

---

## S 20 KA 171/17

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

|               |   |
|---------------|---|
| Land          | Niedersachsen-Bremen  |
| Sozialgericht | Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen  |
| Sachgebiet    | Vertragsarztangelegenheiten   |
| Abteilung     | -   |
| Kategorie     | Urteil  |
| Bemerkung     | -   |
| Rechtskraft   | -   |
| Deskriptoren  | -   |
| Leitsätze     | 1. Das Verbot der vertragsärztlichen Parallelbehandlung während eines Krankenhausaufenthalts erstreckt sich auch auf Arzneimittel, deren Therapieziel nicht vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses umfasst ist, die zur umfassenden vollstationären Behandlung des Versicherten aber erforderlich sind. 2. Zum Verschulden des Vertragsarztes bei Ausstellung der Verordnung, wenn sich aus der Patientenkartei Anzeichen für eine noch andauernde stationäre Behandlung ergeben. |
| Normenkette   | BMV-Ä §§ 48, 3 Abs 1 S 1<br>SGB V <a href="#">§§ 31, 39</a>   |

#### 1. Instanz

|              |                |
|--------------|----------------|
| Aktenzeichen | S 20 KA 171/17 |
| Datum        | 09.10.2019     |

#### 2. Instanz

|              |              |
|--------------|--------------|
| Aktenzeichen | L 3 KA 57/19 |
| Datum        | 02.02.2022   |

#### 3. Instanz

|       |   |
|-------|---|
| Datum | - |
|-------|---|

**Die Berufung der Beigeladenen zu 2. gegen das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 9. Oktober 2019 wird zurückgewiesen.**

**Die Beigeladene zu 2. trägt die Kosten des Berufungsverfahrens mit Ausnahme der Kosten der Beigeladenen zu 1., die diese selbst trägt.**

---

**Die Revision wird nicht zugelassen.**

**Der Streitwert des Berufungsverfahrens wird auf 4.211,47 Euro festgesetzt.**

Â

### **Tatbestand**

Im Streit steht die Feststellung eines sonstigen Schadens aufgrund einer vertragsÄrztlichen ArzneimittelÄverordnung wÄhrend einer stationÄren Krankenhausbehandlung.

Die Beigeladene zu 2. ist eine ehemalige BerufsausÄbungsgemeinschaft (BAG) eines FachÄrzttes und einer FachÄrztin fÄr Urologie, die an der vertragsÄrztlichen Versorgung mit Praxissitz in L. teilnahmen. Am 24.Ä September 2013 verordnete der Arzt fÄr den bei der klagenden Krankenkasse gesetzlich versicherten Waldemar W. (Versicherter) das Arzneimittel Zytiga 250Ä mg Tabletten. Die Verordnung wurde drei Tage spÄter in einer Apotheke in M. einÄgelÄst. Hierdurch sind der KlÄgerin Kosten iHv 4.221,47 Euro (netto nach Abzug von ApoÄtheÄken-, Hersteller- und sonstigen Rabatten) entstanden.

Im Oktober 2014 stellte die KlÄgerin bei der PrÄfungsstelle Niedersachsen den Antrag, einen Regress wegen eines sonstigen Schadens gegen die Beigeladene zu 2. festzusetzen. Als BegrÄndung fÄhrte sie an, dass sich der Versicherte in der Zeit vom 3. September bis 5. Oktober 2013 im Roten-Kreuz-KrankenÄhaus (RKK) M. in vollstationÄrer Behandlung befunden habe. Durch die Verordnung sei ihr ein Schaden in HÄhe der NettoverordnungsÄkosten entstanden, da die notwendige ArzneimittelÄversorgung grundsÄtzlich vom Krankenhaus sicherÄzustellen gewesen und mit der VergÄtung abgegolten sei.

Auf die ihr eingerÄumte Gelegenheit zur Stellungnahme (Schreiben der PrÄfungsstelle vom 13.Ä Oktober 2014) wandte die Beigeladene zu 2. ein, dass der Versicherte ohne ihr Wissen ins Krankenhaus eingewiesen worden sei. Er habe sich am 23. September 2013 telefonisch in der Praxis gemeldet und einen Termin und ein Rezept erbeten. Hierbei habe er keine Angaben oder Andeutungen zu seinem Aufenthaltsort oder einem stationÄren Aufenthalt gemacht. Aufgrund einer BewegungsbeeintrÄchtigung des Versicherten seien Rezepte bereits in der Vergangenheit und so auch in diesem Fall von seiner Tochter abgeholt worden. Eine persÄnliche VorÄstellung des Versicherten bei einem der Ärzte sei nicht erforderlich gewesen, weil sein Zustand aus der laufenden Behandlung bekannt gewesen sei. Ein Verschulden der BAG liege nicht vor. Der Schaden sei vielmehr allein durch das Verhalten der Klinik entstanden, weil diese in Kenntnis der Vormedikation die Versorgung des Versicherten mit Zytiga nicht fortgesetzt habe. Jedenfalls aber kÄnnten im Hinblick auf die PackungsgrÄÄe (120 Tabletten) nicht die vollen Kosten zulasten der BAG gehen. Denn der Patient habe seit der Belieferung bis zu seiner EntÄlassung aus dem Krankenhaus fÄr maximal neun Tage die Tabletten genommen, wobei tÄglich vier Tabletten hÄtten genommen

---

werden müssen. Zur Unterstützung ihrer Ausführungen legte die Beigeladene zu 2. Befundunterlagen und Ausdrucke bzw Kopien ihrer Patientenkartei vor.

Mit Bescheid vom 5. Mai 2015 setzte die Prüfungsstelle einen Regress iHv 4.221,47 Euro gegen die Beigeladene zu 2. fest. Durch die Verordnung sei der Klägerin ein Schaden in dieser Höhe entstanden, weil sich der Versicherte zum Zeitpunkt der Verordnung in vollstationärer Krankenhausbehandlung befunden habe und die Verordnung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung deshalb ausgeschlossen gewesen sei. Da die Verordnung nicht dem Patienten persönlich ausgestellt worden sei, könne sich der Arzt nicht auf eine fehlende Kenntnis von dem stationären Aufenthalt berufen, da nicht nach einem stationären Aufenthalt gefragt worden sei. Würden Verordnungen nicht durch den Patienten selbst erbeten, müsse der verordnende Arzt oder das ausführende Personal gezielt nach dessen Gesundheitszustand fragen. Aufgrund der allgemein bekannten Möglichkeit, dass Patienten sich insbesondere in stationärer Behandlung befinden können, wenn Verwandte oder andere beauftragte Personen eine Verordnung erbitten, sei auch nach einem stationären Aufenthalt zu fragen. Hiervon dürfe nur in begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden; solche Ausnahmen seien hier nicht ersichtlich.

Die Beigeladene zu 2. erhob am 5. Juni 2015 Widerspruch und wandte ein, dass keine ihr vorwerfbare Pflichtverletzung vorliege. Gemäß § 15 Abs 2 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) sei die Verordnung zulässig gewesen. Der Versicherte habe sich bei der Praxis in laufender Behandlung befunden und sich dort regelmäßig, zuletzt am 22. August 2013, vorgestellt. Dementsprechend sei sein gesundheitlicher Zustand bekannt gewesen. Es treffe auch nicht zu, dass ein Angehöriger die Verordnung erbeten hätte; das Telefonat am 23. September 2013 sei vom Versicherten selbst geführt worden. Hierbei seien weder Hinweise auf die stationäre Behandlung erfolgt noch habe sich ein Anhalt dafür ergeben, dass sich der der Praxis bekannte Gesundheitszustand des Patienten geändert hätte. Der Umstand, dass die Tochter des Versicherten die Verordnung abgeholt habe, habe keinen Anlass zur Annahme gegeben, dass sich der Versicherte in stationärer Behandlung befinden könnte. Bei älteren und in ihrer Mobilität eingeschränkten Patienten sei es eher die Regel als die Ausnahme, dass Rezepte von Angehörigen in der Praxis abgeholt werden. Ohne konkrete Anhaltspunkte seien Vertragsärzte nicht verpflichtet, vor der Ausstellung einer Arzneimittelverordnung nach einer stationären Behandlung zu fragen. Die Fortführung der bereits angefangenen Therapie mit Zytiga 250 mg Tabletten sei auch medizinisch indiziert gewesen.

Mit Bescheid vom 9. Mai 2017 hat der Beklagte dem Widerspruch der Beigeladenen zu 2. stattgegeben und den Bescheid der Prüfungsstelle vom 5. Mai 2015 aufgehoben. Zwar sei die Verordnung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung während des Krankenhausaufenthalts des Versicherten eigentlich ausgeschlossen gewesen. Die Beigeladene zu 2. habe jedoch nicht gewusst, dass sich der Versicherte bei der Medikamentenbestellung in stationärer Behandlung befunden habe. Dieser sei ihr aus der laufenden Behandlung bekannt und am 22. August 2013 letztmalig in der Praxis gewesen. Positive Kenntnis von dem

---

stationären Aufenthalt zum Verordnungszeitpunkt sei nicht nachweisbar, und eine konkrete Nachfragepflicht gegenüber der abholenden Person sei nicht ersichtlich. Damit sei ein Verschulden der Beigeladenen zu 2. zu verneinen und der festgesetzte Regress aufzuheben.

Am 7. Juni 2017 hat die Klägerin beim Sozialgericht (SG) Hannover Klage erhoben und dort geltend gemacht, dass der Beklagte die in der Patientenakte der Beigeladenen zu 2. zweifelsfrei dokumentierte vollstationäre Behandlung schlichtweg ignoriert habe. Bereits im Verfahren vor der Prüfstelle habe sie darauf hingewiesen, dass in der Karteikarte unter dem 13. September 2013 der Aufenthalt des Patienten im RKK dokumentiert sei, unter dem 23. September 2013 (mithin einen Tag vor Ausstellung der Verordnung) der Eingang eines Arztbriefes dieses Krankenhauses erwähnt werde und unter dem 1. Oktober 2013 vermerkt sei, der Patient befinde sich noch immer im Krankenhaus. Allein aus diesen Einträgen gehe hervor, dass die Ärzte positive Kenntnis von dem Krankenhausaufenthalt gehabt hätten. Jedenfalls aber habe alle Veranlassung bestanden, die Frage der stationären Behandlung zu hinterfragen. Hinzu komme, dass die Weiterverordnung des Arzneimittels Zytiga laut Fachinformation nur nach regelmäßiger Bestimmung der Serum-Transaminasen zulässig sei. Eine Verordnung auf Zuruf ohne vorherige Feststellung der Laborwerte sei insoweit nicht zulässig gewesen.

Die Beigeladene zu 2. hat hierauf entgegnet, dass das erstmals im Juni 2013 verordnete Zytiga nach den dokumentierten Angaben des Patienten gut vertragen worden sei. Diese Angaben seien durch wiederholte Laborkontrollen zuletzt vom 13. August 2013 bestätigt worden. Am 23. September 2013 habe der Patient selbst in der Praxis angerufen und dabei auch um einen kurzfristigen Termin bei Frau N. gebeten. Dieser sei ihm zugesagt, aber noch nicht vereinbart worden. Aufgrund des angekündigten kurzfristigen Termins sei Herr O. bei Ausstellung des gewünschten Rezepts davon ausgegangen, dass der Patient aus dem Krankenhaus entlassen sei. Bei dem in ihrer elektronischen Patientenakte dokumentierten Datum 23.09.2013 handele es sich um das im Entlassungsbericht des RKK angegebene Datum. Dieses sei jedoch offenkundig falsch, weil in diesem Arztbrief über den bis zum 5. Oktober 2013 andauernden stationären Aufenthalt des Versicherten berichtet werde. Der Brief sei ausweislich des darauf angebrachten Eingangsstempels am 8. Oktober 2013 bei dem Hausarzt P. eingegangen, der den Brief am 11. Oktober 2013 per Telefax an sie, die Beigeladene zu 2., weitergeleitet habe. Bei diesem Sachverhalt liege kein Pflichtenverstoß der Beigeladenen zu 2. vor.

Mit Urteil vom 9. Oktober 2019 hat das SG den Bescheid des Beklagten vom 9. Mai 2017 aufgehoben und den Beklagten verurteilt, gegenüber der Beigeladenen zu 2. einen Regress iHv 4.211,47 Euro festzusetzen. Der Bescheid des Beklagten sei rechtswidrig und verletze die Klägerin in ihren Rechten. Während eines stationären Aufenthalts obliege dem Krankenhaus grundsätzlich auch die Arzneimittelversorgung des Versicherten. Entsprechende Leistungen seien mit der Vergütung abgegolten, die von der Krankenkasse für den Krankenhausaufenthalt entrichtet werde. Daher während dieses

---

Aufenthalts durch einen niedergelassenen Vertragsarzt ausgestellte Verordnung  $\hat{=}$  sobald sie in der Apotheke eingel $\hat{=}$ st werde  $\hat{=}$  zu zus $\hat{=}$ tz $\hat{=}$ lichen Kosten der Krankenkasse, die nicht erforderlich geworden w $\hat{=}$ ren, wenn der Ver $\hat{=}$ trags $\hat{=}$ arzt die Zust $\hat{=}$ ndigkeit des Krankenhauses f $\hat{=}$ r die Verordnung beachtet h $\hat{=}$ tte. Hierdurch entstehe der betroffenen Krankenkasse ein Schaden in H $\hat{=}$ he der von ihr zu tragenden Verordnungs $\hat{=}$ kosten. Dies treffe auch auf die hier ausgestellte Verordnung zu. Insoweit sei unter Ber $\hat{=}$ cksichtigung der konkreten Umst $\hat{=}$ nde des Falls auch von einem Verschulden der Beigeladenen zu 2. auszugehen. Zwar handele es sich um eine wieder $\hat{=}$ kehrende Rezept $\hat{=}$ ausstellung aus einer laufenden Behandlung. Zudem bestehe keine generelle Verpflichtung des Vertragsarztes, sich vor Ausstellung einer Verordnung zu vergewissern, dass der Versicherte sich zu diesem Zeit $\hat{=}$ punkt nicht in einer station $\hat{=}$ ren Krankenhausbehandlung befindet. Vorliegend bed $\hat{=}$ rfe keiner Entscheidung, ob die Beigeladene zu 2. Kenntnis vom station $\hat{=}$ ren Aufenthalt des Versicherten hatte. Denn jedenfalls h $\hat{=}$ ten sich aus der Patienten $\hat{=}$ dokumentation konkrete Anhaltspunkte f $\hat{=}$ r einen station $\hat{=}$ ren Aufenthalt des Versicherten ergeben, sodass sich eine Nachfrage f $\hat{=}$ r die Beigeladene zu 2. habe aufdr $\hat{=}$ ngen m $\hat{=}$ ssen. Dabei ber $\hat{=}$ cksichtige die Kammer insbesondere den Umstand, dass zwischen der dokumentierten Kenntnis  $\hat{=}$ ber das Bestehen eines Kranken $\hat{=}$ haus $\hat{=}$ aufenthalts und der Rezeptanforderung nur wenige Tage gelegen h $\hat{=}$ ten. Einem Ver $\hat{=}$ sicherten bei dieser Sachlage allein aufgrund einer telefonischen Rezeptanforderung verbunden mit der Vereinbarung eines z $\hat{=}$ gigen Folgetermins ohne weitergehende Nachfrage eine Verordnung auszustellen, verletze die im Verkehr gebotene Sorgfaltspflicht. Auf die schuld $\hat{=}$ hafte Pflichtverletzung k $\hat{=}$ ne auch ein konkreter Schaden der Kl $\hat{=}$ gerin zur $\hat{=}$ ckgef $\hat{=}$ hrt werden. Dieser sei bereits zum Zeitpunkt der Einl $\hat{=}$ sung der Verordnung eingetreten. Darauf, dass das Arzneimittel nicht w $\hat{=}$ hrend des Krankenhaus $\hat{=}$ aufenthalts vollst $\hat{=}$ ndig verbraucht worden sei, k $\hat{=}$ ne sich die Beigeladene zu 2. nicht berufen. Ma $\hat{=}$ gebend sei insoweit der normative Schadens $\hat{=}$ begriff. Aus den hierzu entwickelten Grunds $\hat{=}$ tzen lasse sich nicht pauschal ableiten, dass die Pr $\hat{=}$ fgremien oder die Gerichte Fest $\hat{=}$ stellungen zum tats $\hat{=}$ chlichen Verbrauch der eingel $\hat{=}$ sten Verordnungen treffen m $\hat{=}$ ssen. Derartige Feststellungen w $\hat{=}$ rden in einer Vielzahl der F $\hat{=}$ lle mit einem unverh $\hat{=}$ ltnis $\hat{=}$ m $\hat{=}$ igen Aufwand einhergehen, der dann rein tats $\hat{=}$ chlich den Geltungsanspruch der betroffenen Normen beeintr $\hat{=}$ chtigen w $\hat{=}$ rde. Zudem k $\hat{=}$ nte bei einer solchen Betrachtung der (rechtswidrige) Verbrauch von Medikamenten aus vorangegangenen Verordnungen nicht bei der Schadens $\hat{=}$ berechnung ber $\hat{=}$ cksichtigt werden.

Gegen das ihren Prozessbevollm $\hat{=}$ chtigten am 18. Oktober 2019 zugestellte Urteil hat die Beigeladene zu 2. am 18. November 2019 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Nieder $\hat{=}$ sachsen-Bremen eingelegt. Sie vertritt nunmehr die Auffassung, dass eine Versorgung des Versicherten mit dem Arzneimittel Zytiga durch das RKK zur Behandlung des metastasierten Prostata $\hat{=}$ karzinoms nicht vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses gedeckt gewesen w $\hat{=}$ re. Neben der Erkrankung an dem Prostata $\hat{=}$ karzinom habe der Versicherte an einer Rheuma $\hat{=}$ erkrankung gelitten und deshalb in der Behandlung eines Rheumatologen gestanden, der ihn wegen akuter Knochen $\hat{=}$ schmerzen  $\hat{=}$  und nicht aus urologischen oder uro-onkologischen Gr $\hat{=}$ n $\hat{=}$ den  $\hat{=}$  in die Klinik f $\hat{=}$ r Inter $\hat{=}$

---

nistische Rheumatologie des RKK eingewiesen habe. Neben dieser Klinik verfüge das RKK zwar über weitere Abteilungen und Kliniken; im streitigen Zeitraum habe es dort jedoch weder eine Klinik für Urologie noch eine Klinik für Onkologie gegeben. Damit gehöre die Behandlung urologischer Tumoren weder zum Leistungsspektrum noch zum Versorgungsauftrag des RKK. Abgesehen von Notfällen sei ein Krankenhaus aber nur im Rahmen seines Versorgungsauftrags zur Behandlung gesetzlich versicherter Patienten berechtigt und verpflichtet; es habe dementsprechend auch nur dann einen Anspruch auf Krankenhausvergütung gegen die Krankenkasse, wenn die Behandlung vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses umfasst ist. Aus diesem Grund habe das RKK Zytiga zur Behandlung des metastasierten Prostatakarzinoms gar nicht verordnet bzw. abgegeben dürfen. Dem hätte auch entgegengestanden, dass die regelmäßigen Laborkontrollen im Rahmen eines nur vorübergehenden stationären Krankenhausaufenthalts naturgemäß nicht hätten erfolgen können. Im Übrigen fehle es am Verschulden der Beigeladenen zu 2.; die diesbezügliche Argumentation des SG überzeuge nicht. Insbesondere könne aus dem Eintrag des Arztbriefes unter dem 23. September 2013 nichts für eine Nachfrageverpflichtung der Beigeladenen zu 2. bei Ausstellung der Verordnung am Folgetag hergeleitet werden. Wenn die Beigeladene zu 2. am 13. September 2013 Kenntnis von dem Krankenhausaufenthalt des Patienten gehabt und das Rezept am 24. September 2013 ausgestellt habe, hätten dazwischen elf und nicht nur wenige Tage gelegen. Sie habe daher viel eher davon ausgehen können, dass der Krankenhausaufenthalt wegen akuter Knochenschmerzen beendet war, zumal der Patient gleichzeitig um einen Behandlungstermin gebeten habe.

Die Beigeladene zu 2. beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 9. Oktober 2019 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Beklagte stellt keinen Antrag. Er hält seinen Bescheid weiterhin für rechtmäßig.

Die Klägerin beantragt schriftsätzlich,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt die angefochtene Entscheidung.

Die Beigeladene zu 1. stellt keinen Antrag.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Prozessakte und der beigezogenen Verwaltungsakte des Beklagten und der Klägerin Bezug genommen.

Ä

**Entscheidungsgründe**

---

Die Berufung der Beigeladenen zu 2. ist zulässig, aber unbegründet. Zu Recht hat das SG den Bescheid des Beklagten vom 9. Mai 2017 aufgehoben und den Beklagten verurteilt, gegenüber der Beigeladenen zu 2. einen Regress iHv 4.211,47 Euro festzusetzen.

A. Die allein gegen den Bescheid des Beschwerdeausschusses gerichtete Klage (vgl dazu *Bundessozialgericht, Urteil vom 29. Juni 2011* [B 6 KA 16/10 R](#), *SozR 4-2500* *ÄS 106 Nr 31, Rn 10 mwN*) ist als kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage gemäß *ÄS 54 Abs 1 Sozialgerichts-Gesetz (SGG)* statthaft und auch im Übrigen zulässig.

Bei der Entscheidung über die Feststellung eines sonstigen Schadens auf der Grundlage von *ÄS 48 BMV-Ä* sind den Präfugmieten keine Beurteilungs- oder Ermessensspielräume eingeräumt. Bei Vorliegen der tatbestandlichen Voraussetzungen des Schadensregresses treffen sie mithin eine gebundene Entscheidung. Vor diesem Hintergrund ist (in Abgrenzung zu einer auf die Verurteilung des Beklagten zur erneuten Entscheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts gerichteten Bescheidungsklage) die Verpflichtungsklage in Form der auf eine Verurteilung des Beklagten zur Festsetzung eines Regresses in bestimmter Höhe gerichteten Vornahmeklage statthaft (zu der Abgrenzung vgl auch *Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 13. Aufl 2020, ÄS 54 Rn 6a*).

B. Die Klage ist auch begründet. Der Bescheid vom 9. Mai 2017 ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten. Die Klägerin hat Anspruch auf Festsetzung eines Regresses gegen die Beigeladene zu 2. wegen eines sonstigen Schadens iHv 4.211,47 Euro.

I. Rechtsgrundlage für die Feststellung eines sonstigen Schadens ist *ÄS 48 Abs 1 BMV-Ä* iVm *ÄS 32* der Vereinbarung zur Präfugung der Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß [ÄS 106 SGB V](#) ab dem Jahr 2010 (Präfugvereinbarung) vom 3. Mai 2010.

Nach *ÄS 48 Abs 1 BMV-Ä* wird der sonstige durch einen Vertragsarzt verursachte Schaden, der einer Krankenkasse aus der unzulässigen Verordnung von Leistungen, die aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind, oder aus der fehlerhaften Ausstellung von Bescheinigungen entsteht, durch die Präfugungseinrichtungen nach *ÄS 106 Sozial-Gesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)* festgestellt. Nach der damit korrespondierenden Regelung in *ÄS 32 Abs 1 Präfugvereinbarung* haben die Präfugungsstelle oder der Beschwerdeausschuss auf Antrag einer Krankenkasse auch den sonstigen Schaden nach *ÄS 48 Abs 1 BMV-Ä* bzw *ÄS 44 Arzt-Ersatzkassen-Vertrag (EKV)* festzustellen.

Zur Abgrenzung von den Ordnungsregressen, für die (bereits) eine originäre Zuständigkeit der Präfugmieten nach [ÄS 106 SGB V](#) besteht, es einer vertraglichen Kompetenzzuweisung gemäß *ÄS 48 Abs 1 BMV-Ä* also nicht bedarf, und um Sinn und Zweck von *ÄS 48 Abs 1 BMV-Ä* (unwirtschaftliche Ordnungsweisen mit Blick auf den hohen Rang des Wirtschaftlichkeits-

---

gebots möglichst effektiv zu verhindern) zur Geltung zu bringen, ist die Vorschrift so zu interpretieren, dass den Praxengremien eine Schadensfeststellungskompetenz in solchen Fallgruppen zugewiesen ist, in denen die unzulässige Verordnung von Leistungen in Rede steht und sie nicht bereits (unmittelbar) Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach [Â§ 106 SGB V](#) ist (BSG, Urteil vom 29. Juni 2011 aaO, Rn 19). Unter Â§ 48 Abs 1 BMV-Ä fallen danach Verordnungen, bei denen Fehler infrage stehen, welche die Art und Weise ihrer Ausstellung betreffen (und nicht die Verordnung selbst oder ihre inhaltliche Ausrichtung); aus welchem Rechtsgrund die Verordnung unzulässig ist, ist dabei ohne Bedeutung (BSG aaO; Urteil vom 5. Mai 2010 â B 6 KA 5/09 R, SozR 4-2500 Â§ 106 Nr 28, Rn 25).

Ein solcher Fehler kann in Betracht kommen, wenn ein Vertragsarzt eine Verordnung für einen Patienten ausstellt, der sich zur Zeit der Verordnung in der stationären Behandlung eines Krankenhauses befindet (vgl BSG, Urteile vom 5. Mai 2010 und 29. Juni 2011 aaO).

II. Die tatbestandlichen Voraussetzungen für die Festsetzung eines Regresses wegen eines sonstigen Schadens liegen vor.

1. Die von der Beigeladenen zu 2. vorgenommene Verordnung von Zytiga 250 mg Tabletten während des stationären Aufenthalts des Versicherten im RKK vom 3. September 2013 bis 5. Oktober 2013 verstieß gegen das Verbot der vertragsärztlichen Parallelbehandlung und war aus diesem Grunde unzulässig.

a) Nach Â§ 3 Abs 1 S 1 BMV-Ä umfasst die vertragsärztliche Versorgung keine Leistungen, für welche die Krankenkassen nicht leistungspflichtig sind oder deren Sicherstellung anderen Leistungserbringern obliegt.

Von diesem Ausschlussbestand wird grundsätzlich auch eine vertragsärztliche Verordnung von Arzneimitteln während eines stationären Krankenhausaufenthalts erfasst, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung des Versicherten im Krankenhaus notwendig sind. Denn insoweit obliegt dem Krankenhaus als anderem Leistungserbringer iSd Â§ 3 Abs 1 S 1 BMV-Ä die Sicherstellung der Arzneimittelversorgung. Soweit es zur Leistung verpflichtet ist, besteht ein grundsätzliches Verbot vertragsärztlicher Parallelbehandlung (vgl BSG, Urteil vom 12. November 2013 â B 1 KR 22/12 R, SozR 4-2500 Â§ 69 Nr 9, Rn 17 mwN). Dies folgt aus [Â§ 39 Abs 1 S 3 SGB V](#) (idF des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 22. Dezember 2011, [BGBl I, 2983](#)) und den Regelungen des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG).

Gemäß [Â§ 39 Abs 1 S 3 Halbs 1 SGB V](#) umfasst die Krankenhausbehandlung im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung des Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere (auch) die Versorgung mit Arzneimitteln. [Â§ 2 Abs 1 S 1 KHEntgG](#)

---

(idFd Gesetzes zur Einföhrung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen vom 21. Juli 2012, [BGBl I 1613](#)) bestimmt, dass auch die Versorgung mit Arzneimitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, zu den Krankenhausleistungen nach [§ 1 Abs 1 KHEntgG](#) gehört. Die in diesem Sinne notwendige Arzneimittelversorgung ist mithin grundsätzlich vom Krankenhaus sicherzustellen und mit der Vergütung abgegolten, die von der Krankenkasse gemäß dem KHEntgG und dem Krankenhausfinanzierungsgesetz für den Krankenhausaufenthalt entrichtet wird (vgl hierzu [§ 1 Abs 1 KHEntgG](#)). Daher führt eine Verordnung, die während dieses Aufenthalts durch einen niedergelassenen Vertragsarzt ausgestellt wird, sobald sie in der Apotheke eingekauft wird, zu zusätzlichen Kosten der Krankenkasse, die nicht erforderlich geworden wären, wenn der Vertragsarzt die Zuständigkeit des Krankenhauses für die Verordnung beachtet hätte. Hierdurch ist der betroffenen Krankenkasse ein Schaden in Höhe der von ihr zu tragenden Verordnungskosten entstanden (vgl zu alledem BSG, Urteil vom 29. Juni 2011 aaO, Rn 13 f).

b) Unter Zugrundelegung dieser Vorgaben hat das SG zutreffend angenommen, dass die Verordnung von Zytiga 250 mg Tabletten durch die Beigeladene zu 2. aufgrund des stationären Krankenhausaufenthalts des Versicherten ausgeschlossen war.

aa) Dabei besteht zwischen den Beteiligten zu Recht kein Streit darüber, dass die Verordnung bzw die Gabe des Arzneimittels Zytiga 250 mg Tabletten für die medizinische Versorgung des Versicherten im Krankenhaus notwendig war. Indikation und Notwendigkeit der Versorgung des Versicherten mit dem Arzneimittel ergeben sich aus dem Vorbringen der Beigeladenen zu 2. und der hierzu vorgelegten Patientendokumentation; dies ist von der Klägerin und dem Beklagten auch nicht in Frage gestellt worden. Ausweislich des auf den 23. September 2013 datierten Arztbriefs des RKK ist die Medikation mit Abirateron (Zytiga) 250 mg während des Krankenhausaufenthalts auch fortgeführt worden.

bb) Unerheblich ist, dass die Versorgung des Versicherten mit dem Präparat der Behandlung einer solchen Erkrankung (hier: des metastasierten Prostatakarzinoms) diene, die â zum mindest nach der Einschätzung des einweisenden Arztes â nicht Anlass der stationären Krankenhausbehandlung war (Aufnahmediagnose: Polymyalgia rheumatica). Denn das Krankenhaus, das einen Versicherten zu einer vollstationären Behandlung aufgenommen hat, ist zu einer umfassenden und einheitlichen Gesamtleistung verpflichtet und darf sich nicht einzelnen Leistungen etwa aus Kostengründen entziehen (vgl BSG, Urteil vom 12. November 2013 â [B 1 KR 22/12 R](#), SozR 4-2500 § 69 Nr 9, Rn 16 mwN). Wenn und solange es die vollstationäre Behandlung durchführt, ist es auch zur Erbringung solcher Leistungen im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen verpflichtet, die es von vornherein nicht mit eigenen personellen und sachlichen Mitteln, sondern nur durch Dritte erbringen kann (BSG aaO).

Schon aus diesen Gründen kann der Einwand der Beigeladenen zu 2., eine

---

Versorgung mit dem Arzneimittel Zytiga sei nicht vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses gedeckt gewesen, von vornherein nicht greifen. Die vom Krankenhaus zu erbringende einheitliche, komplexe Gesamtleistung kann nicht in die Einzelleistungen aufgeteilt werden, aus denen sie besteht (vgl dazu Wahl in: *jurisPK-SGB V*, 4. Aufl 2020, Stand: 2. März 2021, Â§ 39 Rn 93 mwN). Selbst wenn in der Klinik für Internistische Rheumatologie oder einer anderen Abteilung des RKK nicht die Expertise für die (Weiter-)Behandlung auch des metastasierten Prostatakarzinoms mit Zytiga bestanden hätte, hätte dieser Umstand das Krankenhaus nicht von der Verpflichtung auch zu dieser Behandlung entbunden. Es hätte dann zB konsiliarisch die Beigeordnete zu 2. oder einen anderen urologisch oder onkologisch verantwortlichen Arzt hinzuziehen und die Leistung insoweit durch einen Dritten erbringen können und sogar müssen. An der Verpflichtung des Krankenhauses zur Bereitstellung der notwendigen Arzneimittel aus eigenen Mitteln hätte dies nichts geändert.

cc) Von dem Verbot vertragsärztlicher Parallelbehandlung bei vollständiger Krankenhausbehandlung ausgenommen ist allein die hier nicht betroffene Dialyse unter den Voraussetzungen des [Â§ 2 Abs 2 S 3 KHEntgG](#) (vgl BSG aaO, Rn 17 zur inhaltsgleichen Regelung in Â§ 2 Abs 2 S 3 Bundespflegegesetzverordnung