

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 6 KA 6/10 B

L 1 KA 4/08 (Sächsisches LSG)
S 18 KA 830/07 (SG Dresden)

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen,
Schützenhöhe 12, 01099 Dresden,

Klägerin und Beschwerdeführerin,

g e g e n

Beschwerdeausschuss der Ärzte und Krankenkassen Sachsen,
Am Waldschlößchen 4, 01099 Dresden,

Beklagter und Beschwerdegegner,

beigeladen:

1.,
2. AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen,
Sternplatz 7, 01067 Dresden.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat am 23. Juni 2010 durch den Vorsitzenden Richter Prof. Dr. W e n n e r , die Richter Prof. Dr. C l e m e n s und E n g e l h a r d sowie die ehrenamtlichen Richterinnen Dr. Z e c h und A c k e r m a n n beschlossen:

Die Beschwerde der Klägerin gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des Sächsischen Landessozialgerichts vom 28. Oktober 2009 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin hat die Kosten des Beschwerdeverfahrens zu tragen.

Der Streitwert wird auf 56 Euro festgesetzt.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Gründe:

I

- 1 Umstritten ist ein Arzneikostenregress wegen der Verordnung eines nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittels.
- 2 Der zu 1. beigelegene Vertragsarzt verordnete im Quartal IV/2004 zugunsten von zwei Versicherten der zu 2. beigelegenen Ortskrankenkasse die Arzneimittel Ferro-Folsan und Folicombin. Diese Präparate sind nicht verschreibungspflichtige, chemisch definierte Antianämika von Eisen in Kombinationen mit Folsäure. Auf Antrag bei der Beigeladenen zu 2. setzte der Prüfungsausschuss einen Regress in Höhe von 55,83 Euro gegen den Beigeladenen zu 1. fest, weil nach Nr 16.4.14 der Arzneimittel-Richtlinien (AMR, Fassung 2004) Eisenverbindungen zur Behandlung einer gesicherten Eisenmangelanämie verordnungsfähig seien, während Kombinationen aus einer Eisen-Verbindung und Folsäure generell nicht verordnet werden dürften. Mit ihrem Widerspruch machte die klagende Kassenärztliche Vereinigung geltend, der Beigeladenen zu 2. sei kein Schaden entstanden. Die Verordnung eines Eisenpräparates sei medizinisch indiziert gewesen, und der Arzt hätte ein solches Monopräparat nach Nr 16.4.14 AMR verordnen können. Die Kosten für das tatsächlich verordnete Kombipräparat seien genauso hoch wie für das verordnungsfähige Monopräparat.
- 3 Die Anrufung des Beschwerdeausschusses, Klage und vom SG zugelassene Berufung sind erfolglos geblieben. Das LSG hat seine Entscheidung damit begründet, die vom Beigeladenen zu 1. verordnete Kombination aus Eisen und Folsäure sei nach den AMR nicht verordnungsfähig. Das allein begründe den Schaden der Krankenkasse. Eine Vorteilsausgleichung bzw der Vergleich mit einer bei der gestellten Indikation hypothetisch zulässigen Verordnung seien ausgeschlossen (*Urteil vom 28.10.2009*).
- 4 Mit ihrer Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision macht die Klägerin geltend, im Rechtsstreit seien Fragen von grundsätzlicher Bedeutung zu entscheiden (*Zulassungsgrund gemäß § 160 Abs 2 Nr 1 SGG*).

II

- 5 Die Beschwerde hat keinen Erfolg. Die von der Klägerin aufgeworfene Rechtsfrage hat keine grundsätzliche Bedeutung.
- 6 Die Klägerin hält für klärungsbedürftig, "ob ein Vertragsarzt, der zu Lasten der Krankenkasse ein nicht verschreibungspflichtiges Arzneimittel in Form eines Kombinationspräparates, für das



keine Ausnahmeindikation in der OTC-Liste nach Abschnitt F Nr. 16 AMR vorgesehen ist, einem Arzneimittelregress entgegenhalten kann, der Krankenkasse sei kein Schaden entstanden, weil bei der hypothetischen Verordnung eines nach der OTC-Liste verordnungsfähigen Monopräparates wegen desselben Arzneimittelfestpreises Kosten in gleicher Höhe angefallen wären". Diese Frage ist nicht klärungsbedürftig, weil sie sich auf dem Hintergrund der bisherigen Rechtsprechung des erkennenden Senats beantworten lässt, ohne dass es der Durchführung eines Revisionsverfahrens bedarf.

- 7 In der Rechtsprechung des Senats ist hinreichend geklärt, dass es für die Rechtmäßigkeit von Arzneikosten- und Sprechstundenbedarfsregressen wegen unzulässiger Verordnungen ohne Bedeutung ist, ob und ggf in welchem Umfang die Krankenkassen Verordnungs-kosten hätten tragen müssen, wenn der Vertragsarzt die maßgeblichen gesetzlichen und untergesetzlichen Vorschriften beachtet hätte. Der Senat hat - worauf das LSG zutreffend hingewiesen hat - stets sowohl die Anwendung der Grundsätze über die Vorteilsausgleichung im Kontext von Kostenregressen wie die Heranziehung der Grundsätze der ungerechtfertigten Bereicherung (§§ 812 ff BGB) im Zusammenhang mit vertragsärztlichen Leistungen, die im Widerspruch zur gesetzlichen oder untergesetzlichen Vorschriften des Vertragsarztrechts erbracht worden sind, abgelehnt (*zuletzt BSG, Urteil vom 3.2.2010, B 6 KA 37/08 R - RdNr 47 - zur Verordnung autologen Tumorstoffes; zuvor zB BSG SozR 4-2500 § 39 Nr 3 RdNr 14 zur Ausgestaltung als nicht zugelassene stationäre Behandlung*). Das hat der Senat damit begründet, dass die Regelungen des vertragsärztlichen Versorgungssystems keine bloßen Ordnungsvorschriften sind, sondern unerlässliche Voraussetzungen für das Funktionieren eines auf das Sachleistungsprinzip gegründeten Versorgungssystems. Deshalb sind zB Leistungen, die im Widerspruch zu den Vorgaben des Vertragsarztrechts erbracht worden sind, auch dann nicht zu vergüten, wenn feststeht, dass der behandelte Patient einen Anspruch auf eine entsprechende ärztliche Leistung - ggf durch einen anderen Arzt - hatte. Ebenso dürfen Sprechstundenbedarfsverordnungen, die mit der jeweils anzuwendenden Sprechstundenbedarfsvereinbarung nicht vereinbar sind, in Regress genommen werden, auch wenn der Vertragsarzt die Präparate zu Lasten der Krankenkassen des jeweils behandelten Patienten hätte verordnen können (*vgl BSG SozR 4-2500 § 106 Nr 8 RdNr 15*). Nichts anderes gilt für die Verordnung von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, die nach der Regelung in Nr 16 AMR ausnahmsweise verordnet werden dürfen.
- 8 Allen diesen Fällen liegt der Grundsatz zugrunde, dass der Arzt der Krankenkasse den durch dessen Verordnung entstandenen Schaden ersetzen muss, wenn das konkret vom Vertragsarzt verordnete Medikament nicht verordnungsfähig ist. Er kann sich nicht darauf berufen, er hätte zum gleichen Preis ein anderes Mittel verordnen dürfen. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt auf der Grundlage des § 34 Abs 1 Satz 2 in Verbindung mit § 92 Abs 1 Satz 2 Nr 6 SGB V fest, welche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten, zur Anwendung bei diesen Erkrankungen mit Begründung vom Vertragsarzt ausnahmsweise verordnet werden dürfen. Präparate, die in



den AMR nicht als ausnahmsweise verordnungsfähig aufgeführt sind, dürfen von Vertragsärzten nicht verordnet werden. Ein darauf gegründeter Regress gegen den verordnenden Arzt ist unabhängig davon rechtmäßig, welche alternativen Verordnungsmöglichkeiten (auch) im Bereich der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel dem Arzt zur Verfügung gestanden hätten.

- 9 Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO.
- 10 Die Festsetzung des Streitwerts für das Beschwerdeverfahren entspricht derjenigen des LSG, die von keinem der Beteiligten in Frage gestellt worden ist.

