
S 20 KA 218/17

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Niedersachsen-Bremen
Sozialgericht	Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	1. Die als Bestandteil der allgemeinen Praxiskosten zu tragenden Aufwendungen für ärztliche und nichtärztliche Leistungen bei der Direktbeschaffung von Blutgerinnungsfaktoren können nicht nach den Regeln der Geschäftsführung ohne Auftrag erstattet werden. 2. Dies gilt auch, soweit dem Arzt andere Aufwendungen im Zusammenhang mit Bestellung und Lieferung von Arzneimitteln entstanden sind.
Normenkette	BGB §§ 677, 683 SGB V § 69 Abs 1 S 3

1. Instanz

Aktenzeichen	S 20 KA 218/17
Datum	23.10.2019

2. Instanz

Aktenzeichen	L 3 KA 59/19
Datum	25.01.2023

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Â

Die Berufung der KlÄřgerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 23. Oktober 2019 wird zurÄ¼ckgewiesen.

Die KlÄřgerin trÄřgt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert des Berufungsverfahrens wird auf 15.551,01 Euro festgesetzt.

Â

Tatbestand

Â

Die Klägerin macht Ansprüche auf Aufwendungsersatz aus abgetretenem Recht geltend.

Die vormals unter der Firma J. GmbH geführte Klägerin ist eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH), deren Alleingesellschafter und Gesch fts f hrer der Facharzt für Transfusionsmedizin PD Dr. K. ist. Der Arzt war bis September 2022 zugleich Einzelunternehmer des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) L., das als h mostaseologische Facharztpraxis an der vertragsärztlichen Versorgung mit Vertragsarztsitz in M. teilnimmt. Trägerin des MVZ ist inzwischen die N. GmbH.

In den Quartalen II bis IV/2015 wurden die bei der Beklagten versicherten Marian S. und Vitalij  B. (Versicherte) im Rahmen der ärztlich kontrollierten Selbstbehandlung von Blutern mit Blut gerin nungs faktoren versorgt. Dazu bestellte die Klägerin die Faktorpräparate direkt beim jeweiligen Hersteller, der die Arzneimittel entweder direkt an die Klägerin oder an Hausarzt praxen in der Nähe des Wohnorts der Versicherten lieferte. Hierfür wurden der Klägerin folgende Beträge in Rechnung gestellt:

Hersteller	Datum	Präparat	Betrag (brutto)	Lieferung an
BGmbH	10.06.2015	Kogenate	30.345,00 Euro	Klägerin
BGmbH	27.07.2015	Kogenate	30.345,00 Euro	Klägerin
CGmbH	01.09.2015	Helixate NexGen	121.380,00 Euro	Klägerin
BGmbH	08.09.2015	Kogenate	91.035,00 Euro	Dr. O., P.
CGmbH	06.11.2015	Helixate NexGen	121.380,00 Euro	Dres. Q., R.
BGmbH	18.12.2015	Kogenate	91.035,00 Euro	Dr. S., T.

Â

Anschließend stellte die Klägerin der Beklagten Aufwendungs ersatz für die Versorgung der Versicherten mit den Faktorpräparaten in Rechnung und verwies

dabei auf den Arzneimittelversorgungsvertrag zwischen den Ersatzkassen und dem Deutschen Apothekerverband (DAV). Ihre Rechnungen enthalten jeweils den sinngemäßen Hinweis, dass sich der Rechnungsbetrag aus dem â€œU.

-Einkaufspreisâ€œ zuzüglich eines Aufschlags iHv 3% sowie eines Betrages iHv 6,38 Euro pro Packung zusammensetzten. Im Einzelnen brachte die Klägerin folgende Beträge in Ansatz:

Datum	Re.-Nummer	Versicherter	Präparat	Betrag (brutto)
30.07.2015	15123	Vitalij B.	Kogenate	31.331,20 Euro
05.09.2015	15148	Vitalij B.	Kogenate	31.321,20 Euro
06.10.2015	15180	Marian S., Vitalij B.	Helixate NexGen, Kogenate	219.440,40 Euro
08.12.2015	15264	Marian S.	Helixate NexGen	125.456,80 Euro
31.12.2015	15263	Vitalij B.	Kogenate	93.983,60 Euro

â€œ

Die Beklagte ist der Auffassung, dass lediglich die Kosten der Präparate unter Berücksichtigung des von den Herstellern eingeräumten Skontos iHv 1,5 % erstattungsfähig seien. Dementsprechend leistete sie folgende Zahlungen:

Re.-Nummer	Betrag (brutto)	Zahlung	Differenz
15123	31.331,20 Euro	30.345,00 Euro	986,20 Euro
15148	31.321,20 Euro	30.031,65 Euro	1.289,55 Euro
15180	219.440,40 Euro	209.047,55 Euro	10.392,85 Euro
15264	125.456,80 Euro	118.932,80 Euro	6.524,00 Euro
15263	93.983,60 Euro	90.114,75 Euro	3.868,85 Euro
â€œ			23.061,45 Euro

â€œ

Nach erfolglosen Mahnungen hat die Klägerin am 9. August 2017 beim Sozialgericht (SG) Hannover Klage erhoben, mit der sie nunmehr Ansprüche auf Aufwendungsersatz aus abgetretenem Recht geltend macht. Dazu hat sie vorgetragen, dass das MVZ L. die Versicherten im Rahmen der ärztlich kontrollierten Selbstbehandlung von Blutern versorgt habe, indem es die Faktorpräparate über die Klägerin direkt beim Hersteller bezogen und an die Versicherten abgegeben habe. Sie sei vom MVZ L. als Rechenzentrum gemäß [Â§ 300 Abs 2](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) beauftragt worden, die diesbezügliche Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen vorzunehmen. Das MVZ L. habe die mit der Klage geltend gemachten Ansprüche auf Aufwendungsersatz an sie abgetreten. Mit ihren Rechnungen habe sie den Ersatz der entstandenen Aufwendungen in Höhe der verauslagten Kosten für die Arzneimittel sowie der â€œweiteren Aufwendungen, die für die Beschaffung und Abgabe angefallen sind (3 % des Nettopreises pauschal zzgl. 6,38 â€œ pro Packung zzgl. Umst.)â€œ unter Anwendung der [Â§ 4 Abs 5, 8 Abs 4 Anl 2, Teil 1](#) des Arznei-

versorgungsvertrages zwischen den Ersatzkassen und dem DAV bzw des § 6 Abs 2 lit c des Arzneliefervertrages zwischen dem Niedersächsischen Landesapothekerverband und der AOK Niedersachsen gefordert.

Der Anspruch auf Ersatz der für die Versorgung der Versicherten mit Gerinnungsfaktorzubereitungen aufgewandeten Kosten folge aus Geschäftsführung ohne Auftrag (GoA). Die diesbezüglichen Regelungen des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) seien im öffentlichen Recht entsprechend anzuwenden. Das MVZ L. habe im Rahmen der Erfüllung seines öffentlichen rechtlichen Versorgungsauftrags die bei der Beklagten gesetzlich versicherten Patienten versorgt. Hierdurch seien dem MVZ Kosten entstanden, die anderweitig nicht erstattet würden. Aufgrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) sei der hauptverantwortliche Arzt aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot heraus grundsätzlich verpflichtet, Gerinnungsfaktorzubereitungen im Rahmen der ärztlich kontrollierten Selbstbehandlung von Blutern direkt an seine Patienten abzugeben. Damit sei das MVZ im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit verpflichtet, Tätigkeiten als Geschäftsbesorgung für die Beklagte zu übernehmen, die ansonsten eine Apotheke übernehme. Das MVZ habe folglich die Aufgabe der Beklagten nach [§ 2 Abs 1 SGB V](#) wahrgenommen, ohne über Vorschriften des SGB V hierzu verpflichtet zu sein. Die Geschäftsführung entspreche dem Willen der Beklagten als Geschäftsführerin. Indem es die Kosten getragen habe, die durch den Bezug und die Abgabe an die Versicherten angefallen seien, habe das MVZ ein fremdes Geschäft geführt. Der Geschäftsführer habe einen Anspruch auf Ersatz der Aufwendungen, die er den Umständen nach für erforderlich halten durfte. Dazu zählten vor allem diejenigen freiwilligen Vermögensopfer, die er zum Zweck der Ausführung des Geschäfts erbracht hat, wie Auslagen für Reisen, Telefonate, Porto, Prozesskosten oder die Tilgung von Schulden des Geschäftsherrn; ferner könne er Ersatz für die Kosten des eingesetzten Personals und für die Maschinen verlangen. Ihm werde die übliche Vergütung und damit ein Verdienst zugebilligt, wenn die Geschäftsbesorgung in seine berufliche oder gewerbliche Tätigkeit fällt. Die übliche Vergütung einer Apotheke ergebe sich unter Anwendung der Vorschriften der genannten Verträge, wobei die Klägerin zugunsten der Beklagten bereits die geringere Vergütung angesetzt habe.

Die Beschaffung und insbesondere die Abgabe von Arzneimitteln werde nicht durch das nach den Vorschriften des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen (EBM) zu leistende vertragsärztliche Honorar vergütet. Da die Abgabe von Arzneimitteln grundsätzlich den Apotheken vorbehalten sei und ein Arzt nur in eng definierten Ausnahmefällen Arzneimittel an seine Patienten abgeben dürfe, sei eine Abgeltung der mit der Beschaffung, Lagerung und Abgabe der Faktorpräparate verbundenen erheblichen Kosten über den EBM ausgeschlossen. Die Klägerin wende Personalkosten und weitere Kosten auf, die zwingend mit der Beschaffung und Abgabe der Faktorpräparate einhergingen. Es könne nicht ernsthaft behauptet werden, dass die hierzu im Schriftsatz vom 9. Oktober 2017 dargestellten Aufgaben und daraus resultierenden Kosten, die durch die Abgabe von Arzneimitteln entstünden, bei der Kalkulation des EBM Berücksichtigung gefunden haben. Mit der Befolgung der Vorgaben des BSG und

der Abgabe der Präparate an heimSelbstbehandelnde Patienten seien erhebliche Kosten verbunden, die das Ärztliche Honorar um ein Vielfaches überstiegen.

Die Klägerin gebe die streitgegenständlichen Arzneimittel wie ein Apotheker an ihre Patienten ab. Die Abgabe von Arzneimitteln an Patienten sei aber keine ärztliche Aufgabe. Somit finde sich im EBM für diese Tätigkeit auch kein Vergütungsbestandteil. Mit der Rechtsprechung des BSG werde vom höchstaseologisch verantwortlichen Arzt gefordert, dass er gleich einer Apotheke die Gerinnungsfaktorzubereitungen einkauft, lagert und an die Patienten abgibt. Hierbei fielen selbstverständlich die im Einzelnen dargestellten Tätigkeiten und Kosten auch für die Abrechnung gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen an. Eine Apotheke erhalte für die Erfüllung der entsprechenden Aufgaben eine mit der Beklagten fest vereinbarte Vergütung. Es sei nicht ersichtlich, warum die Klägerin bei Erfüllung identischer Aufgaben hierfür keine Vergütung erhalten soll.

Die Klageforderung hat die Klägerin auf 15.551,01 Euro beziffert. Dabei hat sie in der Klageschrift auch abweichend vom Inhalt ihrer Rechnungen den vorgenommenen Skontoabzug iHv 1,5 % der Arzneimittelkosten berücksichtigt. Wegen der Einzelheiten wird auf den Inhalt der Klageschrift vom 9. August 2017 verwiesen.

Die Beklagte hat die Abtretung von Forderungen des MVZ an die Klägerin bestritten. Überdies hat sie eingewandt, dass dem MVZ L. keine Ansprüche gegen die Beklagte zugestanden hätten, da alle Forderungen des MVZ hinsichtlich der erbrachten ärztlichen Leistungen ausschließlich mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) abzurechnen seien. Ein weiterer Honoraranspruch der Praxis sei weder gesetzlich vorgesehen noch existiere hierfür eine gültige Vereinbarung mit der Beklagten. Da die Honorierung der Leistungen durch die vertragsärztlichen Honorarbestimmungen abschließend geregelt sei, sei für Ansprüche aus [§ 683, 670 BGB](#) schon im Ansatz kein Raum.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem SG hat die Klägerin eine Abtretungsvereinbarung vorgelegt, nach deren Inhalt das MVZ L. die dort bezeichneten Forderungen gegen die Beklagte unter dem 27. Juli 2015 an die L. GmbH abgetreten und die L. GmbH die Abtretung angenommen hat. Zur Bezeichnung der Forderungen enthält die Abtretungsvereinbarung die auch in der Klagebegründung vom 9. August 2017 zur Aufschlüsselung der Klageforderung verwendete Tabelle.

Mit Urteil vom 23. Oktober 2019 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Überzeugung der Kammer bestehe der von der Klägerin aus abgetretenem Recht geltend gemachte Anspruch des MVZ nicht. Es sei kein Raum für die Anwendung der Grundsätze über den Aufwendungsersatz im Rahmen der GoA. Soweit die Klägerin ihren Anspruch mit einem zusätzlichen Aufwand an ärztlichen Tätigkeiten begründe, müsse dies wegen des abschließenden Charakters des EBM unbeachtlich bleiben. Nichts anderes könne für die von ihr aufgeführten nichtärztlichen Leistungen gelten. Diese Verwaltungsaufwendungen gehörten

zu den allgemeinen Praxiskosten, die nach den Vorgaben des EBM grundsätzlich über die Gebührenordnungspositionen (GOP) abgedeckt seien. Im Übrigen werde in den Abschnitten 7.3 und 7.4 des Allgemeinen Teils des EBM hinsichtlich von Kosten für Arzneimittel, die der Kranke zur weiteren Verwendung behalte, auf die Regelungsbefugnis der Gesamtvertragspartner verwiesen. Schließlich habe sich auch das BSG bereits mit der Frage eines besonderen Aufwands im Zusammenhang mit der Direktabgabe von Gerinnungsfaktoren beschäftigt und einen solchen besonderen Aufwand nicht gesehen.

Die besondere Spezialisierung des MVZ und die dadurch bedingte Kostenstruktur mache keine andere Bewertung notwendig. Die Kammer sehe zwar, dass dadurch in einem anderen Umfang Aufwendungen entstünden als in dem vom BSG zu beurteilenden Fall, wenn in nicht unerheblichem Umfang Aufgaben übernommen würden, die im Regelfall von einer Apotheke erbracht würden. Insoweit habe die Klägerin im Rahmen der mündlichen Verhandlung auch auf die vorliegende Großhandelserlaubnis und eine Trennung zwischen dem ärztlichen Bereich und der Beschaffung hingewiesen. Die damit verbundenen Folgen dieser Ausrichtung im Allgemeinen und die Ausgestaltung des Direktbezuges im Besonderen seien aber Auswirkungen einer unternehmerischen Entscheidung. Selbst wenn aber davon auszugehen wäre, dass sich die Klägerin zu einer derartigen Ausweitung ihres Pflichtenkreises hätte veranlasst sehen müssen, stehe der Geltendmachung eines Aufwandsersatzes im Umfang der Apothekervergütung jedenfalls [§ 129 SGB V](#) entgegen. Denn dort seien zwingend vertragliche Vereinbarungen zwischen den Beteiligten vorgesehen, sodass daneben kein Raum für einen außervertraglichen Aufwandsersatzanspruch mehr sein könne.

Unabhängig hiervon habe die Klägerin konkrete tatsächliche Aufwendungen im Verfahren nicht nachgewiesen. Diese seien lediglich in allgemeiner Form behauptet worden. Die Kammer gehe zudem davon aus, dass ein besonderer Aufwand der Klägerin für einen Teil der streitigen Verordnungen nicht nachweisbar sein werde. So ergebe sich aus einigen Rechnungen, dass die bestellten Präparate unmittelbar an andere (Hausarzt-)Praxen geliefert worden seien. Bei näherer Sichtung der Unterlagen sei auch aufgefallen, dass das Präparat Kogenate für den Versicherten Vitalij B. an unterschiedliche Adressen in M., T. und P. versandt worden sei. Eine weitergehende Aufklärung sei nicht geboten gewesen, da diese Frage letztlich nicht mehr entscheidungserheblich sei.

Gegen das ihren Prozessbevollmächtigten am 11. November 2019 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 26. November 2019 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen-Bremen eingelegt, mit der sie ihr Begehren weiterverfolgt. Dazu nimmt sie auf ihren erstinstanzlichen Vortrag Bezug und ergreift diesen. Sie verlange mit der vorliegenden Klage keine zusätzliche Vergütung für ärztliche Tätigkeit oder für besondere Verwaltungsaufgaben der Arztpraxis, sondern ausdrücklich eine Aufwandserstattungsentschädigung für ihre Tätigkeit als Apotheke namentlich für solche Aufwendungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Bezug, der Lagerung, der Verwaltung und der Abgabe von Gerinnungsfaktoren an heimselbstbehandelnde Patienten gestanden hätten. Diese Kosten könnten ohne weiteres einer einzelnen Leistung

zugeordnet werden und stellten schon deshalb keine allgemeinen Praxiskosten dar. Wesentlicher sei, dass der Direktbezug, die Lagerung und die Abgabe von Arzneimitteln generell von vornherein keine (vertrags-)Ärztliche Tätigkeit sei. Der Direktbezug und die Abgabe beruhten auch nicht auf einer unternehmerischen Entscheidung, sondern darauf, dass das MVZ L. aufgrund der diesbezüglichen Rechtsprechung den wirtschaftlichsten Bezugsweg habe wählen müssen. Beim Bezug, der Lagerung und der Abgabe von Gerinnungsfaktorzubereitungen handele der Arzt als Apotheke; somit schieden Aufwunderstaltungsansprüche gegen die Kasse aus. Dass eine Vergütung für die besonderen Aufwendungen für diese Tätigkeiten zu erfolgen habe, sei allgemein anerkannt und zwischenzeitlich für die Hämostophiliezentren gesetzlich geregelt. Andere Krankenkassen hätten mit dem MVZ L. Verträge nach [§ 129 SGB V](#) geschlossen, die auch einen Aufwunderstaltungsanspruch für die (über die Arzneimittelkosten hinausgehenden) weiteren mit dem Bezug und der Abgabe verbundenen Aufwendungen vorsähen. Dass ein solcher Vertrag zwischen der Beklagten und dem MVZ L. nicht bestanden habe, sei nicht auf ein Verschulden oder ein Versäumnis des MVZ oder der Klägerin zurückzuführen. Da die Beklagte nicht bereit sei, einen Vertrag abzuschließen, der die Vergütung der Aufwendungen vorsehe, müsse das Rechtsinstitut der GoA Anwendung finden.

Die Klägerin hat im Berufungsverfahren eine weitere Abtretungsvereinbarung in Dateiform übermittelt, die auf den 31. Januar 2016 datiert ist und die Klägerin (unter ihrer damaligen Firma) als Abtretungsempfängerin ausweist. Im übrigen entspricht der Inhalt dieses Dokuments der im erstinstanzlichen Verfahren vorgelegten Abtretungsvereinbarung.

Ä

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 23. Oktober 2019 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie 15.551,01 Euro nebst Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 8. Juli 2016 zu zahlen.

Ä

Die Beklagte beantragt,

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä die Berufung zurückzuweisen.

Ä

Sie verteidigt die angefochtene Entscheidung.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Prozessakte und des von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsvorgangs Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die Berufung der Klägerin ist zulässig, aber unbegründet. Das SG hat ihre Klage zu Recht abgewiesen.

A. Die Entscheidungszuständigkeit des erkennenden Senats liegt sowohl in Bezug auf den Rechtsweg als auch hinsichtlich der Spruchkörperzuständigkeit vor.

I. Die auch von den Beteiligten nicht in Zweifel gezogene Eröffnung des Rechtswegs zu den Sozialgerichten folgt bereits daraus, dass das SG ihn (stillschweigend) als gegeben erachtet hat, woran der Senat gemäss § 17a Abs 5 Gerichtsverfassungsgesetz (GVG) gebunden ist (vgl dazu Mayer in: Kissel/Mayer, GVG, 10. Aufl 2021, § 17 Rn 38, 53; BSG, Urteil vom 23. März 2011 â B 6 KA 11/10 R -, SozR 4-2500 § 115b Nr 3, Rn 14 ff mwN).

Die Entscheidung über den Rechtsweg trifft aber auch in der Sache zu. Gemäss § 51 Abs 1 Nr 2 Sozialgerichtsengesetz (SGG) entscheiden die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit über öffentlich-rechtliche Streitigkeiten ua in Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung, auch soweit durch diese Angelegenheiten Dritte betroffen werden. Dies gilt nach § 51 Abs 2 S 1 SGG auch für privatrechtliche Streitigkeiten in Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung, auch soweit durch diese Angelegenheiten Dritte betroffen werden. Damit ist der Sozialrechtsweg für sämtliche Rechtsstreitigkeiten aus dem öffentlich-rechtlichen Rechts- und Pflichtenkreis der Krankenkassen, der unmittelbar ihre öffentlichen Aufgaben betrifft, gegeben (vgl BSG, Beschluss vom 28. September 2010 â B 1 SF 1/10 R -, SozR 4-1500 § 51 Nr 9, Rn 15 mwN).

Hier handelt es sich um einen solchen Rechtsstreit. Maßgebend ist insoweit der Streitgegenstand, mithin der prozessuale Anspruch, wie er sich aus Klageantrag und Klagegrund ergibt (vgl BSG, Beschluss vom 25. März 2021 â B 1 SF 1/20 R, juris Rn 10 mwN; Urteil vom 9. August 2018 â B 14 AS 38/17 R -, SozR 4-4200 § 22 Nr 97, Rn 11 mwN; B. Schmidt in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 13. Aufl 2020, § 95 Rn 5 f). Klagegrund ist der tatsächliche Lebenssachverhalt, aus dem der Kläger die begehrte Rechtsfolge herleitet (vgl BSG aaO; Bundesgerichtshof Urteil vom 24. Februar 2022 â