

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 6 KA 49/13 B

L 11 KA 66/11 (LSG Nordrhein-Westfalen)
S 14 KA 184/08 (SG Düsseldorf)

.....,

Kläger und Beschwerdeführer,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

Prüfungsstelle der Ärzte und Krankenkassen Nordrhein,
Tersteegenstraße 3, 40474 Düsseldorf,

Beklagte und Beschwerdegegnerin,

beigeladen:

1. DAK-Gesundheit,
Nagelsweg 27-31, 20097 Hamburg,
2. Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein,
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat am 2. April 2014 durch den Vorsitzenden Richter Prof. Dr. W e n n e r , die Richterinnen Dr. D ü r i n g und den Richter R a d e m a c k e r sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. N e u m a n n und B a l l a s t beschlossen:

Die Beschwerde des Klägers gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des Landesozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 17. April 2013 wird zurückgewiesen.



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



Der Kläger trägt auch die Kosten des Beschwerdeverfahrens.

Der Streitwert wird für das Beschwerdeverfahren auf 3886 Euro festgesetzt.

G r ü n d e :

I

- 1 Die Beteiligten streiten um die Rechtmäßigkeit eines Regresses wegen der Verordnung von Methadon. Der Kläger ist als Praktischer Arzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er verfügt über eine Genehmigung der zu 2. beigeladenen Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger. Die beklagte Prüfungsstelle setzte gegenüber dem Kläger einen Regress in Höhe von 3885,88 Euro mit der Begründung fest, dass dieser in den Quartalen I, II und III/2007 seine Pflicht verletzt habe, der KÄV und der zu 1. beigeladenen Krankenkasse Beginn und Beendigung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger unverzüglich anzuzeigen. Die dagegen gerichtete Klage hat das SG abgewiesen (*Urteil vom 11.5.2011*). Das LSG hat die Berufung des Klägers zurückgewiesen (*Urteil vom 17.4.2013*). Der Kläger mache zu Unrecht geltend, dass durch die fehlende Anzeige gegenüber der Krankenkasse kein Schaden entstanden sei. Nach ständiger Rechtsprechung zum Vertragsarztrecht sei von einem normativen Schadensbegriff auszugehen. Danach müsse sich die Krankenkasse schadensmindernde Vorteile unzulässiger Verordnungen nicht entgegenhalten lassen.
- 2 Gegen die Nichtzulassung der Revision in diesem Urteil wendet sich der Kläger mit der Nichtzulassungsbeschwerde, zu deren Begründung er eine grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache geltend macht.

II

- 3 Die Beschwerde des Klägers hat keinen Erfolg. Soweit sie den Darlegungsanforderungen des § 160a Abs 2 Satz 3 SGG entspricht, ist sie jedenfalls unbegründet.
- 4 Die grundsätzliche Bedeutung (*Zulassungsgrund gemäß § 160 Abs 2 Nr 1 SGG*) setzt voraus, dass eine Rechtsfrage aufgeworfen wird, die in dem angestrebten Revisionsverfahren klärungsfähig (entscheidungserheblich) sowie klärungsbedürftig und über den Einzelfall hinaus von Bedeutung ist (*vgl BSG SozR 4-1500 § 153 Nr 3 RdNr 13 mwN; BSG SozR 4-1500 § 160 Nr 5 RdNr 3*). Die Klärungsbedürftigkeit fehlt dann, wenn die Rechtsfrage bereits geklärt ist und/oder wenn sie sich ohne Weiteres aus den Rechtsvorschriften und/oder aus der bereits vorliegenden



Rechtsprechung klar beantworten lässt (hierzu s zB BSG SozR 3-1500 § 146 Nr 2 S 6; SozR 3-2500 § 75 Nr 8 S 34; SozR 3-1500 § 160a Nr 21 S 38; vgl auch BSG SozR 3-4100 § 111 Nr 1 S 2 f; s auch BSG SozR 3-2500 § 240 Nr 33 S 151 f mwN). Diese Anforderungen sind verfassungsrechtlich unbedenklich (s die BVerfG-Angaben in BSG SozR 4-1500 § 153 Nr 3 RdNr 13 sowie BVerfG <Kammer> SozR 4-1500 § 160a Nr 16 RdNr 4 f; BVerfG <Kammer> SozR 4-1500 § 160a Nr 24 RdNr 5).

- 5 Der Kläger hält für klärungsbedürftig,
ob der Schadensbegriff im Rahmen des Arzneikostenregresses wirtschaftlich oder normativ auszulegen ist.

Die genannte Frage lässt sich aus der vorliegenden ständigen Rechtsprechung (BSG SozR 4-5540 § 48 Nr 2 RdNr 36 f; BSG SozR 4-2500 § 106 Nr 29 RdNr 51 betr Verordnung von Sprechstundenbedarf; BSG SozR 4-2500 § 39 Nr 3 RdNr 14 betr unzulässige faktisch-stationäre Behandlung; BSGE 96, 99 = SozR 4-5520 § 33 Nr 6, RdNr 11 betr eine als Praxisgemeinschaft auftretende Gemeinschaftspraxis; BSG SozR 4-2500 § 39 Nr 7 RdNr 17 f betr zu lange stationäre Versorgung; BSGE 106, 110 = SozR 4-2500 § 106 Nr 27, RdNr 46 betr Verordnung von Immunglobulin; BSG SozR 4-2500 § 106 Nr 30 RdNr 44 betr Verordnung von Megestat; vgl auch BSGE 76, 153, 155 f = SozR 3-2500 § 95 Nr 5 S 22 f und BSGE 106, 222 = SozR 4-5520 § 32 Nr 4, RdNr 67), die bereits im Urteil des SG sowie des LSG zitiert und auszugsweise wiedergegeben worden ist, ohne Weiteres beantworten. Danach wird der durch eine unrechtmäßige ärztliche Verordnung eingetretene Schaden nicht dadurch in Frage gestellt, dass der Krankenkasse des Versicherten bei einer rechtmäßigen Verordnung dieselben Kosten entstanden wären. Diese Rechtsprechung berücksichtigt, dass es auf die Beachtung der für die vertragsarztrechtliche Versorgung geltenden Bestimmungen nicht ankäme, wenn die Kosten, die hypothetisch bei rechtmäßigem Verhalten angefallen wären, schadensmindernd berücksichtigt würden.

- 6 Sofern von der Geltung eines normativen Schadensbegriffs auszugehen ist, hält der Kläger für klärungsbedürftig, ob

bei der Bestimmung des normativen Schadensbegriffs im Hinblick auf die Wahrung der Rechtseinheit die gleichen Anforderungen und Wertungsgesichtspunkte im Sozialrecht wie im zivilen Schadensersatzrecht gelten.

Die genannte Frage ist in dem angestrebten Revisionsverfahren nicht entscheidungserheblich und damit nicht klärungsfähig, weil in diesem Verfahren nicht nach zivilrechtlichen Maßstäben, sondern nach den im Vertragsarztrecht entwickelten Maßstäben zu entscheiden wäre. Im Übrigen begründet der Senat seine Rechtsprechung zum normativen Schadensbegriff ua mit der Bedeutung des vertragsarztrechtlichen Ordnungssystems für die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der vertragsärztlichen Versorgung und der daraus folgenden Notwendigkeit, die dafür maßgebenden Bestimmungen nicht zu unbeachtlichen Ordnungsvorschriften herabzustufen (BSG SozR 4-5540 § 48 Nr 2 RdNr 37 mwN). Die Frage, ob die zivilrechtliche Rechtsprechung



den Schadensbegriff in gleicher Weise definieren würde, wenn sie anstelle der Sozialgerichtsbarkeit für Angelegenheiten des Vertragsarztrechts zuständig wäre, ist rein hypothetischer Natur und damit ohne Bedeutung für ein Revisionsverfahren.

- 7 Ebenfalls nicht entscheidungserheblich ist die Frage,
ob "der im Vertragsarztrecht stets mögliche und vom Einzelfall losgelöste Verweis auf die Notwendigkeit, die Funktionsfähigkeit des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern" dazu führe, dass "unabhängig vom Einzelfall bei jedweder Verletzung einer vertragsärztlichen Pflicht" ein Schaden zu bejahen sei.

Nach den vom Kläger nicht mit Revisionsrügen angegriffenen und damit für den Senat bindenden (§ 163 SGG) Feststellungen des LSG ist gegenüber dem Kläger nicht "unabhängig vom Einzelfall" der Ersatz eines Schadens geltend gemacht worden, sondern genau in Höhe der Aufwendungen, die die zu 1. beigeladene Krankenkasse wegen der - von den verbindlichen Vorgaben der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage I Nr 2 - Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger (SubstitutionsRL) abweichenden - Verordnung von Arzneimitteln durch den Kläger hatte. Im Übrigen kann der ständigen Rechtsprechung des Senats ohne Weiteres entnommen werden, dass ein Schaden nicht unabhängig vom Einzelfall bei jedweder Verletzung vertragsärztlicher Pflicht zu bejahen ist. Vielmehr setzt ein Regress voraus, dass durch die Pflichtverletzung des Arztes - wie zB die Verordnung von Arzneimitteln, die nicht hätten verordnet werden dürfen - im konkreten Einzelfall Kosten in entsprechender Höhe entstanden sind (vgl BSG SozR 4-5540 § 48 Nr 2 RdNr 36 ff mwN).

- 8 Die Antwort auf die vom Kläger aufgeworfene Frage,
ob es sich bei der Norm, die mit der Verpflichtung zur Anzeige der Behandlung eine formale Verfahrenspflicht statuiert, um eine "Ordnungsvorschrift" handele,
lässt sich - soweit es darauf für die Entscheidung in dem angestrebten Revisionsverfahren ankommt - ohne Weiteres der SubstitutionsRL, den Vorschriften des SGB V, auf deren Grundlage diese Richtlinie ergangen ist und der dazu ergangenen Rechtsprechung entnehmen. Die Frage des Klägers nimmt erkennbar Bezug auf die Rechtsprechung des Senats, nach der der Schaden nicht mit der Begründung in Zweifel gezogen werden kann, dass bei einer rechtmäßigen Verordnung eines Arzneimittels die gleichen Kosten entstanden wären. Im Vertragsarztrecht sei bei einem Verstoß gegen Gebote und Verbote, die nicht "bloße Ordnungsvorschriften" betreffen, für solche Einwendungen kein Raum (BSG SozR 4-5540 § 48 Nr 2 RdNr 37; zu den Bestimmungen des Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte vom 11.12.2001, BGBl I 3526 vgl BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 72 RdNr 26). Als "bloße Ordnungsvorschriften" werden in der Rechtsprechung Bestimmungen bezeichnet, deren Verletzung keine unmittelbaren rechtlichen Folgen hat (vgl BSG Beschluss vom 8.4.2004 - B 9 SB 9/03 B; BSG SozR 3-1500 § 155 Nr 2; BVerwG Beschluss vom 16.10.2012 - 8 B 26/12 - ZOV 2012, 367; BGH Urteil vom 26.1.2011 - 2 StR 338/10 - NStZ-RR



2011, 349; BVerwGE 138, 263; BGHZ 184, 75). Bei der Meldepflicht nach § 5 SubstitutionsRL und der Anzeigepflicht nach § 7 Abs 2 SubstitutionsRL handelt es sich nicht um bloße Ordnungsvorschriften in diesem Sinne.

- 9 In der Rechtsprechung ist seit langem geklärt, dass die Drogensubstitution nicht generell von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen ist (BSGE 78, 70 = SozR 3-2500 § 92 Nr 6 mwN). Voraussetzung für eine in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fallende Drogensubstitution ist jedoch ua, dass diese den Anforderungen an eine wirtschaftliche Behandlungs- und Ordnungsweise genügt (BSGE 78, 70, 86 ff = SozR 3-2500 § 92 Nr 6 S 42 ff; BSGE 76, 194, 201 f = SozR 3-2500 § 27 Nr 5 S 14 f; BSG SozR 3-5550 § 17 Nr 2 S 5 ff). Das alleinige Ersetzen des Opiates durch ein Substitutionsmittel stellt keine Behandlungsmethode dar, die von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst ist. Der Sicherung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der substitutionsgestützten Behandlung dient die SubstitutionsRL, die auf der Grundlage des § 135 Abs 1 SGB V durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erlassen worden und gemäß § 91 Abs 6 SGB V sowohl für die Versicherten als auch für die Leistungserbringer verbindlich ist (BSG SozR 4-2500 § 92 Nr 9 RdNr 13). Mit dem Ziel Mehrfachsubstitutionen zu vermeiden schreibt § 5 SubstitutionsRL vor, dass der substituierende Arzt dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nach einem von diesem festgelegten Verfahren unverzüglich Meldung über Substitutionen zu erstatten hat. Damit reagiert die Richtlinie auf das in der Praxis, sowohl unter dem Gesichtspunkt der Qualität als auch der Wirtschaftlichkeit bedeutsame Problem der Verschreibung von Substitutionsmitteln durch mehrere Ärzte für denselben Patienten (vgl zB Nickels, DÄ 1999, A-2803, A-2808). Mit dem Ziel der Sicherung der Qualität und damit auch der Wirtschaftlichkeit der Drogensubstitution haben die KÄVen gemäß § 9 SubstitutionsRL Qualitätssicherungskommissionen einzurichten, die mit in Fragen der Opiatabhängigkeit fachkundigen, von KÄV und Landesverbänden der Krankenkassen benannten Mitgliedern besetzt sind. Die Aufgabe dieser Kommissionen besteht neben der Beratung von Vertragsärzten zu allen Problemen der qualifizierten substitutionsgestützten Behandlung auch in der Überprüfung der Indikation durch Stichproben im Einzelfall. Im Zusammenhang damit und dem Ziel der Vermeidung von Mehrfachsubstitutionen schreibt § 7 Abs 2 SubstitutionsRL die Verpflichtung des Arztes fest, sowohl der KÄV als auch der leistungspflichtigen Krankenkasse den Beginn und die Beendigung der Substitution unverzüglich anzuzeigen. Aus allem wird deutlich, dass der Verpflichtung zur Meldung nach § 5 SubstitutionsRL sowie der Anzeige nach § 7 Abs 2 SubstitutionsRL erhebliche Bedeutung für die Qualitätssicherung zukommt und dass diese Bestimmungen deshalb keineswegs als bloße Ordnungsvorschriften angesehen werden können.

- 10 Bei der vom Kläger aufgeworfenen Frage,
ob der zugelassene und zur Leistung berechtigte Arzt im Falle der Verletzung einer bloßen Ordnungsvorschrift unbillig entlastet werde, wenn er den von ihm verursachten Schaden bei Verletzung "formaler Verfahrensvorschriften" nicht tragen müsse, und ob vor



diesem Hintergrund eine wertende Korrektur mittels eines normativen Schadensbegriffs erforderlich sei,

handelt es sich bereits nicht um eine der Klärung im Revisionsverfahren zugängliche Rechtsfrage. Vielmehr bringt der Kläger lediglich einen Dissens zu der den normativen Schadensbegriff betreffenden ständigen Rechtsprechung des Senats zum Ausdruck, ohne sich mit dieser Rechtsprechung und deren Hintergründen im Einzelnen zu befassen und ohne im vorliegenden Zusammenhang maßgebliche Gründe wie zB Rechtsänderungen oder neuere Entwicklungen in der Rechtsprechung (*vgl im Einzelnen BSG SozR 3-1500 § 160a Nr 23; Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 10. Aufl 2012, § 160 RdNr 8b, 8c mwN*) zu benennen, die für die erneute Klärungsbedürftigkeit sprechen könnten.

- 11 Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG iVm §§ 154 ff VwGO. Als unterlegener Beteiligter hat der Kläger auch die Kosten des Beschwerdeverfahrens zu tragen (§ 154 Abs 2 VwGO).
- 12 Die Festsetzung des Streitwerts folgt aus § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG iVm § 63 Abs 2 Satz 1, § 52 Abs 3 Satz 1, § 47 Abs 1 und 3 GKG.

