der Bundesmantelverträge im Grundsatz befugt, eine Regelung zu treffen, mit der der KÄV das Haftungsrisiko für Rückforderungsansprüche von Krankenkassen auch über den Bereich der ärztlichen Vergütung hinaus übertragen wird (zum umgekehrten Fall einer Verlagerung des Haftungsrisikos für die Rückforderung ärztlicher Vergütung von der KÄV auf die Krankenkasse vgl [BSGE 76, 120, 122 = SozR 3-5545 § 24 Nr 1 S 3 f](#)). Den bestehenden bundesmantelvertraglichen Bestimmungen konnte der Senat eine solche Regelung indes nicht entnehmen: § 48 Abs 2 Satz 1 und 2 EKV-Ä in der bis zum 30.9.2013 geltenden Fassung (ähnlich: § 52 Abs 2 Satz 1 und 2 BMV-Ä) sieht vor, dass die Partner der Gesamtverträge und die Partner der Prüfvereinbarung Regelungen zu treffen haben, die den Grundsatz berücksichtigen, dass die KÄV unanfechtbare Schadensersatzforderungen der Ersatzkassen durch Aufrechnung gegen Honorarforderungen des Vertragsarztes erfüllt. Als Schadensersatzforderung in diesem Sinne hat der Senat auch Forderungen der Krankenkasse aus einem Regress wegen unwirtschaftlicher Verordnung angesehen ([BSGE 105, 224 = SozR 4-2500 § 85 Nr 52, RdNr 17; ebenso Bayerisches LSG](#)

Urteil vom 3.12.2008 - [L 12 KA 5/08](#) - Juris RdNr 38). Eine insoweit vergleichbare Regelung haben die Bundesmantelvertragspartner für den Bereich der zahnärztlichen Versorgung in § 24 BMV-Z bzw § 21 EKV-Z (ehemals § 12 Nr 6 EKV-Z) getroffen. Der Senat hat in diesen Bestimmungen keine Übernahme der Haftung durch die K(Z)ÄV für Forderungen der Krankenkasse gegenüber dem Vertragsarzt gesehen, sondern bloße Einziehungsregelungen, die der Krankenkasse die Durchsetzung ihrer Ansprüche erleichtern, aber eine Verpflichtung der K(Z)ÄV 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 K(Z)ÄV übertragen (BSG [SozR 3-5555 § 15 Nr 1](#) S 6 f; [BSGE 80, 1](#), 2 = [SozR 3-5545 § 19 Nr 2](#) S 7). Das wird auch daran deutlich, dass die Zuständigkeit der KÄV für die Realisierung der Schadensersatzforderung in den bundesmantelvertraglichen Regelungen übereinstimmend auf den Fall begrenzt wird, dass eine Aufrechnung mit Honoraransprüchen erfolgen kann. Wenn eine Aufrechnung dagegen nicht möglich ist, weil Honorarforderungen des Vertragsarztes gegen die KÄV nicht mehr bestehen, "tritt die Kassenärztliche Vereinigung den Anspruch auf Regress- und Schadensersatzbeträge" (§ 48 Abs 2 Satz 3 EKV-Ä/§ 52 Abs 2 Satz 3 BMV-Ä) bzw "auf den Regress-(Schadens-)Betrag" (§ 24 Satz 2 letzter Teilsatz BMV-Z) an die Krankenkasse zur unmittelbaren Einziehung ab. Unabhängig davon, dass in dieser Rückübertragung der Zuständigkeit für die Geltendmachung von Ansprüchen keine Abtretung iS des [§ 398 BGB](#) zu sehen sein dürfte, weil nicht die KÄV, sondern die Krankenkasse Inhaber der Forderung ist und weil die Übertragung nach dem Inhalt der Regelung einseitig durch die KÄV ohne eine Vereinbarung mit der Krankenkasse erfolgt (so auch Hofmayer in Schiller, *BMV-Ä*, 2014, § 52 RdNr 4), wird damit klargestellt, dass grundsätzlich nicht die KÄV, sondern die Krankenkasse das Risiko des Ausfalls der Forderung der Krankenkasse zu tragen hat.

17

c) Mit der Einführung des [§ 106 Abs 5c SGB V](#) ist eine über die genannten bundesmantelvertraglichen Bestimmungen hinausgehende gesetzliche Regelung speziell zum Richtgrößenregress getroffen worden, die nicht lediglich die Einziehung der Forderung zum Gegenstand hat. Ausgangspunkt bleibt zwar der nach [§ 106 Abs 5c Satz 1](#), [Abs 5a Satz 3 SGB V](#) durch den Prüfungsausschuss festzusetzende Anspruch der Krankenkassen gegenüber dem Arzt, der das Richtgrößenvolumen überschritten hat. Dieser Anspruch wird jedoch durch [§ 106 Abs 5c Satz 2](#) und 3 SGB V (in der Fassung des GMG, im Folgenden aF; nach der Einfügung eines neuen Satzes 2 durch das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz - AMNOG) vom 22.12.2010 ([BGBl I 2262](#)) mWv 1.1.2011 als Satz 3 und 4) in der Weise "umgeformt" (so Clemens, *jurisPK-SGB V*, 2. Aufl 2012, § 106 RdNr 388; vgl auch Bayerisches LSG Urteil vom 3.12.2008 - [L 12 KA 5/08](#) - Juris RdNr 34), dass einerseits die der KÄV zustehende Gesamtvergütung um von der dem Prüfungsausschuss bzw heute von der Prüfungsstelle festgesetzten Regressbetrag reduziert wird und andererseits die KÄV in der jeweiligen Höhe Rückforderungsansprüche gegenüber dem Vertragsarzt erwirbt. Eine Verknüpfung zwischen Erfüllung der Forderung der KÄV durch den Vertragsarzt und der Reduzierung der Gesamtvergütung wird dabei nicht hergestellt. Voraussetzung der Reduzierung der Gesamtvergütung ist lediglich die Festsetzung des Regressbetrags durch den Prüfungsausschuss bzw die Prüfungsstelle, nicht dagegen die Durchsetzbarkeit der festgesetzten Forderung der KÄV gegenüber dem Vertragsarzt (so auch Engelhard in Hauck/Noftz, *SGB V*, K § 106 RdNr 246; Krauskopf in ders, *Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, SGB V*, § 106 RdNr 44; Rompf/Weinrich in Liebold/Zalewski, *Kassenarztrecht*, [§ 106 SGB V](#) RdNr C 106-71). [§ 106 Abs 5c Satz 3 Teilsatz 2 SGB V](#) aF, der bestimmt, dass die Rückforderungsansprüche, die die KÄV gegenüber dem Vertragsarzt hat, der an die KÄV zu entrichtenden Vergütung zugerechnet werden, kommt kein eigenständiger Regelungsgehalt zu. Schließlich wird die Gesamtvergütung bereits nach [§ 106 Abs 5c Satz 2 SGB V](#) aF um den Regressbetrag reduziert. Eine doppelte Berücksichtigung zu Lasten der Gesamtvergütung soll daraus erkennbar nicht folgen (so auch Engelhard in Hauck/Noftz, *SGB V*, K § 106 RdNr 236).

18

Die Gesetzgebungsmaterialien zum GMG bestätigen, dass das Risiko des Ausfalls der Forderung der Krankenkasse gegenüber dem Arzt mit der Einführung des [§ 106 Abs 5c SGB V](#) auf die KÄV übergehen sollte. Nach der Gesetzesbegründung ([BT-Drucks 15/1525 S 117](#)) zu [§ 106 Abs 5c Satz 4 SGB V](#) aF, der die Stundung und den Erlass der Rückforderung durch die KÄV zum Gegenstand hat, sollte die nach bisherigem Recht der Prüfungsstelle übertragene Kompetenz, die Belastung des Vertragsarztes aufgrund von Rückforderungen bei wirtschaftlicher Gefährdung der Praxis zu verringern, auf die KÄV verlagert werden. Für den (Teil-)Verzicht auf die Rückforderung - so die Gesetzesbegründung - könne die KÄV entsprechende Rücklagen bilden. Daraus wird deutlich, dass der Gesetzgeber die Belastung, die das vorgesehene Ausgleichsverfahren im Falle eingeschränkter wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit des Vertragsarztes für die KÄV bewirken kann, durchaus gesehen hat. Er hat dies jedoch in Kauf genommen, um das Verfahren des Ausgleichs auch im Interesse des Vertragsarztes zu vereinfachen, der den Regressbetrag damit nicht mehr an eine Vielzahl von Krankenkassen einzeln zu erstatten hat ([BT-Drucks 15/1525 S 117](#)).

19

Es erscheint im Übrigen konsequent, dass die KÄV, die für die Durchsetzung der Forderung gegenüber dem Vertragsarzt zuständig ist und die damit auch über die Stundung und den Erlass der Forderung entscheiden kann, auch die wirtschaftlichen Folgen dieser Entscheidung zu tragen hat. Das wird gerade im vorliegenden Verfahren deutlich. Die Klägerin hat zur Begründung dafür, dass sie Rückforderungsansprüche gegenüber dem Vertragsarzt nicht durchsetzen könne, lediglich darauf verwiesen, dass dieser nicht mehr vertragsärztlich tätig sei und dass deshalb eine Aufrechnung gegen Honorarforderungen ausgeschlossen sei. Dabei hat die Klägerin aber offenbar nicht berücksichtigt, dass sie zur Durchsetzung ihrer Forderung gegenüber dem Vertragsarzt nicht auf die Aufrechnung mit Honoraransprüchen beschränkt ist, sondern den durch die Prüfungsgremien bestandskräftig festgesetzten Anspruch auch gegenüber einem ausgeschiedenen Vertragsarzt geltend machen kann. Zu der Frage, ob die Klägerin überhaupt den Versuch unternommen hat, ihre Forderung gegenüber dem Vertragsarzt durchzusetzen, ist weder den Feststellungen des SG noch dem Vorbringen der Klägerin im Revisionsverfahren etwas zu entnehmen. Der Umstand, dass die Klägerin geltend gemacht hat, ihre Forderung an die Beklagte abgetreten zu haben und dabei - zu Unrecht (vgl nachfolgend 2.b) - von der Wirksamkeit der Abtretung ausgegangen ist, spricht jedenfalls dagegen, dass Bemühungen zur Beitreibung der Forderung gegenüber dem in Regress genommenen Vertragsarzt unternommen worden sind. Dass ein solcher ggf in die alleinige Verantwortung der KÄV fallender Fehler nicht zu Lasten der Krankenkasse geht, erscheint auch im Ergebnis sachgerecht.

20

Dass der Gesetzgeber die Zuständigkeit für die Entscheidung über die Stundung oder den Erlass von Forderungen gegenüber dem Vertragsarzt mit den wirtschaftlichen Folgen dieser Entscheidung verknüpfen wollte, wird ferner durch den mit dem AMNOG angefügten - allerdings erst zum 1.1.2011 in Kraft getretenen und damit für das vorliegende Verfahren noch nicht maßgebenden - [§ 106 Abs 5c Satz 6 SGB V](#) bestätigt. Durch die Neuregelung erhält neben der KÄV auch die Krankenkasse die Möglichkeit, den gegenüber dem Arzt bestehenden Rückforderungsanspruch zu stunden oder zu erlassen. Für den Fall der Stundung oder des Erlasses durch die Krankenkasse wird die Reduzierung der Gesamtvergütung ausgeschlossen, mit der Folge, dass sich die von der Krankenkasse zu verantwortende Entscheidung wirtschaftlich nicht zu Lasten der KÄV auswirken kann.

21

2.a) Wie das SG bereits zutreffend ausgeführt hat, steht auch der Umstand, dass die vertragsärztliche Vergütung mit der Umstellung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zum 1.1.2009 grundlegend neu geregelt worden ist, einer Übertragung des Risikos der fehlenden Durchsetzbarkeit von Regressforderungen auf die KÄV nicht entgegen. Insofern gilt für Forderungen aus einem Regress wegen Überschreitung von Richtgrößen nichts anderes als für Ansprüche der KÄV gegenüber einem Arzt auf Erstattung von Honorar wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise oder auf Rückzahlung von Honorar bei einer nachgehenden sachlich-rechnerischen Richtigstellung. Auch insoweit hat die KÄV das Risiko zu tragen, dass die Forderung zB gegenüber einem insolventen, aus der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschiedenen Arzt nicht mehr durchgesetzt werden kann, ohne dass sich daraus unauflösbare Widersprüche zu den seit dem 1.1.2009 geltenden Regelungen zur vertragsärztlichen Vergütung ergeben würden. Etwas anderes würde nur gelten, wenn die Trennung der Rechtskreise zwischen der Zahlung der Gesamtvergütung durch die Krankenkassen an die KÄV auf der einen Seite und die Verteilung der Gesamtvergütung an die Vertragsärzte auf der anderen Seite zum 1.1.2009 aufgegeben worden wäre. Dies ist indes nicht der Fall. Die Krankenkassen zahlen die Gesamtvergütung gemäß [§ 87a Abs 3 Satz 1 SGB V](#) auch im Jahr 2009 mit befreiender Wirkung an die KÄV, die diese an die Ärzte zu verteilen hat. Insofern sind wesentliche Elemente des bisherigen Vergütungsrechts übernommen worden (vgl BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 29 RdNr 26; [BSGE 111, 114](#) = SozR 4-2500 § 87 Nr 26, RdNr 59). Bereits die feste, begrenzte Gesamtvergütung schließt die Vergütung aller vertragsärztlichen Leistungen mit einem garantierten Punktwert aus (vgl BSG SozR 4-2500 § 87b Nr 4 RdNr 26). Eine Reduzierung der Gesamtvergütung nach [§ 106 Abs 5c Satz 2 SGB V](#) aF hat damit eine Verringerung der Mittel zur Folge, die für die Verteilung an die Ärzte zur Verfügung stehen.

22

b) Die Klägerin kann zur Begründung ihrer Forderung auch nicht mit Erfolg geltend machen, dass sie ihre gegenüber dem Arzt bestehenden Rückforderungsansprüche an die Beklagte abgetreten habe. Eine Abtretung der Rückforderungsansprüche der KÄV an die Krankenkasse sieht [§ 106 Abs 5c SGB V](#) nicht vor. Bundesmantelvertragliche Bestimmungen wie § 48 Abs 2 Satz 3 EKV-Ä (vgl oben 1.b) können die gesetzliche Regelung nicht außer Kraft setzen (zu § 52 Abs 1 BMV-Ä vgl BSG SozR 4-1500 § 86a Nr 2 RdNr 13). Unter diesen Umständen kann dahingestellt bleiben, ob sich die Klägerin überhaupt gegenüber der Beklagten auf die in § 48 Abs 2 Satz 3 EKV-Ä vorgesehene Regelung zur Abtretung berufen kann. Nach dem Wortlaut der Vorschrift sind die entsprechenden Regelungen durch die Gesamtvertragspartner und die Vertragspartner der Prüfvereinbarung zu treffen. § 48 Abs 2 EKV-Ä regelt die dabei zu berücksichtigenden Grundsätze. Nach der Auskunft der Beteiligten des vorliegenden Verfahrens sind Vereinbarungen zur Umsetzung dieser Grundsätze in Brandenburg nicht getroffen worden.

23

c) Auch der Einwand der Klägerin, dass eine Reduzierung der Gesamtvergütung, die unabhängig von der Durchsetzbarkeit eines Rückforderungsanspruchs der KÄV gegenüber dem regresspflichtigen Vertragsarzt eingreift, zu einer "Kollektivhaftung" führen würde, die nach der Gesetzesbegründung mit [§ 106 Abs 5c SGB V](#) gerade nicht eingeführt werden sollte, greift nicht durch. Zwar weist die Klägerin zutreffend darauf hin, dass nach der Gesetzesbegründung ([BT-Drucks 15/1525 S 117](#)) mit dem Ausgleichsverfahren über die KÄV keine neue Form der "Kollektivhaftung" eingeführt werden sollte. Mit dem Begriff der "Kollektivhaftung" wird dabei der Bezug zu der Rechtslage vor den Änderungen durch das Gesetz zur Ablösung des Arznei- und Heilmittelbudgets (Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz (ABAG)) vom 19.12.2001 ([BGBl I 3773](#)) mWv 31.12.2001 und dem bis dahin geltenden [§ 84 Abs 1 Satz 4 SGB V](#) hergestellt. Nach dieser Vorschrift hatten Überschreitungen des Arzneimittelbudgets zwingend eine Reduzierung der Gesamtvergütung zur Folge. Diese in der Literatur als "Kollektivhaftung" kritisierte Regelung (vgl zB Wienke/Sauerborn, MedR 1996, 243; Boecken, MedR 2000, 165, 169 ff) ist mit dem ABAG aufgehoben worden (vgl [BT-Drucks 14/6309 S 6](#)).

24

Eine [§ 84 Abs 1 Satz 4 SGB V](#) idF des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes entsprechende Regelung ist indes - entgegen der Auffassung der Klägerin - mit [§ 106 Abs 5c SGB V](#) nicht eingeführt worden. Kennzeichnend für die sog "Kollektivhaftung" war der Umstand, dass kein Bezug zu Regressansprüchen gegenüber einzelnen Ärzten bestand, sondern dass die Budgetüberschreitung als solche eine entsprechende Reduzierung der Gesamtvergütung zur Folge hatte. Im Gegensatz dazu regelt [§ 106 Abs 5c Satz 2 SGB V](#) aF die Reduzierung der Gesamtvergütung in Höhe des durch den Prüfungsausschuss gegenüber den einzelnen Ärzten festgesetzten Regressbetrags. Allein der Umstand, dass die KÄV das Risiko des Ausfalls der Forderung zB aufgrund einer Insolvenz des Vertragsarztes zu tragen hat, ist - worauf in der Gesetzesbegründung zur Einführung des [§ 106 Abs 5c SGB V](#) zutreffend hingewiesen wird - nicht gleichbedeutend mit einer Rückkehr zu der Rechtslage vor der Aufhebung des [§ 84 Abs 1 Satz 4 SGB V](#) aF durch das ABAG (aA Rompf/Weinrich in Liebold/Zalewski, Kassenarztrecht, [§ 106 SGB V](#) RdNr C 106-72).

25

3. Die Rechtmäßigkeit der Streitgegenständlichen Reduzierung der Gesamtvergütung hängt damit nicht von der Durchsetzbarkeit des Rückforderungsanspruchs der Klägerin gegenüber den einzelnen Vertragsärzten ab. Voraussetzung ist nach [§ 106 Abs 5c Satz 1](#) und 2 SGB V aF lediglich, dass die Prüfungsgremien den der Beklagten aus dem Richtgrößenregress zustehenden Betrag festgesetzt haben. Die Zuständigkeit der Prüfungsgremien für die Festsetzung des Regresses besteht unabhängig davon, ob der Vertragsarzt zum Zeitpunkt der Festsetzung des Regresses noch vertragsärztlich tätig war (BSG SozR 4-5540 § 48 Nr 2 RdNr 25 ff mwN; BSG SozR 4-5545 § 23 Nr 2 RdNr 22

ff mwN). In Übereinstimmung damit hat die Beklagte vorliegend - nach den von den Beteiligten nicht mit zulässigen Revisionsrügen angegriffenen und damit für den Senat bindenden ([§ 163 SGG](#)) Feststellungen des SG - die Gesamtvergütung im Quartal II/2009 um die Summe der zuvor durch den Prüfungsausschuss gegenüber zwei Vertragsärzten festgesetzten Regressbeträge verringert. Da die Beklagte die Gesamtvergütung zu Recht verringert hat, hat die Klägerin weder Anspruch auf die geltend gemachte Zahlung noch auf Prozesszinsen (zum Anspruch auf Prozesszinsen im Gesamtvergütungsstreit vgl. [BSGE 95, 141](#) RdNr 30 = [SozR 4-2500 § 83 Nr 2](#) RdNr 38; BSG Beschluss vom 27.6.2012 - [B 6 KA 65/11 B](#) - ZMGR 2012, 435 = Juris RdNr 8 am Ende und RdNr 13, jeweils mwN).

26

4. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG](#) iVm einer entsprechenden Anwendung der [§§ 154 ff VwGO](#). Danach hat die Klägerin die Kosten des erfolglos eingelegten Rechtsmittels zu tragen ([§ 154 Abs 2 VwGO](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2016-03-03