

Bundessozialgericht

6 RKa 27/86

Im Namen des Volkes

Urteil

Verkündet am
27. Januar 1987

in dem Rechtsstreit

.....,

Klägerin und Revisionsbeklagte,

Prozeßbevollmächtigte:,

g e g e n

.....,

Beklagte,

Prozeßbevollmächtigte:,

beigeladen:

1),

Revisionsklägerin,

2)

-2-



JLaw – Gesetze und Urteile

Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile

[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

-2-

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche
Verhandlung vom 27. Januar 1987
für Recht erkannt:

Auf die Revision der Beigeladenen zu 1) wird das Urteil des
Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 19. März 1986
- L 1 Ka 2148/84 - aufgehoben und die Streitsache zur er-
neuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialge-
richt zurückverwiesen, soweit die Berufung der Beigeladenen
zu 1) gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom
11. Juli 1984 - S 8 Ka 791/83 - zurückgewiesen worden ist.

G r ü n d e :

I

Umstritten ist die Rechtswirksamkeit einer Aufrechnung im Rahmen
der Abrechnung poliklinischer Leistungen.

Die Klägerin, die Universität F. , fordert von der beklagten
Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) einen Vergütungsbetrag in Höhe
von DM 7.934,56. Diese Forderung bezieht sich auf ambulante



[JLaw - Gesetze und Urteile](#)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
(mobile App)



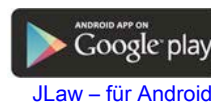
[JLaw - für Android](#)



[JLaw - für iOS](#)

-3-

Sachleistungen, die im Rahmen der Behandlung von Versicherten der RVO-Kassen (Krankenkassen iS des § 225 der Reichsversicherungsordnung -RVO-) in Kliniken der Klägerin erbracht worden sind. Den Vergütungsbetrag behielt die beklagte KÄV wegen eines Arzneimittelregresses ein. Der Regreß war von der AOK Mittelfranken, der Beigeladenen zu 1), geltend gemacht und mit einer unwirtschaftlichen Verordnungsweise von Ärzten des Instituts für Röntgendiagnostik des Klinikums der Klägerin in der Zeit vom 20. Februar 1974 bis zum 29. September 1977 begründet worden. Der für diese Zeit maßgeblich gewesene, zwischen dem Land Baden-Württemberg und der Beklagten geschlossene Poliklinik-Vertrag bestimmte ua, daß § 368e RVO (Gebot der wirtschaftlichen Behandlungs- und Verordnungsweise) zu beachten war. Nach Auskunft des Beigeladenen zu 2), des Prof. Dr. K. vom Zentrum Radiologie des Klinikums der Klägerin, habe es sich bei den in den Regreßanträgen aufgeführten Versicherten offensichtlich um Sportler gehandelt, die in der Sporttraumatologischen Spezialambulanz untersucht und behandelt worden seien. Der RVO-Prüfungsausschuß bei der Beklagten setzte durch Bescheid vom 29. August 1978 einen Arzneimittelregreß in Höhe des hier strittigen Vergütungsbetrages fest. Den Widerspruch der Klägerin wies der RVO-Beschwerdeausschuß, nachdem die Beigeladene zu 1) wiederholt sein Tätigwerden angemahnt hatte, durch Bescheid vom 16. März 1982 zurück. Die Beklagte setzte daraufhin am 29. Juli 1982 den Regreßbetrag bei der Abrechnung von Vergütungsansprüchen der Klägerin für das Quartal I/1982 ab. Die gegen die Bescheide der Prüfungsgremien erhobene Aufhebungsklage und die damit zugleich erhobene Leistungsklage auf Auszahlung des einbehaltenen Honorarbetrages hat



das Sozialgericht (SG) getrennt und zunächst über die gegen den RVO-Beschwerdeausschuß gerichtete Aufhebungsklage entschieden. Die angefochtenen Bescheide sind mit der Begründung aufgehoben worden, die Prüfungsgremien seien nicht berechtigt, gegenüber der Klägerin Verwaltungsakte zu erlassen (Urteil des SG vom 16. Februar 1983 -S 8 Ka 667/82-, Urteil des Landessozialgerichts -LSG- vom 2. November 1983 -L 1 Ka 889/83-).

Auf die Leistungsklage hat das SG die Beklagte zur Zahlung des geforderten Vergütungsbetrages verurteilt. Hinsichtlich des geltend gemachten Zinsanspruchs hat es die Klage abgewiesen (Urteil vom 11. Juli 1984 -S 8 Ka 791/83-).

Das LSG hat die Berufung der AOK und die Anschlußberufung der Klägerin zurückgewiesen. Zur Berufung der AOK hat es ausgeführt: Die Beklagte sei nicht berechtigt gewesen, den strittigen Betrag am 29. Juli 1982 von der Abrechnung des Klägers für das Quartal I/1982 abzusetzen und einzubehalten. Bei der Einbehaltung handele es sich um eine Aufrechnung. Es könne dahingestellt bleiben, ob die Voraussetzungen für eine Aufrechnung durch die Beklagte vorgelegen hätten, ihr insbesondere eine aufrechnungsfähige Forderung gegenüber der Beklagten zugestanden habe. Am 29. Juli 1982 habe sie jedenfalls nicht mehr mit den von ihr erhobenen Forderungen - Arzneimittelregreßforderungen aus den Jahren 1974 bis 1977 - aufrechnen können, denn diesen Forderungen habe die Einrede der Verjährung entgegengestanden, die von der Klägerin auch erhoben worden sei. Die Einbeziehung der Klägerin in die kassenärztliche Versorgung lasse es trotz der vertragli-

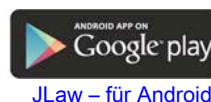


chen Grundlage des Schadensersatzanspruchs als sachgerecht erscheinen, die allgemeine sozialrechtliche Verjährungsfrist von 4 Jahren anzuwenden. Spätestens mit Ablauf des 31. Dezember 1981 seien alle Forderungen verjährt gewesen (entsprechende Anwendung des § 45 des Sozialgesetzbuches -Allgemeiner Teil- -SGB I-). Die gegenüber der Klägerin erlassenen Regreßbescheide hätten zwar zunächst die Verjährung unterbrochen (entsprechende Anwendung der Regelungen des BGB; vgl jetzt § 52 Abs 1 SGB X -Verwaltungsverfahren-). Die Unterbrechung der Verjährung sei aber mit der Aufhebung der Regreßbescheide rückwirkend entfallen (§ 212 Abs 1 BGB), eventuell schon früher wegen Nichtbetreibens des Verfahrens durch die Beklagte (vgl BSG SozR 2200 § 29 Nr 13). Es seien auch nicht die Voraussetzungen des § 212 Abs 2 BGB erfüllt, wonach bei einer erneuten Klageerhebung binnen 6 Monaten die Verjährung als durch die erste Klage unterbrochen gelte. Der Klageerhebung und dem Erlaß eines Verwaltungsaktes seien allerdings die im § 209 Abs 2 BGB aufgeführten Prozeßhandlungen gleichzusetzen. Eine Unterbrechungswirkung könne jedoch nur eindeutigen Maßnahmen durchgreifenden Charakters zuerkannt werden (vgl Feldmann in Münchener Kommentar zum BGB, 1978, § 209 RdNr 24). Dazu zähle auch die Aufrechnung im Prozeß. Entgegen der Auffassung der Beigeladenen zu 1) sei eine Aufrechnung bis zum Ablauf der letzten Verjährungsfrist am 1. Januar 1982 nicht erfolgt. Die Beklagte habe auch nicht innerhalb der Frist von 6 Monaten nach Aufhebung der Regreßbescheide (durch Urteil des Senats vom 2. November 1983) eine Leistungsklage gegen die Klägerin erhoben oder in dem zugrundeliegenden Verfahren die Aufrechnung erklärt. Eine solche Aufrechnung könne nicht, wie die Beigeladene zu 1) meine, im



erstinstanzlichen Schriftsatz der Beklagten vom 1. Dezember 1983 gesehen werden.

Die Beigeladene zu 1) hat Revision eingelegt. Sie rügt, das angefochtene Urteil beruhe auf einer unrichtigen Anwendung von Verjährungsvorschriften sowie der §§ 103, 128 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) und §§ 133, 390 BGB. Eine analoge Anwendung des § 45 SGB I und der §§ 50, 113 SGB X verbiete sich, weil die zur Aufrechnung gestellte Forderung nicht mit den Ansprüchen iS dieser Vorschriften vergleichbar sei; gegen eine Heranziehung des § 113 SGB X spreche außerdem, daß diese Vorschrift erst am 1. Juli 1983 in Kraft getreten sei. Es gelte daher die 30jährige Verjährungsfrist des § 195 BGB (§ 61 SGB X). Aber selbst bei Annahme einer 4jährigen Verjährungsfrist habe die Beklagte am 29. Juli 1982 wirksam aufgerechnet. Die zu diesem Zeitpunkt bestandene Aufrechnungslage habe nicht durch die nachfolgende Aufhebung der Regreßbescheide beseitigt werden können; das gelte zumindest dann, wenn, wie hier, die Aufrechnung erklärt und vollzogen worden sei. Das LSG verneine auch zu Unrecht die Tatbestandsvoraussetzungen des § 212 Abs. 2 BGB. Mit der Auslegung der Erklärung im Schriftsatz der Beklagten vom 1. Dezember 1983 verletze es § 133 BGB. Die Ausführungen der Beklagten in diesem Schriftsatz ergäben nur dann einen Sinn, wenn in ihnen eine (Prozeß)Aufrechnung gesehen werde. Der Begriff "Aufrechnung" müsse nicht ausdrücklich verwendet werden. Gegen die Klageforderung sei im gesamten Prozeßverlauf nichts weiter eingewendet worden als die Gegenforderung. Wer sich gegenüber einem Klageanspruch (nur) mit dem Hinweis auf eine Gegenforderung wehre, wolle



aufrechnen. Jede andere Interpretation eines derartigen Prozeßverhaltens verletze allgemeine Auslegungsgrundsätze, die dem re-visiblen Recht zuzuordnen seien. Damit sei auch revisibel, ob eine bestimmte Erklärung eine Aufrechnung darstelle. Darüber hinaus habe die Beklagte in ihrem Schriftsatz vom 26. April 1984, also ebenfalls innerhalb der Frist des § 212 Abs 2 BGB, unter ausdrücklicher Verwendung des Begriffs "Anfechtung" (gemeint ist offensichtlich der im Schriftsatz verwendete Begriff "Aufrechnung") erklärt, sie beziehe sich insoweit auf die Ausführungen der AOK Mittelfranken vom 21. Februar 1984 in diesem Verfahren, wo gesagt werde, mit der fraglichen Forderung könne gegen den Klageanspruch aufgerechnet werden, so daß die Klage abzuweisen sei. Das LSG habe dadurch, daß es dieses Vorbringen bei seiner Entscheidung ersichtlich nicht erwogen habe, den Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt, darüber hinaus auch § 103 SGG. Hätte das LSG die Erklärung im Schriftsatz vom 26. April 1984 berücksichtigt, dann wäre es wohl zu dem Ergebnis gelangt, daß die Tatbestandsvoraussetzungen des § 212 Abs 2 und des § 209 Abs 2 Nr 3 BGB erfüllt seien. Die vom LSG aufgeworfene Frage, ob nicht die Unterbrechungswirkung der Verwaltungsakte durch Nichtbetreiben des (Widerspruchs-)Verfahrens gegen den Bescheid vom 29. August 1978 bereits früher entfallen sei, müsse ebenfalls verneint werden. Das LSG habe insoweit keinerlei Feststellungen getroffen. Die neue Verjährungsfrist wäre spätestens durch den Widerspruchsbescheid vom 16. März 1982 wiederum unterbrochen worden (§ 211 Abs 2 Satz 2 BGB).



-8-

Die Beigeladene zu 1) beantragt,

das Urteil des LSG vom 19. März 1985 -L 1 Ka 2148/84-

und das Urteil des SG Freiburg vom 11. Juli 1984

-S 8 Ka 791/82- aufzuheben, soweit der Klage

stattgegeben worden ist, und die Klage in vollem

Umfange abzuweisen,

hilfsweise,

die Sache an das LSG zurückzuverweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie ist der Auffassung, die Angriffe der AOK gegen das Ergebnis des Berufungsurteils beruhten auf Rechtsirrtum und Abweichung vom Sachverhalt; insbesondere sei die "Einbehaltung" nicht nur als einer Aufrechnung zu verstehen, sondern zB auch als Zurückbehaltung bis zur Vorlage der Krankenscheine. Außerdem wendet sie sich gegen die Begründung des Berufungsurteils, weil diese die Besonderheiten der Organisation der Sicherstellung kassenärztlicher Versorgung und Gewährleistung der Freiheit von Forschung und Lehre verkannt habe. Die Begrenzung der kassenärztlichen Versorgung (§ 368e RVO) sei von der KÄV über Verwarnung, Verweis, Geldbuße oder Anordnung des Ruhens der Zulassung, nicht aber über Ersatz eines Schadens durchzusetzen, weil die Obergrenze der Wirtschaftlichkeit nicht dem Schutz der Kostenträger (Kassen), sondern der Versichertengemeinschaft zum Gegenstand habe (§ 368n Abs 2 Satz 2 iVm § 368m Abs 4 RVO). Wie bei einem rechtzeitigen Eingreifen der Kasse (§ 369b Abs 1 Nr 1 RVO) weiter zu verfahren



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



-9-

sei, ergebe sich aus § 369b Abs 2 RVO: Unterrichtung des Versicherten, des Kassenarztes und der Kasse, kein Eingriff in die Behandlungsfreiheit des Arztes und kein Schadensersatz. Die Überschreitung eines so unbestimmten Indikators wie der Wirtschaftlichkeit könne für sich kein zum Schadensersatz verpflichtender Tatbestand sein. Die Durchsetzung der vertraglichen oder oktroyierten Konkretisierung der Wirtschaftlichkeit (§ 368g Abs 1, § 368h RVO) sei nicht den Kassen, sondern ausschließlich der KÄV zugewiesen (§ 368n RVO). Die Bezugnahme im Poliklinik-Vertrag auf die Wirtschaftlichkeit begründe keine Ansprüche der Kasse, sondern bezeichne, daß die Vertragschließenden den Leistungsinhalt der kassenärztlichen Versorgung nicht durch andere Leistungsinhalte der poliklinischen Versorgung hätten verändern wollen. "Die im Verkehr erforderliche Sorgfalt" des nicht der kassenärztlichen Versorgung zugehörigen Arztes oder des Universitätsklinikums gebe es nur gegenüber dem Patienten, nicht gegenüber einer der vielen Krankenkassen Deutschlands. Nach dem Universitätsgesetz des Landes Baden-Württemberg vom 22. November 1977 (GBl Seite 473) gehöre zu den Aufgaben der Universität die Krankenversorgung als Zusammenhangstätigkeit zu Lehre und Forschung, dagegen eindeutig nicht die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung (grundgesetzlich verbürgte Freiheit von Forschung und Lehre!). Die Auffassung, der Prozeß gehöre vor die Zivilgerichte, werde insbesondere darauf gestützt, daß über die nach Sozialrecht typische Rückgriffsform rechtskräftig entschieden sei, daß ihre Forderungen ausschließlich festliegende Geldleistungen, deren Schuldner die KÄV sei, zum Gegenstand hätten und die Poliklinik-Verträge nach der Ermächtigungsnorm einen an-



deren Gegenstand gar nicht haben könnten und daß nach den Unterstellungen des LSG und der rechtskräftigen Erledigung des sozialrechtlichen oder öffentlich-rechtlichen Bereichs nun nur noch Schadensersatz, Drittschadensliquidation usw, also ausschließlich Institutionen des Privatrechts in Rede stünden. Schließlich bleibe aufrechterhalten, was im ersten und zweiten Rechtszug mit dem Ziele ausgeführt worden sei, der Fachkammer und dem Fachsenat vor Augen zu führen, daß sie nicht gesetzliche (neutrale) Richter seien. Es werde weiterhin gerügt, daß die Klägerin vor ein Gericht gezwungen werde, in dem ehrenamtliche Richter Einfluß hätten, die in einem Spannungsverhältnis zu ihr stehen müßten, weil die poliklinischen Einrichtungen entweder als Wettbewerber oder als der Einwirkung entzogen verstanden würden.

Die Beklagte schließt sich den Ausführungen der Beigeladenen zu 1) an.

II

Der Senat entscheidet wie das LSG in der Besetzung mit je einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Krankenkassen und der Kassenärzte. Bei der vorliegenden Streitsache handelt es sich um eine Angelegenheit des Kassenarztrechts iS von Satz 1 des auch im Revisionsverfahren geltenden § 12 Abs 3 SGG (§§ 40, 33 SGG), also nicht um eine Angelegenheit (ausschließlich) der Kassenärzte iS von Satz 2 der genannten Vorschrift. Bei der Abgrenzung dieser beiden Angelegenheiten ist im allgemeinen darauf abzustellen, ob



bei der Verwaltungsentscheidung, die Gegenstand des Rechtsstreits ist, auch Vertreter der Krankenkassen oder nur Vertreter der KÄV mitzuwirken haben (BSGE 44, 244). Dieses Abgrenzungskriterium kann hier allerdings nicht herangezogen werden, denn es geht in diesem Rechtsstreit nicht um eine Verwaltungsentscheidung, sondern um Ansprüche aus einem Vertrag. In einem solchen Fall kommt es darauf an, ob der Gegenstand der vertraglichen Regelung dem gemeinsamen Verantwortungsbereich der Krankenkassen und der Kassenärzte oder dem alleinigen Verantwortungsbereich der Kassenärzte zuzuordnen ist. Das Kassenarztrecht wird von dem Grundsatz beherrscht, daß Ärzte und Krankenkassen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Versicherten und ihren Angehörigen zusammenwirken (§ 368 Abs 1 Satz 1, § 368g RVO). Davon ausgehend ist die kassenärztliche Versorgung als solche grundsätzlich eine gemeinsame Angelegenheit der Krankenkassen und der Kassenärzte. Das Gesetz weist jedoch einen weiten Bereich der kassenärztlichen Versorgung der KÄV - dem Zusammenschluß der Kassenärzte zur Erfüllung ihrer Aufgaben (§ 368k Abs 1 RVO) - zur selbständigen und eigenverantwortlichen Durchführung zu (s vor allem § 368n Abs 1, Abs 2 Sätze 1 und 2 RVO). Daraus ergeben sich ausschließliche Zuständigkeiten der KÄV (zB § 368n Abs 4 Satz 1, § 368f Abs 1 Sätze 2 bis 5, § 368m Abs 4 RVO; dagegen § 368n Abs 5 RVO). Auch soweit die KÄV weitere Aufgaben außerhalb der kassenärztlichen Versorgung übernehmen darf oder ihr solche Aufgaben übertragen sind (§ 368n Abs 2 Sätze 3 bis 5 RVO), ist von ihrer ausschließlichen Zuständigkeit auszugehen (vgl BSG SozR 1500 § 12 SGG Nr 4). In der vertragsärztlichen Versorgung der Ersatzkassenmitglieder, die aufgrund des § 368n Abs 2 Satz 3



RVO übernommen worden ist, haben sich die Ersatzkassen allerdings Mitspracherechte vertraglich ausbedungen (zT durch gesetzliche Regelungen veranlaßt - § 525c RVO), so daß es auch auf diesem Gebiet gemeinsame Angelegenheiten der Krankenkassen (Ersatzkassen) und der KÄV gibt (vgl § 6 des Arzt/Ersatzkassen-Vertrages). Im vorliegenden Fall sind Ansprüche aus einem sogenannten Poliklinik-Vertrag streitig. Dabei handelt es sich um einen Vertrag, der die Teilnahme der poliklinischen Einrichtungen von Hochschulen an der kassenärztlichen Versorgung regelt (§ 368a Abs 1 iVm § 368d Abs 1 Satz 3 und § 368n Abs 3 Sätze 3 ff RVO). Gegenstand des Vertrages ist also die kassenärztliche Versorgung, die grundsätzlich eine gemeinsame Angelegenheit der Krankenkassen und der KÄV ist. Zwar ist der Abschluß des Vertrages der KÄV übertragen, die Wirksamkeit des Vertrages setzt aber ein Einvernehmen mit den Krankenkassen voraus (§ 368n Abs 3 RVO). Daraus folgt, daß der Regelungsgegenstand - die ärztliche Behandlung der Versicherten in poliklinischen Einrichtungen - im gemeinsamen Verantwortungsbereich der Krankenkassen und der KÄV geblieben ist (vgl BSGE 56, 222).

Die Vorinstanzen haben mit Recht den Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit für zulässig gehalten. Zu entscheiden ist über eine öffentlich-rechtliche Streitigkeit in Angelegenheiten der Sozialversicherung, zu denen auch die Angelegenheiten des Kassenarztrechts gehören (§ 51 Abs 1 und Abs 2 Satz 2 SGG). Soweit die Klägerin die öffentlich-rechtliche Natur des geltend gemachten Anspruchs verneint, kann ihr nicht gefolgt werden. Der Anspruch hat seine Rechtsgrundlage in einem nach § 368d Abs 1



Satz 3 iVm § 368n Abs 3 Satz 3 RVO geschlossenen Poliklinik-Vertrag. Die Vertragsparteien sind öffentlich-rechtliche Körperschaften. Der Vertrag regelt die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung, bei der es sich um ein öffentlich-rechtliches Leistungssystem handelt (§§ 368 ff RVO; vgl BSGE 59, 172, 177). Es liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, daß der Gesetzgeber die poliklinische Behandlung der Versicherten aus dem öffentlich-rechtlichen Leistungssystem herausnehmen und privatrechtlichen Vereinbarungen überlassen wollte. Es kann dahingestellt bleiben, wie die Rechtswegfrage vor Inkrafttreten des Gesetzes über Kassenarztrecht vom 17. August 1955 -GKAR- (BGBl I 513) zu beurteilen war (s Urteil des Bundesgerichtshofs -BGH- vom 20. November 1954 -II ZR 240/53- in DOK 1955, 29). Jedenfalls ist durch das GKAR und die daran anschließenden Gesetzesnovellen ein öffentlich-rechtliches Leistungssystem geschaffen worden, das die gesamte ambulante ärztliche Versorgung der Versicherten umfaßt, also nicht nur die Leistungen der zugelassenen Kassenärzte, sondern auch die Leistungen, die von anderen Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen erbracht werden dürfen (§ 368a Abs 1 RVO idF des Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetzes vom 28. Dezember 1976 -KVG-, BGBl I 3871; zu den abgestuften Möglichkeiten der Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung vgl Heinemann/Liebold, Kassenarztrecht, Stand: Januar 1986, § 368a RVO RdNr C 91). Dementsprechend ist auch die Inanspruchnahme poliklinischer Einrichtungen durch die Versicherten im Kassenarztrecht geregelt (§ 368d Abs 1 Satz 3 RVO), desgleichen die Ermächtigung und Verpflichtung der KÄV zum Abschluß von Poliklinik-Verträgen (§ 368n Abs 3 Sätze 3 und 4 RVO). Der öffentlich-



rechtliche Charakter des Rechtsverhältnisses wird schließlich durch die Regelung unterstrichen, daß im Falle der Nichteinigung auf Antrag eines der Vertragspartner die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde im Einvernehmen mit der für die Hochschule zuständigen obersten Landesbehörde entscheidet (§ 368n Abs 3 Satz 7 RVO idF des KVG).

Die Revision der beigeladenen AOK ist zulässig. Die zutreffenden Ausführungen im Berufungsurteil zur Rechtsmittelbefugnis der AOK gelten auch für die Revision. Die AOK hat ein berechtigtes Interesse an einer Überprüfung der vorinstanzlichen Entscheidungen, soweit der Klage stattgegeben worden ist. Sie ist durch diese Entscheidungen beschwert, wenn die Gegenforderung der Beklagten zu Unrecht nicht berücksichtigt worden ist. Mit dieser Gegenforderung macht die Beklagte für die AOK einen Arzneimittelregreß geltend.

Die Revision ist insofern begründet, als das Berufungsurteil im angefochtenen Umfange aufzuheben und die Streitsache insoweit an die Vorinstanz zurückzuverweisen ist (§ 170 Abs 2 Satz 2 SGG). Zwar ist unbestritten, daß der mit der Klage geltend gemachte Vergütungsanspruch der Klägerin entstanden ist. Es handelt sich um einen Vergütungsanspruch für Leistungen, die in den Kliniken der Klägerin erbracht worden sind. Insoweit werden von keiner Seite Einwendungen erhoben. Es ist allein streitig, ob dieser Anspruch durch Aufrechnung mit der hier von der Beklagten erhobenen Gegenforderung erloschen ist. Das LSG verneint eine rechtswirksame Aufrechnung, weil sie jedenfalls nicht vor Ablauf



der Verjährungsfrist erklärt worden sei. Insoweit rügt die AOK zu Recht eine Verletzung revisiblen Rechts.

Dem LSG ist allerdings uneingeschränkt zu folgen, soweit es das hier anzuwendende Verjährungsrecht darlegt. Da für die infrage stehende Regreßforderung eine spezielle Verjährungsregelung nicht besteht, sind für ähnliche Ansprüche geltende Verjährungsvorschriften bzw allgemeine Verjährungsgrundsätze heranzuziehen. Auf die Vorschriften des BGB, die im öffentlichen Recht bei fehlender oder unvollständiger Regelung analog angewendet werden können (BSGE 56, 20, 22; BVerwGE 28, 336, 338; Forsthoff, Lehrbuch des Verwaltungsrechts, Band I, 10. Aufl, Seite 174; Wolff/Bachof, Verwaltungsrecht I, 9. Aufl, § 28 III d; Stelkens/Bonk/Leonhardt, VwVfG, Kommentar, 2. Aufl, § 53 RdNr 5 und § 62 RdNr 2; Kopp, VwVfG, Kommentar, 3. Aufl, § 53 RdNr 23), greift das LSG zu Recht nur insoweit zurück, als nächststehende Regelungen nicht vorhanden sind. Es kommt deshalb unter Berücksichtigung der Verjährungsvorschriften des SGB zutreffend zu dem Ergebnis, daß eine Verjährungsfrist von 4 Jahren gilt. Die Unterbrechung der Verjährungsfrist durch einen Verwaltungsakt ist jetzt ausdrücklich in § 52 SGB X geregelt, war aber auch schon vor Inkrafttreten dieser oder der entsprechenden Vorschrift des Verwaltungsverfahrensgesetzes -VwVfG- (§ 53) anerkannt (Kopp, aaO, § 53 RdNr 2 mwN).

Das Fehlen einer unmittelbar anzuwendenden gesetzlichen Bestimmung hat nicht zur Folge, wie die AOK meint, daß die allgemeine Verjährungsfrist von 30 Jahren gilt. Die Regelfrist des § 195 BGB



stellt bereits im Zivilrecht in Anbetracht der zahlreichen Sonderregelungen praktisch die Ausnahme dar (Palandt, BGB, Kommentar, 45. Aufl, § 195 Anm 1). Die entsprechende Anwendung der §§ 194 ff BGB im öffentlichen Recht, auch soweit sie ausdrücklich vorgesehen ist (§ 61 SGB X, § 62 VwVfG), steht unter dem Vorbehalt, daß sich aus allgemeinen Rechtsgrundsätzen, den Erfordernissen des öffentlichen Rechts oder den Besonderheiten des jeweiligen Rechtsgebiets nichts anderes ergibt; es ist von Fall zu Fall zu prüfen, ob die bestehende Regelungslücke nicht durch Heranziehung öffentlich-rechtlicher Vorschriften geschlossen werden kann und die Voraussetzungen der Analogie - Ähnlichkeit der Sachverhalte in rechtlich-wertender Hinsicht - vorliegen (BVerwG aaO und die oben zitierte verwaltungsrechtliche Literatur; ferner Maurer, Allgemeines Verwaltungsrecht, 3. Aufl, § 3 RdNr 29; Knack/Schwarze, Verwaltungsverfahrensgesetz, Kommentar, 2. Aufl, § 53 RdNr 3). Bei dem Arzneimittelregreß handelt es sich um einen Anspruch aus dem Bereich der kassenärztlichen Versorgung, also aus einem Teilbereich der gesetzlichen Krankenversicherung (Abschnitt 4/VI des Zweiten Buches der RVO). In der gesetzlichen Krankenversicherung hat der Gesetzgeber schon von jeher kurze Verjährungsfristen für erforderlich gehalten (nach § 223 RVO aF verjährten Leistungsansprüche in der Krankenversicherung in 2 Jahren, nach § 29 Abs 3 RVO aF andere Leistungsansprüche aus der Sozialversicherung in 4 Jahren; zur entsprechenden Anwendung dieser Vorschriften auf Erstattungsansprüche bei zu Unrecht erbrachten Leistungen vgl BSGE 24, 260; 25, 280). Die Verjährungsregelungen in den seit dem 1. Januar 1976 in Kraft getretenen Büchern des SGB sehen eine einheitliche Verjährungs-



frist von 4 Jahren vor (§ 45 Abs 1 SGB I für Ansprüche auf Sozialleistungen; § 45 Abs 4 SGB I aF für Erstattungsansprüche nach den §§ 42 und 43 SGB I; § 25 Abs 1 und § 27 Abs 2 SGB IV für Ansprüche auf Beiträge und Erstattung von Beiträgen; § 50 Abs 4 SGB X für Ansprüche auf Erstattung zu Unrecht erbrachter Leistungen; § 113 SGB X für Erstattungsansprüche der Leistungsträger untereinander; für die Zeit vor Inkrafttreten des SGB vgl BSG aaO und BSGE 40, 11, 15). Diese Verjährungsregelungen gelten zwar nicht unmittelbar für die Vergütungs- und Ersatzansprüche in der kassenärztlichen Versorgung (zwischen Krankenkassen, KÄV und Arzt bzw ärztlich geleiteter Einrichtung). Vielmehr hat es der Gesetzgeber den KÄV'en und den Krankenkassenverbänden überlassen, die kassenärztliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien der Bundesausschüsse durch schriftliche Verträge zu regeln (§ 368g Abs 1 bis 3 RVO). Die Vertragspartner können daher auch Fristen bestimmen, innerhalb welcher Vergütungsansprüche, Prüfungsanträge und Ersatzansprüche geltend zu machen sind. Soweit solche vertragliche Regelungen nicht vorliegen oder keine Anwendung finden, ist es aus Gründen der Spezialität geboten, statt der allgemeinen Verjährungsfrist des BGB die einheitliche Verjährungsfrist des SGB anzuwenden. Dafür spricht im allgemeinen die den Verjährungsregelungen des SGB zu entnehmende gesetzgeberische Absicht, die Vorschriften über die Verjährung öffentlich-rechtlicher Ansprüche zu harmonisieren (BSGE 41, 287, 291; vgl allerdings BSGE 56, 20, 22, wo aber jedenfalls die Frist des § 195 BGB ebenfalls abgelehnt wird). Im besonderen ist zu berücksichtigen, daß ein Arzneimittelregreß eine Ersatzforderung wegen zu Unrecht verordneter Arz-

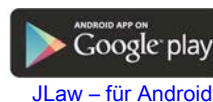


neimittel ist und deshalb mit einem Anspruch auf Erstattung zu Unrecht erbrachter Leistungen verglichen werden kann.

Schließlich ist dem LSG noch darin zuzustimmen, daß es für die Frage der Verjährung der Gegenforderung darauf ankommt, wann die Beklagte erstmals in diesem Prozeß die Aufrechnung erklärt hat. Die erste Aufrechnung überhaupt, die das LSG zu Recht in der von der Beklagten am 29. Juli 1982 vorgenommenen Einbehaltung des Regreßbetrages sieht, wäre erst nach Ablauf der letzten Verjährungsfrist erklärt worden, wenn nicht eine Unterbrechung der Verjährung stattgefunden hätte. Die Regreßforderung wird aus rechtswidrigen Verhaltensweisen - vertrags- und gesetzwidrigen Arzneimittelverordnungen (Verletzungen des Poliklinik-Vertrages iVm § 368e RVO) - in den Jahren 1974 bis 1977 hergeleitet. Der Lauf der Verjährungsfristen für die auf das jeweilige Kalenderjahr zu beziehenden Einzelforderungen begann demnach am 1. Januar des folgenden Jahres (bei entsprechender Anwendung der oa Verjährungsvorschriften des SGB; § 45 SGB I gilt nach Art II § 17 SGB I auch für die vor dem Inkrafttreten des Gesetzes am 1. Januar 1976 fällig gewordenen, noch nicht verjährten Ansprüche; vgl auch § 201 BGB). Ohne Unterbrechung wäre die Verjährungsfrist für die letzte Einzelforderung aus dem Jahre 1977 mit dem 31. Dezember 1981 abgelaufen. Eine Aufrechnung gegen den Vergütungsanspruch der Klägerin für das Quartal I/1982 wäre dann auch nicht mehr nach § 390 Satz 2 BGB möglich gewesen. Der Lauf der Verjährungsfristen wurde jedoch zunächst durch die im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung ergangenen Bescheide - Bescheid des Prüfungsausschusses vom 29. August 1978 und Bescheid des Be-



schwerdeausschusses vom 16. März 1982 - bzw durch die dagegen eingelegten Rechtsbehelfe unterbrochen (§ 52 Abs 1 SGB X; § 53 Abs 1 VwVfG; zum früheren Recht vgl Kopp aaO § 53 RdNr 2 und Hauck/Haines, SGB, Kommentar, Stand: 1. Januar 1986, K § 52 RdNr 2). Die Unterbrechungen gälten aber wegen der Aufhebung der Bescheide als nicht erfolgt (§ 52 Abs 1 Satz 3 SGB X iVm § 212 Abs 1 BGB), wenn nicht die Beklagte die Regreßforderung binnen 6 Monaten nach endgültiger Aufhebung der Bescheide (durch das Urteil des LSG vom 2. November 1983) erneut durch eine verjährungsunterbrechende Verfahrenshandlung geltend gemacht hätte. § 212 Abs 2 BGB sieht die Fortdauer der Unterbrechung bei (erneuter) Klageerhebung vor. Die entsprechende Anwendung dieser Vorschrift im Rahmen des § 52 SGB X bedeutet, daß auch ein neuer Verwaltungsakt die Unterbrechung der Verjährung fortbestehen läßt. § 209 Abs 2 BGB stellt der Klageerhebung weitere Prozeßhandlungen gleich. Im vorliegenden Fall kommt nur die in dieser Vorschrift ebenfalls aufgeführte "Aufrechnung des Anspruchs im Prozeß" in Betracht, denn die Beklagte hat weder Klage erhoben noch einen neuen Bescheid erteilt noch andere in § 209 Abs 2 BGB genannte Prozeßhandlungen vorgenommen. Die vom LSG angesprochene, aber nicht weiter erörterte Möglichkeit, daß die Unterbrechung der Verjährung bereits früher wegen Nichtbetreibens des Verfahrens vor dem Beschwerdeausschuß ihr Ende gefunden habe (entsprechend § 211 Abs 2 BGB), ergibt für den vorliegenden Fall keinen neuen Gesichtspunkt. Selbst wenn die Beklagte das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuß zeitweise nicht betrieben hätte, wäre jedenfalls die 4jährige Verjährungsfrist - selbst bei einem Ende der ersten Unterbrechung unmittelbar nach Erteilung des Beschei-



des des Prüfungsausschusses am 29. August 1978 - vor ihrem Ablauf durch den Beschwerdebescheid vom 16. März 1982 erneut unterbrochen worden. Es bleibt also dabei, daß es darauf ankommt, ob die Beklagte die Aufrechnung in dem vorliegenden Prozeß innerhalb der 6-Monatsfrist des § 212 Abs 2 BGB erklärt hat.

Das Berufungsurteil beruht auf gerügten Rechtsverletzungen, soweit es eine Aufrechnung in diesem Prozeß innerhalb der 6-Monatsfrist des § 212 Abs 2 BGB verneint. Zu diesem Ergebnis kommt das LSG nur deshalb, weil es nicht das Gesamtergebnis des Verfahrens berücksichtigt (§ 128 Abs 1 Satz 1 SGG) und ferner nicht dem auch im öffentlichen Recht anzuwendenden revisiblen Auslegungsgrundsatz des § 133 SGG gerecht wird (vgl BSGE 39, 203 f; 48, 56, 58; 52, 47, 52; SozR 5070 § 10a WGSVG Nr 3; BVerwGE 64, 134, 137; 74, 15, 17; BGH in LM § 133 (B) BGB Nr 25; Peters/Sautter/Wolff, Kommentar zur Sozialgerichtsbarkeit, Stand: September 1986, S III/81-80- und -86-; Meyer-Ladewig, SGG mit Erläuterungen, 2. Aufl, § 163 RdNr 3; Palandt aaO § 133 Anm 7b). Das LSG beschränkt seine Prüfung nur auf die Erklärung der Beklagten in ihrem Schriftsatz vom 1. Dezember 1983 und die Auslegung dieser Erklärung auf die Wortfassung ("Formulierung"). Es hätte aber auch die anderen Erklärungen der Beklagten in diesem Prozeß würdigen und bei der Auslegung der Erklärungen den wirklichen Willen erforschen und dabei die näheren Begleitumstände berücksichtigen müssen. Eine nach § 212 Abs 2 iVm § 209 Abs 2 BGB zur Fortdauer der Verjährungsunterbrechung führende (neue) Prozeßhandlung kann bereits vor Abschluß des (anderen) Verfahrens erfolgen (Palandt aaO § 212 Anm 2). Es wäre deshalb - bei Ver-



neinung einer Aufrechnung durch die Erklärung vom 1. Dezember 1983 - zu prüfen gewesen, ob frühere Äußerungen der Beklagten in diesem Rechtsstreit als Aufrechnungserklärung hätten ausgelegt werden können. Bei einer Eventualaufrechnung, die neben anderen Verteidigungsmitteln geltend gemacht wird, ist allerdings eine dem Wortlaut nach eindeutige Erklärung zu verlangen. Anders verhält es sich, wenn, wie hier, der mit der Klage geltend gemachte Anspruch selbst nicht bestritten wird, sondern ausschließlich die Verrechnung mit einer Gegenforderung vorgenommen wird. In einem solchen Fall beschränkt sich die Verteidigung der beklagten Partei auf die Aufrechnung. Es liegt daher auch im vorliegenden Fall nahe, daß die Beklagte in diesem Prozeß schon vor dem 1. Dezember 1983 Erklärungen abgegeben hat, die is einer Aufrechnung auszulegen sind. Schließlich beanstandet die AOK zu Recht, daß das LSG den Schriftsatz der Beklagten vom 26. April 1984, der ebenfalls noch innerhalb der Frist des § 212 Abs 2 BGB vorgelegt worden ist, unberücksichtigt gelassen hat.

In dieser Hinsicht bedarf es aber keiner weiteren Sachaufklärung mehr, denn bei Berücksichtigung der bekannten Umstände ergibt sich eine Aufrechnung im Prozeß bereits aus dem Schriftsatz der Beklagten vom 1. Dezember 1983. Da die Tatsachenfeststellungen diesbezüglich ausreichen, ist es dem Senat gestattet, selbst die rechtliche Bedeutung der abgegebenen Erklärung zu würdigen. Die im Berufungsurteil festgestellte Erklärung der Beklagten, die Klägerin habe in früheren Verfahren vor dem SG mit ihrer Auffassung übereingestimmt, daß Schadensersatzansprüche gegeben seien, mit denen aufgerechnet werden könne, läßt in Anbetracht dessen,



daß die Beklagte den von der Klägerin erhobenen Vergütungsanspruch als solchen nie bestritten hat, sondern diesem ausschließlich mit ihrer eigenen Regreßforderung entgegengetreten ist, nur die Auslegung zu, daß gegen den Vergütungsanspruch mit der Regreßforderung aufgerechnet bzw, was das gleiche bedeutet, die bereits früher erklärte Aufrechnung in diesem Prozeß erneut geltend gemacht wird.

Der Beklagten kann die geltend gemachte Gegenforderung ganz oder teilweise zustehen. Die Klägerin ist bei der ambulanten ärztlichen Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung verpflichtet, das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 368e RVO zu beachten. Danach hat der Versicherte Anspruch auf die ärztliche Versorgung, die zur Heilung oder Linderung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend ist (§ 182 Abs 2 RVO); Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können vom Versicherten nicht beansprucht und dürfen von dem an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt nicht bewirkt oder verordnet sowie von der Krankenkasse nicht nachträglich bewilligt werden (§ 368e RVO). Verletzt ein Arzt die ihm hier auferlegte Verpflichtung, so darf dies nicht zu einer Mehrbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung führen; für unwirtschaftliche Leistungen, die der Arzt selbst erbringt, steht ihm kein Vergütungsanspruch zu; für einen unwirtschaftlichen Mehraufwand, der auf seine Verordnungsweise zurückzuführen ist, hat er der gesetzlichen Krankenversicherung Ersatz zu leisten. Dem Wirtschaftlichkeitsgebot sind nicht nur die - zur kassenärztlichen Versorgung zugelassenen -



Kassenärzte, sondern alle an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlichen Einrichtungen unterworfen (§ 368a Abs 1 RVO), im Rahmen der Notfallbehandlung auch solche Ärzte, die sonst nicht an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen (§ 368d Abs 1 Satz 2 RVO; vgl Urteil des Senats vom 16. April 1986 -6 RKa 34/84-). Im vorliegenden Fall ist das Wirtschaftlichkeitsgebot im maßgeblichen Poliklinik-Vertrag ausdrücklich aufgenommen. Es kann deshalb kein Zweifel daran bestehen, daß auch die Klägerin in der hier fraglichen Zeit verpflichtet war, den Versicherten zu Lasten der Krankenkasse nur die Leistungen zu gewähren und zu verordnen, die ihnen nach der RVO zustanden. Sollten die über das gesetzliche Maß hinaus verordneten Arzneimittel aus anderen Gründen - zB im Interesse der Wissenschaft oder des Leistungssports - gerechtfertigt gewesen sein, so kann dies nicht zu einer zusätzlichen Kostenbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung führen. § 368n Abs 3 Satz 4 RVO erweitert nicht den Leistungsanspruch des Versicherten und die Leistungsverpflichtung der Krankenkasse. Diese Vorschrift kann nur dahin verstanden werden, daß die poliklinischen Einrichtungen der Hochschulen in einem ausreichenden Umfang - "in dem für die Durchführung ihrer Lehr- und Forschungsaufgaben benötigten Umfang" - an der kassenärztlichen Versorgung beteiligt werden. Der Umfang der dem Versicherten zu gewährenden Leistungen richtet sich aber allein nach § 368e RVO.

Die Gegenseitigkeit der Forderungen, eine weitere Voraussetzung der Aufrechnung, ist hier gegeben. Der Vergütungsanspruch der Klägerin richtet sich gegen die Beklagte, die eventuelle Regreß-



forderung gegen die Klägerin stünde der Beklagten zu. Zwar soll der mit der Regreßforderung geltend gemachte Schaden bei der beigeladenen AOK, der Revisionsklägerin, entstanden sein. Aus dem Kassenarztrecht und dem Poliklinik-Vertrag ergibt sich aber, daß gegenüber der Klägerin die Beklagte anspruchsberechtigt wäre. Allerdings kann bei einer Vertragsverletzung grundsätzlich nur derjenige Ersatz des Schadens verlangen, bei dem der Schaden tatsächlich eingetreten ist und dem er rechtlich zur Last fällt. Nur in besonderen Fällen hat die Rechtsprechung Ausnahmen zugelassen, nämlich dann, wenn das durch den Vertrag geschützte Interesse infolge besonderer Rechtsbeziehungen zwischen dem aus dem Vertrag berechtigten Gläubiger und dem Träger des Interesses dergestalt auf den Dritten "verlagert" ist, daß der Schaden rechtlich ihn und nicht den Gläubiger trifft (BGHZ 51, 91, 93; 40, 91, 100; Soergel aaO, §§ 249 bis 253 RdNr 94; Literatur zT ablehnend, vgl Staudinger aaO, 11. Aufl, § 242 RdNr A 813). Eine solche Drittschadensliquidation ist dem Kassenarztrecht eigen-tümlich. Die kassenärztliche Versorgung wird im Rahmen eines mehrseitigen Rechtsverhältnisses durchgeführt, innerhalb dem die KÄV Aufgaben der Krankenkassen zu erfüllen und deren Rechte wahrzunehmen hat. Die KÄV hat die den Krankenkassen obliegende ärztliche Versorgung sicherzustellen und den Krankenkassen ge-genüber die Gewähr zu übernehmen, daß die kassenärztliche Ver-sorgung den gesetzlichen Erfordernissen entspricht (§ 368n Abs 1 RVO). Damit die KÄV diese Aufgabe erfüllen kann, müssen mit ihren Rechtsbeziehungen zu den Krankenkassen ihre Rechtsbeziehungen zu den an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen korrespondieren. Die gesetz-



und vertragsmäßige Durchführung der kassenärztlichen Versorgung, die Überwachung der kassenärztlichen Tätigkeit und die Verteilung der Gesamtvergütung ist ihre Angelegenheit (§ 368n Abs 4 Satz 1 RVO). Diese Aufgabenstellung prägt ihre Rechtsbeziehungen zur einen und zur anderen Seite. Daraus ergibt sich ua die Verpflichtung der KÄV, berechnete Honorarforderungen der Ärzte zu erfüllen und unberechtigte zurückzuweisen. Die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung im einzelnen obliegt zwar besonderen Prüfungsausschüssen (§ 368n Abs 5 RVO). Die KÄV hat aber diese Prüfungsausschüsse zu errichten, bei gegebenem Anlaß eine Überprüfung durch diese Ausschüsse herbeizuführen und dafür zu sorgen, daß die Entscheidungen dieser Ausschüsse durchgesetzt werden. In Entsprechung dieser gesetzlichen Regelung ist im Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) ua vereinbart, daß Schadensersatzansprüche der Krankenkassen durch Aufrechnung der KÄV gegen den Kassenarzt zu begleichen sind (§ 35 BMV-Ä). Die Gewährleistungsverpflichtung der KÄV gegenüber den Krankenkassen erstreckt sich auch auf die kassenärztliche Versorgung, soweit sie von poliklinischen Einrichtungen durchgeführt wird. Demzufolge erfüllt sie eine gesetzliche Verpflichtung, wenn sie den Schaden einer Krankenkasse, den die poliklinische Einrichtung durch Verletzung einer ihr gegenüber der KÄV obliegenden gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtung verursacht hat, geltend macht.

Eine abschließende Entscheidung kann der Senat nicht treffen, weil das LSG aufgrund seiner Rechtsauffassung keine Tatsachenfeststellungen darüber getroffen hat, ob die Klägerin tatsächlich



gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen, insoweit also ihre Verpflichtung gegenüber der Beklagten verletzt hat und in welcher Höhe dadurch der AOK ein Schaden entstanden ist.

Die abschließende Entscheidung des LSG hat sich auch auf die Kosten des Revisionsverfahrens zu erstrecken.



JLaw – Gesetze und Urteile

Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile

(mobile App)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)