B 6 KA 17/12 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
6
1. Instanz
SG Mainz (RPF)
Aktenzeichen
S 8 KA 268/09
Datum
15.02.2012
2. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 17/12 R
Datum
20.03.2013
Kategorie
Urteil
Leitsätze
1. Krankenkassen können einen Regress gegen einen Arzt wegen fehlerhaft ausgestellter Arzneiverordnungen auch nach dessen Ausscheiden aus der vertragsärztlichen Versorgung nur durchsetzen, indem sie bei der Prüfungsstelle die Festsetzung eines Regresses gegen den Arzt beantragen. Die Anrufung der Schlichtungsstelle und die unmittelbare Klage auf Schadensersatz beim Sozialgericht sind unzulässig.
2. Zum Gebot der persönlichen Unterzeichnung von Arzneiverordnungen im Fall eines ermächtigten Krankenhausarztes.
3. Zur Regresspflicht und zum Vorliegen eines Schadens im Fall fehlerhaft ausgestellter Arzneiverordnungen.
Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 15. Februar 2012 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten auch des Revisionsverfahrens, mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen.

Gründe:

I

1 Streitig ist ein Regress der klagenden Krankenkasse (KK) gegen einen ermächtigten Krankenhausarzt wegen fehlerhafter Ausstellung von Arzneiverordnungen.

2 Die Klägerin ist eine KK im Land Rheinland-Pfalz. Der Beklagte ist Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie; er war Chefarzt der Medizinischen Klinik eines Krankenhauses in L. und seit 2003 bis zum 28.2.2007 ermächtigt, auf Überweisung vertragsärztliche Behandlungen durchzuführen. Die Beigeladene ist die bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) eingerichtete Schlichtungsstelle gemäß § 49 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), § 45 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen (EKV Ä).

3 Die Klägerin rief am 17.12.2007 wegen vom Beklagten ausgestellter Arzneiverordnungen die beigeladene Schlichtungsstelle an. Sie beanstandete zahlreiche Verordnungen des Beklagten als fehlerhaft; die Mehrzahl der erhobenen Beanstandungen verfolgte sie später in diesem Verfahren nicht weiter. Sie hat ihr Regressbegehren schließlich auf sieben Verordnungsfälle beschränkt:

Bei drei (Erst-)Verordnungen liege ihr kein Überweisungsschein (= Abrechnungsschein) mit der Angabe einer der Verordnung zugrunde liegenden ärztlichen Behandlung vor (Verordnungen vom 28.3.2003 für H.M., vom 8.7.2005 für H.H. und vom 30.11.2006 für H.O.); eine Verordnung weise keine Unterschrift auf (Verordnung vom 26.1.2007 für A.A.); drei Verordnungen seien nicht vom Beklagten, sondern von einem anderen Arzt des Krankenhauses unterzeichnet (zwei Verordnungen vom 26.1.2007 für A.A. mit der Unterschrift des Oberarztes Dr. S.; eine Verordnung vom 8.8.2007 für I.T. mit der Unterschrift der Nachfolgerin des Beklagten in der Chefarztposition).

4 Die Klägerin hat wie sie geltend macht: aus Vorsorge gegen eine etwaige Verjährung der von ihr erhobenen Regressansprüche am 18.12.2009 beim SG Zahlungsklage erhoben. Ihre Forderung hat zuletzt noch 477,72 Euro betragen.

5 Das SG hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 15.2.2012): Die Leistungsklage sei unzulässig. Der Klägerin sei der Klageweg verwehrt, denn es bestehe eine ausschließliche Kompetenz der Prüfgremien. Bei diesen könne die Klägerin den Erlass eines Regressbescheides gegen den Beklagten beantragen. Der von ihr geltend gemachte Regress wegen fehlerhafter Verordnungen betreffe in allen sieben Fällen einen sog sonstigen Schaden gemäß § 48 BMV-Ä. Die Zuordnung zum Verfahren gemäß § 48 BMV-Ä entspreche der Rechtsprechung des BSG; dieses ordne diesem Verfahren alle Verordnungen zu, bei denen ein Fehler bei der Art und Weise der Ausstellung der Verordnung und nicht bei ihrem Inhalt in Frage stehe. Hierzu gehöre das Fehlen einer durch Überweisungsschein belegten, der Verordnung zugrunde liegenden

ärztlichen Behandlung ebenso wie Mängel persönlicher Leistungserbringung einschließlich des Fehlens eigener Unterzeichnung durch den verordnenden ermächtigten Arzt. Wegen dieser Zuständigkeit der Prüfgremien gemäß § 48 BMV-Ä sei weder das Schlichtungsverfahren gemäß § 49 BMV-Ä eröffnet noch Raum für eine Leistungsklage.

6 Die Klägerin hat am 2.4.2012 (Sprung-)Revision eingelegt. Am 18.4.2012 hat sie gegenüber der Schlichtungsstelle, die am 3.2.2010 getagt, aber keine Entscheidung getroffen hatte, ihren Antrag auf Schlichtung zurückgenommen.

7 Mit ihrer Revision macht die Klägerin geltend, entgegen der Auffassung des SG seien für ihr Regressverlangen nicht die Prüfgremien gemäß § 48 BMV-Ä, sondern die Schlichtungsstelle gemäß § 49 BMV Ä zuständig. Dem Schlichtungsverfahren seien alle Fälle eines Verstoßes gegen das Gebot der persönlichen Leistungserbringung zuzuordnen, wozu nicht nur die ärztliche Entscheidung über das jeweils zu verordnende Medikament, sondern auch die Verordnung selbst und deren eigenhändige Unterzeichnung gehöre. Der Schlichtungsausschuss sei weiterhin zuständig bei Fehlen einer durch Überweisungsschein belegten, der Verordnung zugrunde liegenden ärztlichen Behandlung. In allen Fällen habe der Beklagte auch schuldhaft gehandelt, wie es für eine Schadensfeststellung gemäß § 49 BMV-Ä erforderlich sei. Das fehlerhafte Verordnungsverhalten habe auch einen Schaden verursacht; unbeachtlich sei der Einwand, die Verordnungen seien notwendig gewesen und wären sonst von einem anderen Arzt ebenso ausgestellt worden. Auch bei völligem Fehlen einer Unterschrift obgleich hier nicht der Vorhalt greife, er habe die Pflicht zu nur eigenhändigem Handeln verletzt sei er zum Regress verpflichtet.

8 Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 15.2.2012 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, an sie 477,72 Euro nebst Zinsen in Höhe von 8 % über dem Basiszinssatz seit dem 18.12.2009 zu zahlen.

9 Der Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

10 Der Beklagte verteidigt das Urteil des SG. Die Zuständigkeit der Prüfgremien gemäß § 48 BMV Ä entspreche der Auslegung dieser Bestimmung durch das BSG. Die Konsequenz daraus sei allerdings, dass ein Anwendungsraum für das Verfahren gemäß § 49 BMV Ä nicht mehr erkennbar sei, seit die Praxisgebühr abgeschafft und somit die Verweisung von § 18 Abs 7a Satz 3 auf § 49 BMV-Ä gegenstandslos sei. Wegen der Anwendbarkeit des § 48 BMV-Ä sei kein Raum für eine Leistungsklage der KK, sodass das SG die Klage zu Recht als unzulässig abgewiesen habe. Die Klageabweisung sei auch richtig, wenn statt der Prüfgremien die Schlichtungsstelle zuständig wäre: Die Anrufung der Schlichtungsstelle wäre dann der einfachere Weg, sodass für eine Klage das Rechtsschutzbedürfnis fehlen würde. Der Klage würde in einem Fall wie hier zudem die Anhängigkeit des Verfahrens vor der Schlichtungsstelle entgegenstehen, wie § 49 Abs 4 Satz 2 BMV-Ä ergebe. §§ 48, 49 BMV-Ä seien auch auf ermächtigte Ärzte anzuwenden, wenn dies auch im BMV-Ä nicht so klar zum Ausdruck komme wie in § 8 Abs 3 EKV-Ä. Im Übrigen wäre eine Leistungsklage, falls sie zulässig wäre, jedenfalls unbegründet; relevante Verordnungsfehler lägen nicht vor. In allen Fällen hätten Überweisungsscheine vorgelegen; er der Beklagte habe die Versicherungskarten eingelesen und dem Krankenhaus zur Abrechnung weitergeleitet. Ihm könne das Versäumnis des Krankenhauses, die Behandlung gegenüber der KÄV abzurechnen, nicht zugerechnet werden. Auch das Fehlen eigenhändiger Unterzeichnung von Verordnungen rechtfertige keinen Regress. Es gebe keine Vorschrift, wonach der ermächtigte Arzt das Verordnungsblatt eigenhändig unterzeichnen müsse; er müsse die einzunehmenden Arzneimittel lediglich persönlich auswählen. Überdies sei es in der jeweiligen konkreten Situation rechtens gewesen, die Verordnungen den Patienten ohne seine Unterschrift aushändigen zu lassen: Er sei nach seiner Auswahl der einzunehmenden Arzneimittel jeweils plötzlich abgerufen worden und eine Zeit lang unabkömmlich gewesen; ein Warten auf seine Rückkehr sei den schwerkranken Patienten nicht zuzumuten gewesen. Das Rezept vom 8.8.2007, das seine Nachfolgerin unterzeichnet habe, sei zeitlich weit nach seinem Ausscheiden ausgestellt worden und könne ihm nicht angelastet werden.

11 Die beigeladene Schlichtungsstelle hat sich ohne einen Antrag zu stellen dahingehend geäußert, dass ihre Zuständigkeit zweifelhaft sei. Die Rechtsprechung des BSG ergebe Anhaltspunkte für eine Zuständigkeit der Prüfgremien gemäß § 48 BMV Ä. Für eine Gesamtzuständigkeit der Prüfgremien in allen hier umstrittenen Konstellationen spreche, dass es nicht praktikabel wäre, je nach Typus des Fehlers bei der Ausstellung der Verordnung unterschiedliche Zuständigkeiten teilweise der Schlichtungsstelle und teilweise der Prüfgremien anzunehmen.

II

12 Die Revision der Klägerin hat keinen Erfolg. Das SG hat ihre Leistungsklage zu Recht als unzulässig abgewiesen. Die Klägerin hätte, statt Klage gegen den Arzt zu erheben oder die Schlichtungsstelle gemäß § 49 BMV-Ä anzurufen, beim Prüfungsausschuss die Festsetzung eines Regresses gemäß § 48 BMV-Ä wegen fehlerhafter vertragsärztlicher Verordnungen beantragen müssen (unten 1.). Dies gilt für das Vorgehen gegen einen Arzt auch noch nach Beendigung seiner vertragsärztlichen Tätigkeit (unten 2. und 3.) und ebenso gegenüber ermächtigten Krankenhausärzten (unten 4.). Einen entsprechenden Regressantrag kann die Klägerin auch jetzt noch mit Erfolgsaussicht stellen (unten 5.).

13 1. Das SG hat im vorliegenden Fall zu Recht die Klage als unzulässig abgewiesen. Für ein Klageverfahren ist kein Raum; die Klägerin hat nur die Möglichkeit, bei den Prüfgremien den Erlass eines Schadensfeststellungsbescheids zu beantragen.

14 In der Rechtsordnung ist vielfach vorgesehen, dass vor der Geltendmachung eines Anspruchs im Klageweg zunächst ein Verwaltungsverfahren durchzuführen ist mit der Folge, dass eine unmittelbar erhobene Klage unzulässig ist. So ist vor Erhebung einer Verpflichtungsklage ein Antragsverfahren bei der Behörde durchzuführen (vgl § 78 Abs 1 Satz 1 SGG; ebenso § 68 Abs 1 Satz 1 VwGO; vergleichbar auch der Vorrang eines Schiedsverfahrens, § 1032 Abs 1 ZPO). Ebenso darf im Bereich des Vertragsarztrechts eine KK, die zB wegen Verordnungs- oder Behandlungsfehler Ansprüche gegen einen Arzt erhebt, nicht direkt gegen ihn Klage erheben; sie muss vielmehr ein Verwaltungsverfahren bei den Prüfgremien auf Erlass eines Verwaltungsakts gegen den Arzt einleiten, sofern deren Zuständigkeit gemäß § 106 SGB V oder gemäß § 48 BMV Ä gegeben ist. Der sachliche Grund für diese vorrangigen Zuständigkeiten liegt in der besonderen Sachkunde der fachkundig besetzten Gremien, die die Kompetenz zur Beurteilung der Rechtmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Tätigkeit haben.

15 Auf der Grundlage der Abgrenzung der §§ 106 SGB V, 48, 49 BMV Ä voneinander (unten a) sowie speziell zwischen § 106 SGB V zu § 48 BMV-Ä (unten b) ist im vorliegenden Fall die Zuständigkeit gemäß § 48 BMV Ä gegeben (unten c). Die Folge eines "Leerlaufens" des § 49

BMV Ä ist hinzunehmen (unten d). Das Ergebnis der Zuständigkeit der Prüfgremien gemäß § 48 BMV Ä und der daraus folgenden Unzulässigkeit einer direkten Klage der KK gegen den Arzt entspricht dem System des vertragsarztrechtlichen Viereck-Verhältnisses (unten e).

16 a) Die auf der Grundlage des § 106 Abs 4 Satz 1 SGB V errichteten Prüfgremien entscheiden über die Wirtschaftlichkeit vertragsärztlicher Verordnungen. Die Partner der Bundesmantelverträge haben in § 48 BMV-Ä den Prüfgremien aber auch die Kompetenz zugewiesen, den sonstigen durch einen Vertragsarzt verursachten Schaden festzustellen, der einer KK aus der unzulässigen Verordnung von Leistungen oder aus der fehlerhaften Ausstellung von Bescheinigungen entsteht. Nur solche Schadensersatzansprüche, die eine KK gegen einen Vertragsarzt aus der schuldhaften Verletzung vertragsärztlicher Pflichten geltend macht und für deren Prüfung und Feststellung nicht die Verfahren nach §§ 45, 47 und 48 BMV-Ä vorgeschrieben sind, können gemäß § 49 BMV-Ä durch eine Schlichtungsstelle geprüft werden.

17 Die Anrufung der Schlichtungsstelle ist allerdings nicht zwingend vorgeschrieben. Verzichtet die KK darauf oder scheitert die Schlichtung, so kann die KK ihren Anspruch gerichtlich geltend machen (§ 49 Abs 4 BMV Ä). Insofern liegt es hier anders als in den Fällen der Geltendmachung eines "sonstigen Schadens" im Sinne des § 48 BMV-Ä und der Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß §§ 47 BMV Ä, 106 SGB V; in diesen beiden Fällen müssen die zuständigen Prüfgremien angerufen werden, die im Falle der §§ 47 BMV-Ä, 106 SGB V im Übrigen auch ohne Antrag tätig werden können.

18 b) Die Zuständigkeit der Prüfgremien, die eine direkte Klage der KK gegen den Arzt sperrt, erfasst alle Arten von Verordnungsfehlern. Deren Sanktionierung ist insgesamt in §§ 47 BMV-Ä, 106 SGB V und § 48 BMV-Ä geregelt und damit umfassend dem Verfahren vor den Prüfgremien zugewiesen. Fehler des Arztes bei der Verordnung von Arznei- oder Heilmitteln, die nicht schon Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung im engeren Sinne sind (§ 106 SGB V), werden ausnahmslos von der Kompetenz der Prüfgremien zur Feststellung "sonstiger Schäden" gemäß § 48 Abs 1 BMV-Ä erfasst. Diese Regelung betrifft, ohne zwischen formalen und inhaltlichen Fehlern zu unterscheiden, generalisierend die "unzulässige Verordnung von Leistungen" und verdrängt insoweit die subsidiäre Regelung des § 49 BMV Ä, dessen Abs 1 Satz 1 die Verfahren nach §§ 45, 47 (heute § 106a, § 106 SGB V) und 48 BMV Ä ausdrücklich ausnimmt. Dies gilt auch, soweit Verstöße gegen das in § 49 Abs 1 Satz 2 BMV Ä genannte Gebot der persönlichen Leistungserbringung betroffen sind; hiermit werden nur Behandlungsleistungen angesprochen, nicht Verordnungsleistungen, für die § 48 Abs 1 BMV Ä die speziellere und deshalb vorrangige Regelung enthält. Somit ist für die Überprüfung von Verordnungen der Anwendungsbereich des § 49 BMV-Ä, der eine Wahlmöglichkeit zwischen der Einleitung eines Verwaltungsverfahrens oder der Erhebung einer Klage (siehe dessen Abs 4) gewährt, von vornherein nicht eröffnet (s hierzu noch RdNr 22).

19 Die für Verordnungsfehler in Betracht kommenden Prüfungen gemäß § 106 SGB V einerseits und § 48 BMV-Ä andererseits in beiden Konstellationen sind die Prüfgremien zuständig (vgl oben RdNr 16) hat der Senat danach voneinander abgegrenzt, ob geltend gemacht wird, die Verordnung selbst sei in ihrer inhaltlichen Ausrichtung fehlerhaft gewesen zB fragwürdiger Off-Label-Use ; dann ist der Anwendungsbereich des § 106 SGB V eröffnet. Wird hingegen geltend gemacht, (nur) die Art und Weise der Ausstellung der Verordnung sei fehlerhaft gewesen, so steht ein "sonstiger Schaden" in Frage, der im Verfahren gemäß § 48 BMV-Ä geltend zu machen ist (vgl BSG vom 5.5.2010, SozR 4-2500 § 106 Nr 28 RdNr 21-26; BSG vom 18.8.2010, SozR 4-2500 § 106 Nr 29 RdNr 25; BSG vom 13.10.2010, SozR 4-2500 § 106 Nr 30 RdNr 11; BSG vom 29.6.2011, SozR 4-2500 § 106 Nr 31 RdN 18 f und 21; BSG vom 12.12.2012 B 6 KA 50/11 R RdNr 11, zur Veröffentlichung in BSGE und in SozR 4-2500 § 106 Nr 38 vorgesehen).

20 Diese Unterscheidung zwischen den originären Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren gemäß § 106 SGB V und den Verfahren zur Feststellung sonstiger Schäden im Sinne des § 48 BMV-Ä hat Bedeutung zum einen insofern, als die Schadensfeststellung nach § 48 Abs 1 BMV-Ä anders als die Prüfung nach § 106 Abs 2 SGB V einen Antrag der KK voraussetzt. Zum anderen setzt eine Schadensfeststellung gemäß § 48 Abs 1 BMV-Ä eine verschuldete Pflichtverletzung voraus (vgl zB BSG vom 5.5.2010, SozR 4-2500 § 106 Nr 28 RdNr 22 und 25 aE; BSG vom 29.6.2011, SozR 4-2500 § 106 Nr 31 RdNr 26, 34; vgl auch BSG SozR 4 5545 Allg Nr 1 RdNr 20). Schließlich unterliegt die Schadensfeststellung einer vierjährigen Verjährungs , die Wirtschaftlichkeitsprüfung hingegen einer vierjährigen Ausschlussfrist (BSG SozR 4-2500 § 106 Nr 28 RdNr 20; BSG SozR 4 2500 § 106 Nr 29 RdNr 28, 33; BSG SozR 4 2500 § 106 Nr 31 RdNr 24, 32).

21 c) Die dargestellte Abgrenzung zwischen dem Anwendungsbereich des § 106 SGB V und demjenigen des § 48 BMV-Ä hat der Senat in seiner Rechtsprechung in der Weise umgesetzt, dass er das Regressverlangen wegen einer Verordnung für einen Patienten während dessen Krankenhausaufenthalts dem Verfahren wegen "sonstigen Schadens" gemäß § 48 BMV-Ä zugeordnet hat (BSG vom 5.5.2010 aaO RdNr 25; ebenso BSG vom 29.6.2011 aaO RdNr 18 iVm RdNr 13 f). In diesem Verfahren sind auch Regressverlangen wegen solcher Fehler zu realisieren, wie sie hier von der Klägerin gegen den Beklagten geltend gemacht werden; sowohl die Konstellation, dass eine KK die Unzulässigkeit von vertragsärztlichen Verordnungen darauf stützt, ihr liege kein Überweisungsschein (= Abrechnungsschein) mit der Angabe einer der Verordnung zugrunde liegenden ärztlichen Behandlung vor, als auch der Fall, dass der Arzt das Verordnungsblatt nicht eigenhändig unterzeichnete, betreffen die Verfahrensmodalitäten bei der Ausstellung der Verordnung bzw die Art und Weise des Vorgehens bei deren Ausstellung. In keinem der Fälle wird die inhaltliche Korrektheit der Verordnungen bezweifelt, wie dies zB in Konstellationen eines Off-Label-Use oder eines Verordnungsausschlusses aufgrund der Arzneimittel-Richtlinie (AMRL) oder des SGB V in Frage stehen kann (zum Off-Label-Use vgl zB BSG vom 13.10.2010, BSG SozR 4-2500 § 106 Nr 30 RdNr 15 ff; zu inhaltlichen Verordnungsausschlüssen vgl zB: BSG vom 14.12.2011, BSGE 110, 20 = SozR 4-2500 § 92 Nr 13, RdNr 38-40, zum AMRL-Ausschluss von Hustenmitteln mit fixer Kombination gegenläufiger Wirkstoffe und BSG vom 12.12.2012 B 6 KA 50/11 R zur Veröffentlichung auch in BSGE und in SozR 4-2500 § 106 Nr 38 RdNr 14 ff vorgesehen zum gesetzlichen Ausschluss von Appetitzüglern).

22 d) Sind mithin die Prüfgremien umfassend für die Beanstandung von Verordnungsfehlern zuständig teils im Wege von Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren gemäß § 106 SGB V und im Übrigen im Schadensfeststellungsverfahren gemäß § 48 BMV Ä , so ist kein Raum für eine Anwendung des § 49 BMV-Ä. Einen Überschneidungsbereich zwischen § 48 und § 49 BMV-Ä in dem Sinne, dass ein Regressanspruch wahlweise im Verfahren gemäß § 48 BMV-Ä oder im Verfahren gemäß § 49 BMV-Ä geltend gemacht werden könnte, gibt es nicht; die Zuständigkeitsabgrenzung zwischen § 48 und § 49 BMV Ä ist wie auch § 49 Abs 1 Satz 1 mit seiner Abgrenzung zu §§ 45, 47, 48 BMV Ä ergibt (vgl oben RdNr 16 und 18) ein Entweder-Oder, die eine Zuordnung nur zu einem dieser Verfahren zulässt. Dafür sprechen auch praktische Erwägungen: Andernfalls wären für die Prüfung einer Verordnung, deren Ausstellung wie es häufig vorkommt unter mehreren Aspekten als fehlerhaft beanstandet wird, unterschiedliche Gremien Schlichtungsstellen oder Prüfgremien zuständig, was zu nicht sinnvollen Verfahrenskomplikationen führen würde. Die Konzentration der Verordnungskontrolle bei den Prüfgremien verhindert auch divergierende

Entscheidungen und kann zur zügigen Verfahrensdurchführung beitragen.

23 Werden demnach Regresse wegen Fehlern bei der Verordnung von Arznei- und Heilmitteln überhaupt nicht von § 49 BMV-Ä erfasst, so hat das allerdings die Konsequenz, dass ein Anwendungsraum für diese Regelung nicht mehr erkennbar ist. Ein ausdrücklicher Anwendungsbereich ergibt sich heute nicht mehr aus § 18 Abs 7a Satz 3 BMV-Ä (vgl dazu BSG vom 8.2.2012 B 6 KA 12/11 R SozR 4-2500 § 43b Nr 1 RdNr 20 f, 29 ff), weil dessen Verweisung auf § 49 BMV-Ä seit der Abschaffung der Praxisgebühr (Art 1 des Gesetzes vom 20.12.2012, BGBl I 2789, mit Aufhebung der §§ 28 Abs 4, 43b Abs 2, 106a Abs 3 Satz 1 Nr 4, 295 Abs 2 Satz 1 Nr 8 SGB V) gegenstandslos ist. Mithin bleibt als möglicher Anwendungsbereich des Schlichtungsverfahrens nur noch die Funktion als Auffangvorschrift für Pflichtverletzungen, die weder von § 48 BMV-Ä noch von §§ 47 BMV-Ä, 106 SGB V noch von §§ 45 BMV-Ä, 106a SGB V erfasst werden. Konkrete Beispiele dafür haben die Verfahrensbeteiligten allerdings nicht benennen können und vermag der Senat auch seinerseits nicht zu erkennen, sodass die Funktion als Auffangvorschrift derzeit eher theoretischer Natur sein dürfte.

24 e) Ist ein "Schaden" einer KK von den Prüfgremien festzustellen sei es im Wege einer Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß § 106 SGB V oder im Wege eines Schadensfeststellungsverfahrens gemäß § 48 BMV Ä , so ist wegen deren vorrangiger Zuständigkeit eine direkte Leistungsklage der KK gegen den Arzt unzulässig (oben RdNr 15). Dies entspricht dem System des vertragsarztrechtlichen Viereck-Verhältnisses. Dieses ist dadurch gekennzeichnet, dass Rechtsbeziehungen grundsätzlich nur in dem Viereck-Verhältnis Versicherter KK KÄV Arzt bestehen, eine Rechtsbeziehung unmittelbar zwischen KK und Arzt hingegen nicht. Die Rechtsbeziehungen zwischen den KKn und der KÄV auf der einen Seite und zwischen der KÄV und dem Vertragsarzt auf der anderen Seite sind zu trennen (vgl BSGE 80, 1, 6 = SozR 3-5545 § 19 Nr 2 S 11 = Juris RdNr 22; BSG SozR 4 2500 § 75 Nr 9 RdNr 32; vgl auch BSGE 88, 20, 26 = SozR 3-2500 § 75 Nr 12 S 72 = Juris RdNr 32). Das vertragsarztrechtliche Beziehungsgeflecht vermeidet grundsätzlich unmittelbare Rechtsbeziehungen zwischen den KKn als Leistungsträgern und den (Vertrags)Ärzten als Leistungserbringern (BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr 2, RdNr 130 = Juris RdNr 143; BSG SozR 4-2500 § 106 Nr 28 RdNr 44; so auch zum zahnärztlichen Bereich BSG SozR 4-1500 § 55 Nr 1 RdNr 3 f = Juris RdNr 9 f). Nur in Ausnahmekonstellationen ist ein Rechtsstreit direkt zwischen KK und Arzt zulässig (vgl BSG vom 15.8.2012 B 6 KA 34/11 R SozR 4-5540 § 44 Nr 1 RdNr 10 f zum Kostenverlangen für Sprechstundenbedarf). Dementsprechend hat der Senat im Urteil vom 5.5.2010 ausgeführt, dass die KK im Regelfall keine Möglichkeit hat, den Vertragsarzt unmittelbar in Regress zu nehmen, vielmehr die Festsetzung eines Regresses ausschließlich den vertragsarztrechtlichen Gremien zugewiesen ist und die KK daher auf deren Tätigwerden angewiesen ist (BSG SozR 4-2500 § 106 Nr 28 RdNr 44).

25 2. Diese Grundsätze über die Zuständigkeit der Prüfgremien für die Prüfung und Feststellung der Verletzung vertragsärztlicher Pflichten je nach Fallkonstellation im Verfahren gemäß §§ 47 BMV-Ä, 106 SGB V oder im Verfahren gemäß § 48 BMV-Ä gelten auch dann noch, wenn der Arzt nicht mehr vertragsärztlich tätig ist. Deshalb ist im vorliegenden Verfahren der Umstand ohne Bedeutung, dass der Beklagte seit Ende Februar 2007 nicht mehr an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten mitwirkt. Auch gegen einen ausgeschiedenen Arzt darf eine KK, die ihm die Verletzung vertragsärztlicher Pflichten vorwirft, nicht im Wege der Leistungsklage vorgehen; sie hat vielmehr nur die Möglichkeit, bei den Prüfgremien zu beantragen, dass diese einen Regressbescheid gegen den Arzt erlassen (ebenso Senatsurteil vom 20.3.2013 B 6 KA 18/12 R , RdNr 16, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen).

26 a) Richtig ist zwar, dass nach dem Ausscheiden aus dem vertragsärztlichen System die Möglichkeit, Ansprüche gegenüber dem Arzt gegen Honoraransprüche aus vertragsärztlichen Leistungen aufzurechnen und somit die Ansprüche durch Einbehalt fälliger Gegenzahlungen zu realisieren, nicht mehr besteht (vgl BSGE 80, 1, 2 f und 7 = SozR 3-5545 § 19 Nr 2 S 7 und 12 = Juris RdNr 14 und 23). Dieser Gesichtspunkt rechtfertigt es aber nicht, die Zuständigkeit der vertragsarztrechtlichen Institutionen für die Prüfung und Feststellung von Ansprüchen gegenüber dem Arzt nach dessen Ausscheiden aus der vertragsärztlichen Versorgung überhaupt zu verneinen und der KK den Klageweg direkt gegen den Arzt zu eröffnen. Es bestehen vielmehr nachgehende Rechte und Pflichten des Vertragsarztes, die mit einer nachwirkenden Kompetenz der Gremien einhergehen (vgl hierzu BSGE 64, 209, 210, 212 = SozR 5550 § 18 Nr 1 S 1/2, 3 = Juris RdNr 12, 19; ebenso BSGE 80, 1, 7 = SozR 3-5545 § 19 Nr 2 S 12 = Juris RdNr 23: "nachwirkende Regelungsbefugnisse"). Aus diesen Nachwirkungen ergibt sich, dass die vertragsarztrechtlichen Gremien auch dann noch für die Beurteilung vertragsärztlichen Verhaltens zuständig sind, wenn der Arzt nicht mehr vertragsärztlich tätig ist. Der sachliche Grund hierfür liegt in der besonderen Sachkunde der fachlich spezialisierten Gremien, die die Kompetenz zur Beurteilung der Rechtmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Tätigkeit haben (vgl oben RdNr 13 ff). Dieser Grund entfällt nicht dadurch, dass der Arzt aktuell keine vertragsärztliche Tätigkeit ausübt. Der Arzt hätte es sonst in der Hand, sich durch ein Ausscheiden aus der Versorgung einem Verfahren vor den Prüfgremien zu entziehen.

27 Daher steht außer Zweifel, dass die Prüfgremien auch nach dem Ausscheiden eines Arztes ein Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung gegen den Vertragsarzt hinsichtlich vergangener Quartale durchführen können, und ebenso, dass die KÄV noch sachlich-rechnerische Richtigstellungen wegen vertragsärztlicher Fehlabrechnungen durchführen kann. Das hat der Senat auch in seinem Urteil vom 18.12.1996 (BSGE 80, 1, 7 = SozR 3-5545 § 19 Nr 2 S 12) nicht in Frage gestellt. Er hat vielmehr ausdrücklich die aus dem Mitgliedschaftsverhältnis nachwirkende Regelungsbefugnis der KÄV hervorgehoben und ausgeführt, dass sie weiterhin Richtigstellungen vornehmen und zu Unrecht gezahlte Honorare aus der Zeit der vertragsärztlichen Tätigkeit zurückfordern kann. Er hat lediglich gemeint, dass für einen Erstattungsanspruch einer KK der Erlass eines Richtigstellungsbescheids keine notwendige Voraussetzung sei; nur hiervon rückt der Senat ab (vgl nachfolgend b). Die gesetzgeberische Entscheidung, die Tätigkeit der Leistungserbringer im System der vertragsärztlichen Versorgung einem besonderen Regime der ärztlichen Selbstverwaltung mit fachlich spezialisierten Gremien zu unterwerfen, verliert nicht dadurch an Bedeutung, dass die vertragsärztliche Tätigkeit beendet worden ist.

28 b) Aus dieser umfassenden Zuständigkeit der vertragsarztrechtlichen Fachgremien auch noch nach dem Ausscheiden des Arztes aus der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung ergeben sich Folgerungen, die Anlass zu einer Klarstellung geben. An der Aussage in der Entscheidung des Senats vom 18.12.1996 (BSGE 80, 1, 6 = SozR 3-5545 § 19 Nr 2), dass eine KK, die nach Ausscheiden eines (Zahn)Arztes aus dem vertrags(zahn)ärztlichen System von der K(Z)ÄV eine Abrechnungskorrektur verlangt, keine vorherige Richtigstellung durch die K(Z)ÄV erwirken müsse (BSGE 80, 1, 7 = SozR 3-5545 § 19 Nr 2 S 12 f = Juris RdNr 23), hält der Senat für Ansprüche, die nach Veröffentlichung dieses Urteils erstmals geltend gemacht werden, nicht mehr fest. Aus Gründen der Einheitlichkeit der Abwicklung fehlerhafter Leistungserbringung und abrechnung ist stets der Vorrang der vertrags(zahn)ärztlichen Institutionen (K(Z)ÄV und Prüfgremien) zu wahren, die den Umfang der Zahlungspflichten des Arztes bzw Zahnarztes mit Wirkung für und gegen alle Beteiligten (Vertrags(zahn)arzt, K(Z)ÄV, KKn) verbindlich feststellen (vgl dazu auch BSG SozR 4-5555 § 21 Nr 2). So kann die Gefahr widersprechender Feststellungen, die bei der gerichtlichen Durchsetzung einzelner Rückforderungsansprüche möglich sind, vermindert werden. Der Senat knüpft damit umfassend an

seine Aussagen an, dass der frühere Status als Vertrags(zahn)arzt Nachwirkungen entfaltet (BSGE 64, 209, 210, 212 = SozR 5550 § 18 Nr 1 S 1/2, 3 = Juris RdNr 12, 19) und die vertrags(zahn)arztrechtlichen Institutionen nachwirkende Regelungsbefugnisse haben (BSGE 80, 1, 7 = SozR 3-5545 § 19 Nr 2 S 12 = Juris RdNr 23).

29 3. Die Aspekte der Rechtssicherheit und der Verwaltungspraktikabilität stützen die unter 1. und 2. dargestellte Auslegung der maßgeblichen Vorschriften. Die Zuständigkeitskonzentration bei den Prüfgremien sichert inhaltlich eine einheitliche Handhabung innerhalb des KÄV-Bezirks. Sie ermöglicht den KKn, gemeinsam ein Verfahren bei den Prüfgremien einzuleiten, und macht Klageverfahren durch jede einzelne KK entbehrlich. Auch der Arzt muss sich dann nur mit einem Verfahren auseinandersetzen; zudem kann er davon ausgehen, dass im Zusammenhang stehende Umstände bzw andere Verfahren berücksichtigt werden, zB bei einer Richtgrößenprüfung etwa der Aufwand für solche Arzneimittel unberücksichtigt bleibt, deren Kosten bereits als sonstiger Schaden festgesetzt wurden.

30 Die Zuständigkeit der Prüfgremien für die Überprüfung der Korrektheit vertragsärztlicher Verordnungen in allen Varianten auch nach dem Ausscheiden des betroffenen Arztes aus der vertragsärztlichen Versorgung trägt schließlich auch der Verwaltungspraktikabilität Rechnung. Die Prüfgremien verfügen über die jeweils erforderlichen Daten und über die unverzichtbaren Erfahrungen bei der Aufklärung der jeweils entscheidungserheblichen Sachverhalte. Ihnen stehen in manchen Bereichen gerichtlich nur eingeschränkt nachprüfbare Beurteilungsspielräume und Ermessen bei der Bemessung der Höhe von Regressen zu. Auf diese Kompetenzen könnte bei einer Direktklage der KK gegen einen Arzt nicht zurückgegriffen werden. Vergleichbares gilt für die gesetzlich den KÄVen zugewiesenen Verfahren der Plausibilitätsprüfung und der Honorarberichtigung (§ 106a Abs 2 Satz 1 Halbsatz 1 sowie Halbsatz 2 iVm Satz 2 ff SGB V). Auch diese Verfahrenszuständigkeiten würden bei Zulassung von Klagen einer KK gegen einen Arzt wegen fehlerhafter Abrechnungen überspielt; die Gefahr widersprechender Entscheidungen je nach dem, ob ein Arzt an der Versorgung teilnimmt oder nicht, wäre erheblich.

31 4. Die zu 1. 3. dargestellten Grundsätze gelten ebenso wie für Vertragsärzte auch für ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen. Für die Ermächtigten ergibt sich die Geltung aus § 95 Abs 4 SGB V: Die Ermächtigung bewirkt, dass der ermächtigte Arzt oder die ermächtigte Einrichtung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist sowie die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung für sie verbindlich sind. Dies schließt auch die Geltung der bundesmantelvertraglichen Regelungen des BMV-Ä und des EKV-Ä ein.

32 Dies steht für den EKV-Ä zumal deshalb außer Zweifel, weil in dessen § 8 Abs 3 nochmals klarstellt ist, dass die im EKV-Ä für Vertragsärzte getroffenen Regelungen auch für zugelassene Einrichtungen sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen gelten, soweit nichts anderes bestimmt ist. Für den BMV-Ä gilt nichts anderes, auch wenn dieser seit dem 1.7.2007 keine dementsprechende allgemeine Bestimmung mehr enthält. Die Nichtübernahme der früheren entsprechenden Bestimmung des § 4 Abs 1 Satz 2 BMV-Ä (vgl DÄ 2005, A 854) in die Neufassung (DÄ 2007, A 1684, A 1687) hat keine konstitutive Bedeutung. Vielmehr sind die Vertragspartner des BMV-Ä davon ausgegangen, dass dessen Geltung auch für zugelassene Einrichtungen sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen ohnehin unzweifelhaft ist. Dies ergibt sich aus zahlreichen Einzelregelungen, die die Geltung für diese weiteren Personen und Einrichtungen als selbstverständlich voraussetzen (vgl zB § 1a Satz 1 Nr 5, Nr 15 Ziff 1, Nr 21, Nr 29, § 3 Abs 2 Nr 8, §§ 4 bis 8, § 13 Abs 3, § 15a Abs 1 Satz 7, § 21 Abs 1a Satz 3, § 24 Abs 1 Satz 1, Abs 5 Satz 2 BMV-Ä). Hiervon ist auch der Senat zB in seinem Urteil vom 8.2.2012 mit der Anwendung des BMV-Ä auf die ermächtigten Ärzte und auf die ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen ausgegangen (vgl BSG SozR 4-2500 § 43b Nr 1 RdNr 20 ff betr ärztlich geleitete Einrichtungen, hier: Notfallambulanzen der Krankenhäuser). Auch vom Ergebnis her kann die Anwendung auf Ermächtigte nicht zweifelhaft sein; die Geltung für sie steht zB bei der Vordruckvereinbarung der Anlage 2 zum BMV-Ä außer Frage.

33 5. Aus den zu 1. 4. dargelegten Grundsätzen folgt, dass die Leistungsklage der Klägerin gegen den Beklagten unzulässig ist und die Klägerin nur die Möglichkeit hat, bei der Prüfungsstelle zu beantragen, dass diese im Verfahren gemäß § 48 BMV-Ä einen Regressbescheid gegen den Beklagten erlässt. Ein solches Vorgehen wäre bzw ist auch erfolgversprechend; dies scheitert weder an einer Verjährung (unten a) noch am Fehlen eines Schadens (unten b), und in sechs der sieben Verordnungsfälle fallen dem Beklagten auch schuldhafte Pflichtverletzungen zur Last (unten c).

34 a) Einem Schadensfestsetzungsantrag der Klägerin an den Prüfungsausschuss steht nicht die Verjährung entgegen (zur vierjährigen Verjährungsfrist vgl die BSG-Angaben oben in RdNr 20 am Ende). Deren Ablauf war sowohl durch die Anrufung der Schlichtungsstelle seit Dezember 2007 als auch durch die Klageerhebung seit Dezember 2009 gehemmt (vgl zur Verjährungshemmung durch Antrag auf Schadensfeststellung beim Prüfungsausschuss: BSG SozR 4-2500 § 106 Nr 28 RdNr 42 ff, insbesondere RdNr 43, 47; BSG SozR 4 2500 § 106 Nr 29 RdNr 39; BSG vom 12.12.2012 B 6 KA 35/12 R RdNr 14, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen).

35 Der Fristenhemmung steht nicht entgegen, dass diese Rechtsbehelfe unzulässig gewesen sind, die Klägerin sich nämlich wie dargelegt an den Prüfungsausschuss hätte wenden müssen. Auch unzulässige Rechtsbehelfe hemmen die Verjährung (vgl allgemein zur Hemmungswirkung unzulässiger Leistungsklagen BGH vom 9.12.2010, NJW 2011, 2193 RdNr 13, 15 und BGH vom 24.5.2012, NJW 2012, 2180 RdNr 17; zur Klageerhebung bei einem unzuständigen Gericht BSG vom 28.9.2006, BSGE 97, 125 = SozR 4-1500 § 92 Nr 3, RdNr 12 und BSG vom 20.10.2010, SozR 4 1500 § 153 Nr 11 RdNr 24). Selbst wenn dies bei offensichtlich unzulässigen Rechtsbehelfen anders zu beurteilen und ihnen keine Hemmungswirkung zuzuerkennen wäre, ergäbe sich hier nichts anderes; denn eine offensichtliche Unzulässigkeit steht nicht in Rede: Vor Ergehen dieses heutigen Urteils war nicht geklärt, wie Regresse wegen Verordnungen ohne Überweisungsschein und ohne eigenhändige Unterzeichnung im Falle nicht mehr vertragsärztlich tätiger Ärzte geltend zu machen sind (vgl oben RdNr 21 und 28).

36 b) In den dargestellten Konstellationen ist auch unzweifelhaft ein Schaden eingetreten. Dem kann nicht ein hypothetischer alternativer Geschehensablauf entgegengehalten werden, etwa mit dem Vorbringen, die Verordnung sei inhaltlich sachgerecht gewesen und bei sachgerechter Ausstellung der Verordnung sei es durch den Beklagten oder durch einen anderen Arzt wären der Klägerin dieselben Kosten entstanden und deshalb sei ihr durch den Fehler bei der Ausstellung der Verordnung kein Schaden entstanden (vgl zu solcher Argumentation auch Begriffe wie hypothetische Reserveursache, alternative Kausalität, saldierende Kompensation, Vorteilsausgleichung).

37 Derartige Einwendungen hat der Senat stets zurückgewiesen: Im Vertragsarztrecht ist kein Raum, einen Verstoß gegen Gebote und Verbote, die nicht bloße Ordnungsvorschriften betreffen, durch Berücksichtigung eines hypothetischen alternativen Geschehensablaufs als

unbeachtlich anzusehen; denn damit würde das vertragsarztrechtliche Ordnungssystem relativiert. So hat der Senat in seinem Urteil vom 18.8.2010 zusammenfassend ausgeführt: "Die Zuerkennung der Kosten, die bei rechtmäßigem Verhalten angefallen wären, hätte zur Folge, dass es auf die Beachtung der für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Bestimmungen nicht ankäme" (BSG aaO SozR 4-2500 § 106 Nr 29 RdNr 51; in der Sache ebenso zum Teil im Rahmen der Prüfung ungerechtfertigter Bereicherung BSG vom 8.9.2004, SozR 4-2500 § 39 Nr 3 RdNr 14 betr unzulässige faktisch-stationäre Behandlung; BSG vom 22.3.2006, BSGE 96, 99 = SozR 4-5520 § 33 Nr 6, RdNr 11 betr eine als Praxisgemeinschaft auftretende Gemeinschaftspraxis; BSG vom 28.2.2007, SozR 4-2500 § 39 Nr 7 RdNr 17 f betr zu lange stationäre Versorgung; BSG vom 5.5.2010 BSGE 106, 110 = SozR 4-2500 § 106 Nr 27, RdNr 47 betr Verordnung von Immunglobulin; BSG vom 18.8.2010, SozR 4 2500 § 106 Nr 29 RdNr 51 betr Verordnung von Sprechstundenbedarf; BSG vom 13.10.2010, SozR 4 2500 § 106 Nr 30 RdNr 44 betr Verordnung von Megestat; vgl auch BSG vom 21.6.1995, BSGE 76, 153, 155 f = SozR 3 2500 § 95 Nr 5 S 22 f, und BSG vom 23.6.2010, BSGE 106, 222 = SozR 4-5520 § 32 Nr 4, RdNr 67; vgl ferner die neuere BGH-Rspr zu dem an sich nicht vergleichbaren strafrechtlichen Betrugstatbestand in Fällen ärztlichen Fehlverhaltens mit ihrer Bezugnahme auf die "zum Vertragsarztrecht entwickelte streng formale Betrachtungsweise" in BGHSt 57, 95 = NJW 2012, 1377 = MedR 2012, 388, RdNr 82, 85; vgl auch BGHSt 57, 312 = NJW 2012, 3665 = MedR 2013, 174, RdNr 52). Wie die Beispiele der Senatsrechtsprechung zeigen, gilt das vertragsarztrechtliche Prinzip, dass kein Raum für die Berücksichtigung hypothetischer alternativer Geschehensabläufe ist, gleichermaßen für Verfahren gemäß § 106 SGB V wie für solche gemäß § 48 BMV-Ä und für alle Arten von Verstößen gegen Gebote und Verbote, ohne Unterscheidung danach, ob ein sog Status betroffen ist oder nicht; ausgenommen sind nur Verstöße, die lediglich sog Ordnungsvorschriften betreffen.

38 Ein Schaden der KK könnte allerdings dann zu verneinen sein, wenn diese der Apotheke auf eine Verordnung hin zB weil sie überhaupt nicht unterzeichnet war überhaupt keine Arzneikostenerstattung gewährt hatte (vgl zur Unterzeichnungspflicht § 3 Abs 2 Satz 1 Buchst n des Arzneiliefervertrags zwischen dem Apothekerverband Rheinland-Pfalz eV und den KKn vom 26.2.1996). Dies wäre ggf im Schadensfeststellungsverfahren aufzuklären.

39 c) In sechs der sieben umstrittenen Verordnungsfälle ist auch die weitere Voraussetzung für einen Schadensregress gemäß § 48 BMV-Ä, dass nämlich eine verschuldete Pflichtverletzung vorliegen muss, auf der Grundlage des vom SG festgestellten Geschehensablaufs zu bejahen (zum Verschuldenserfordernis vgl oben RdNr 20).

40 aa) Schuldhaft hat der Beklagte zunächst in den drei Fällen gehandelt, in denen die Klägerin geltend macht, ihr liege kein Überweisungsschein mit Angabe einer der (Erst)Verordnung zugrunde liegenden ärztlichen Behandlung vor (hierzu s § 15 Abs 2 BMV Ä; vgl auch den Einheitlichen Bewertungsmaßstab Ärzte (EBM Ä), der eine Vergütung für Rezeptausstellung ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt nur für Wiederholungsrezepte vorsieht, s dazu Nr 01430 EBM Ä). Es gehört zum Verantwortungsbereich des Arztes, dass die KKn mit Verordnungskosten nur für korrekte Verordnungen belastet wird. Dazu gehört bei einer Erstverordnung, dass ihr eine ärztliche Behandlung zugrunde gelegen hat. Dies muss der Arzt auf dem Abrechnungs- bzw Überweisungsschein dokumentieren, und dieser muss der KÄV vorgelegt werden.

41 Fehlt es hieran und hat die KK die Verordnungskosten der Apotheke erstattet , so kann die KK den Arzt in Regress nehmen. Den ermächtigten Ärzten ist die Dienstleistung des Krankenhauses zuzurechnen: Gemäß § 120 Abs 1 Satz 3 SGB V rechnet der Krankenhausträger die den ermächtigten Krankenhausärzten zustehenden Vergütungen "für diese" ab und leitet diese nach Abzug der anteiligen Verwaltungskosten sowie der dem Krankenhaus entstandenen Kosten an die Krankenhausärzte weiter. Aus dem Zusammenhang dieser Regelungen folgt, dass sich die ermächtigten Krankenhausärzte ein Verschulden des Krankenhaus(trägers) bei der Weiterverarbeitung und Weitergabe der ihr zugeleiteten Unterlagen bzw Daten zurechnen lassen müssen. Der Arzt kann sich nicht damit exculpieren, er habe die Behandlung durchgeführt und dokumentiert sowie dies auch dem Krankenhaus zur Weiterverarbeitung und Weitergabe an die KÄV zugeleitet; erst das Krankenhaus habe die entsprechende Abrechnung und Weiterreichung versäumt. Der Arzt kann nur darauf verwiesen werden, ggf nach der Inanspruchnahme durch die KK dann seinerseits das Krankenhaus bzw dessen Träger in Regress zu nehmen. Vorschriften darüber, dass die KK direkt beim Krankenhaus Regress nehmen könnte, bestehen nicht.

42 bb) Bei den drei Verordnungen vom 26.1.2007, bei denen der Beklagte den Patienten Verordnungsblätter ohne seine persönliche Unterzeichnung aushändigen ließ, ist ihm ebenfalls jeweils eine schuldhafte Pflichtverletzung anzulasten. Es lag nämlich jeweils ein Verstoß gegen das Gebot persönlicher Leistungserbringung vor.

43 Diesem Gebot kommt großes Gewicht zu (vgl BSGE 110, 269 = SozR 4-2500 § 95 Nr 24, RdNr 34 iVm 37). Es gilt nicht nur für die Behandlungs-, sondern auch für die Verordnungstätigkeit des Arztes; Vertragsärzte und ermächtigte Krankenhausärzte müssen es gleichermaßen beachten. Ermächtigungen für Krankenhausärzte werden diesen mit Blick auf einen Versorgungsbedarf und ihre persönliche Qualifikation iVm den ihnen im Krankenhaus zur Verfügung stehenden Möglichkeiten erteilt (vgl § 116 SGB V iVm § 31a Abs 1 und 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und dazu BSG vom 20.3.2013 B 6 KA 26/12 R RdNr 26 am Ende und RdNr 34, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen); eine Ermächtigung berechtigt den ermächtigten Arzt nur persönlich. Eine Befugnis des im stationären Bereich zuständigen Vertreters, den Krankenhausarzt auch bei seiner vertragsärztlichen Tätigkeit zu vertreten, besteht nicht. Unzutreffend ist ferner die Ansicht, das Gebot persönlicher Leistungserbringung fordere lediglich die ärztliche Entscheidung über das zu verordnende Medikament selbst, nicht aber auch die persönliche Ausstellung und Unterzeichnung der Verordnung. Eine solche Einschränkung ist den Regelungen über die persönliche Leistungserbringung nicht zu entnehmen. Auch die Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) stellt klar, dass die Verschreibung "die eigenhändige Unterschrift der verschreibenden Person" enthalten muss (§ 2 Abs 1 Nr 10 AMVV).

44 Für den Fall, dass ein (Krankenhaus-)Arzt nicht zeitgerecht zur Aushändigung einer von ihm persönlich unterzeichneten Verordnung in der Lage ist, ergibt sich aus § 4 AMVV, dass er den Apotheker insbesondere fernmündlich über die Verschreibung und deren Inhalt unterrichten kann, sodass der Apotheker die Arznei vorab aushändigen kann; der Arzt hat dem Apotheker die Verschreibung in schriftlicher oder elektronischer Form unverzüglich nachzureichen. Mit dieser Regelung wird dem Arzt ein Weg gewiesen, dem Patienten noch ohne Aushändigung der persönlich unterzeichneten Verordnung das Medikament zukommen zu lassen. In diesen Rechtsvorschriften sind andere Vorgehensweisen nicht vorgesehen: Zu beanstanden ist daher sowohl der vom Beklagten praktizierte Weg, Verordnungsblätter durch einen anderen Arzt unterzeichnen zu lassen so in den zwei Fällen der Unterzeichnung durch Dr. S. , als auch die Aushändigung eines überhaupt nicht unterzeichneten Verordnungsblatts an einen Patienten so im Fall der einen Verordnung vom 26.1.2007. Diese Vorgehensweisen widersprechen sowohl dem Gebot der persönlichen Leistungserbringung als auch den Regelungen der AMVV.

45 Die aufgeführten Pflichtverletzungen sind auch als verschuldet anzusehen. Die Regelungen des BMV-Ä und der AMVV muss jeder Vertragsarzt und ebenso jeder ermächtigte Arzt kennen. Die Ausführungen des Beklagten, die Pflicht zur eigenhändigen Unterzeichnung des Verordnungsblatts sei ihm und generell den ermächtigten Krankenhausärzten nicht bewusst gewesen bzw diese seien durchgängig anders verfahren, können den Beklagten nicht exculpieren.

46 cc) Kein Verschulden trifft den Beklagten demgegenüber im Zusammenhang mit der Verordnung vom 8.8.2007, die seine Arztnummer aufwies, aber von seiner Nachfolgerin unterzeichnet war. Diese Verordnung ist mehr als sechs Monate nach dem Ausscheiden des Beklagten aus der vertragsärztlichen Versorgung ausgestellt worden. Daraus, dass sich im Krankenhaus noch Verordnungsblätter mit seiner Arztnummer befanden und diese nach seinem Ausscheiden noch verwendet wurden, lässt sich keine schuldhafte Pflichtverletzung des Beklagten ableiten. Eine Pflicht, sie bei seinem Ausscheiden zu vernichten, um ihre Verwendung zu verhindern, trifft das Krankenhaus und nicht ihn. Ein Tatbestand, wonach ein insoweit gegebenes Versäumnis des Krankenhauses ihm zuzurechnen wäre, findet sich in der Rechtsordnung nicht; die oben herangezogene Regelung des § 120 Abs 1 Satz 3 SGB V (vgl oben RdNr 41) reicht so weit nicht.

47 d) Schließlich ist im Schadensregressverfahren gemäß § 48 BMV-Ä, soweit eine verschuldete Pflichtverletzung mit Verursachung eines Schadens festgestellt wird, auch noch dessen Höhe festzustellen (vgl zum Abzug von Apothekenrabatt und Patienten-Zuzahlungen und zur Möglichkeit der Pauschalierung die BSG-Angaben bei Th. Clemens in Schlegel/Voelzke/Engelmann, jurisPK SGB V, 2. Aufl 2012, § 106 RdNr 108).

48 6. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG iVm einer entsprechenden Anwendung der §§ 154 ff VwGO. Danach trägt die Klägerin die Kosten des von ihr erfolglos geführten Rechtsmittels (§ 154 Abs 2 VwGO). Eine Erstattung von Kosten der Beigeladenen ist nicht veranlasst; sie hat im Revisionsverfahren keinen Antrag gestellt (§ 162 Abs 3 VwGO, vgl dazu BSGE 96, 257 = SozR 4-1300 § 63 Nr 3, RdNr 16).
Rechtskraft
Aus
Login
BRD
Saved
2013-10-18