S 12 KA 1613/99

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	6
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Vertragsarzt fehlerhafte Verteilung des Sprechstundenbedarfs zwischen Primär- und Ersatzkassen Zuständigkeit der Gremien der vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung Verschulden
Leitsätze	Die Gremien der vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung sind zuständig wenn die Ersatzkassen die Festsetzung eines Regresses gegen einen Vertragsarzt wegen fehlerhafter Verteilung des Sprechstundenbedarfs zwischen Primär- und Ersatzkassen begehren.
Normenkette	SGB V § 82 Abs 1 SGB V § 106 Abs 3 S 1 F:1992-12-21 BMV-Ä § 48 Abs 1 EKV-Ä § 44 Abs 1

1. Instanz

Aktenzeichen	S 12 KA 1613/99
Datum	11.07.2001

2. Instanz

Aktenzeichen	L 4 KA 737/01
Datum	25.06.2003

3. Instanz

Datum	20.10.2004
-------	------------

Auf die Revision des Klägers wird das Urteil des Thüringer Landessozialgerichts vom 25. Juni 2003 aufgehoben. Die Berufung des Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Gotha vom 11. Juli 2001 wird zurückgewiesen. Der Beklagte hat die

außergewöhnlichen Kosten des Klägers für das Berufungs- und das Revisionsverfahren zu erstatten. Im übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

Gründe:

I

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Gremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung verpflichtet sind, Schadensregresse wegen der vom Vertragsarzt vorgenommenen fehlerhaften Zuordnung von Sprechstundenbedarf (SSB) festzusetzen.

Der Ortsausschuss Weimar des klagenden Ersatzkassenverbandes beantragte im September 1995 beim Prüfungsausschuss, die Wirtschaftlichkeit der Verordnung von SSB durch den zu 2. beigeordneten Vertragsarzt im Jahr 1994 zu prüfen. Die Prüfung ergab, bezogen auf die Versicherten der Ersatzkassen, eine Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts um 185 %. Der Prüfungsausschuss beschloss, dem Beigeordneten zu 2. einen "Hinweis" auf den Umfang der SSB-Kosten zu geben. Er stellte fest, dass in der Praxis des Arztes in Relation zur Zahl der Ersatzkassenversicherten zu viel SSB zu Lasten der Ersatzkassen verordnet worden sei. Der auf die Ersatzkassen entfallende Anteil hätte statt 43 % nur 26 % betragen dürfen. Dieser Zuordnungsfehler des Beigeordneten zu 2. sei indessen nicht Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Mit seinem Widerspruch machte der Kläger geltend, der Prüfungsausschuss sei auf der Grundlage des § 13 Abs 3 der Prüfvereinbarung verpflichtet festzustellen, ob und in welcher Höhe den Ersatzkassen durch den Zuordnungsfehler des Vertragsarztes ein Schaden entstanden sei. Der Prüfungsausschuss wertete den Widerspruch als Antrag auf Festsetzung eines "sonstigen Schadens" in Höhe von 7.763,14 DM und lehnte ihn ab.

Der beklagte Beschwerdeausschuss wies den hiergegen eingelegten Widerspruch des Klägers zurück. Aus den maßgeblichen Vorschriften der Prüfvereinbarung folge, dass die Prüfungsgremien nicht über jeden vom Arzt verursachten Schaden zu entscheiden hätten, sondern lediglich über Fälle, in denen im weitesten Sinne das Wirtschaftlichkeitsgebot berührt werde. Nachdem der Kläger seinen Widerspruch in der Sitzung des Prüfungsausschusses vom 26. August 1996 zurückgenommen habe, stehe die Wirtschaftlichkeit des vom Arzt 1994 verordneten SSB nicht mehr im Streit; der Ausgleich der entstandenen Fehlbelastung der Kostenträger untereinander sei nicht Aufgabe der Prüfungsgremien.

Das Sozialgericht (SG) hat der Klage stattgegeben, den Bescheid des Beklagten aufgehoben und diesen verurteilt, über den Antrag des Klägers auf Festsetzung eines sonstigen Schadens unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden. Auf die Berufung des Beklagten hat das Landessozialgericht (LSG) dieses Urteil aufgehoben und die Klage abgewiesen. Die Prüfungsgremien seien für die Festsetzung eines sonstigen Schadens, der allein darauf beruhe, dass der Vertragsarzt den SSB seiner Praxis falsch zwischen Ersatzkassen und Primärkassen

aufgeteilt habe, nicht zuständig (Urteil vom 25. Juni 2003).

Mit seiner Revision rügt der Kläger eine Verletzung des [Â§ 106](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sowie des [Â§ 44](#) Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen (Arzt-/Ersatzkassenvertrag (EKV-Ä)). Nach [Â§ 13 Abs 1](#) der im Bezirk der zu 1. beigeladenen Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) geltenden Prüfvereinbarung könnten die Verbände der Krankenkassen die Feststellung eines "sonstigen Schadens" beantragen, den der Vertragsarzt infolge schuldhafter Verletzung vertragsärztlicher Pflichten verursacht habe. Nach [Â§ 13 Abs 3](#) der Prüfvereinbarung entscheide der Prüfungsausschuss darüber, ob und in welcher Höhe einer Krankenkasse durch Verschulden des Vertragsarztes ein zu ersetzender Schaden entstanden sei. Diese Vorschriften seien von der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage des [Â§ 106 Abs 3 SGB V](#) gedeckt, denn auch die fehlerhafte Zuordnung von SSB mache sich zunächst bei der statistischen Äberprüfung der SSB-Verordnungen bemerkbar. Insoweit bestehe ein enger Zusammenhang zur Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die Äberprüfung der richtigen Verteilung des SSB auf die Kostenträger lasse sich nie trennscharf von der Äberschreitung auf Grund unwirtschaftlicher Verordnung von SSB unterscheiden. Auch unter Einbeziehung der SSB-Kosten der Primärkassen betrage die Äberschreitung des Fachgruppendurchschnitts beim SSB seitens des Beigeladenen zu 2. über alle Kassenarten hinweg immer noch 86 %. Ihm dem Kläger sei infolge der fehlerhaften Ordnungsweise des Beigeladenen zu 2. ein Schaden entstanden, für den er einen Ausgleich von der AOK Thüringen auch nicht über einen Erstattungsanspruch gemäss [Â§ 102](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) erlangen könne. Zumindest hätte das LSG dem Hilfsantrag stattgeben müssen, auf der Grundlage des [Â§ 44 Abs 4 EKV-Ä](#) die Beigeladene zu 1. zu verpflichten, den den Ersatzkassen entstandenen Schaden festzustellen. Entgegen der Auffassung des LSG sei nämlich der "zuständige Kostenträger" nicht durch eigene Ermittlungen feststellbar. Die Vorschrift sei auf die unzutreffende Angabe des Kostenträgers bei einzelnen, namentlich benannten Versicherten zugeschnitten und könne in der Konstellation der falschen Verteilung der SSB-Kosten auf Primär- und Ersatzkassen nicht angewandt werden.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Thüringer Landessozialgerichts vom 25. Juni 2003 aufzuheben und die Berufung des Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Gotha vom 11. Juli 2001 zurückzuweisen,

hilfsweise,

das Urteil des Thüringer Landessozialgerichts vom 25. Juni 2003 aufzuheben und unter teilweiser Abänderung des Urteils des Sozialgerichts Gotha vom 11. Juli 2001 die Beigeladene zu 1. zu verpflichten, über seinen Antrag des Klägers Antrag auf Feststellung eines sonstigen Schadens zu entscheiden.

Der Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Er verweist auf Schwierigkeiten, die sich bei einer Festsetzung von Regressen wegen fehlerhafter Zuordnung von SSB zu Primär- und Ersatzkassen ergeben. Vor allem könnte dann ein Regress festzusetzen sein, obwohl der Arzt bei einer alle Kassenarten einbeziehenden Betrachtungsweise wirtschaftlich verordnet habe. Das sei nicht zu akzeptieren. Es sei nach wie vor Sache der Ersatzkassen, in den Fällen, in denen sie sich durch eine falsche Zuordnung von SSB belastet sähen, bei der AOK Thüringen Regress zu nehmen. Diese sei zuständig, weil 1994 alle SSB-Verordnungen für den Primärkassenbereich zu ihren Lasten hätten erfolgen müssen.

Die Beigeladene zu 1. beantragt ebenfalls,

die Revision zurückzuweisen.

Sie ist der Auffassung, die Sachverhalte, in denen das Bundessozialgericht (BSG) bislang die Zuständigkeit der Präfugremien gemäß [Â§ 106 SGB V](#) zur Feststellung eines "sonstigen Schadens" bejaht habe, unterschieden sich von dem hier vorliegenden. Der Beigeladene zu 2. dürfte nicht verpflichtet werden, denjenigen Krankenkassen, zu deren Lasten er zu viel SSB verordnet habe, die Kosten zu erstatten, während die an sich zuständige Krankenkasse Kosten einsparen würde, die sie auf Grund der gesetzlichen Regelungen hätte tragen müssen. Es sei nicht Aufgabe der Vertragsärzte, aus ihrem Honorar Kosten des SSB zu finanzieren. Auch ein Anspruch des Klägers auf der Grundlage des Â§ 44 Abs 4 EKV- bestעה nicht. Danach müsse die antragstellende Ersatzkasse versichern, dass der zuständige Kostenträger durch Eigenermittlungen nicht festgestellt werden könne. Diese Voraussetzung sei nicht erfüllt, weil feststehe, dass insoweit nur die AOK Thüringen zuständig sein könne, der im streitbefangenen Zeitraum 1994 der gesamte SSB für Versicherte der Primärkassen zugeordnet und zu deren Lasten er auch tatsächlich verordnet worden sei.

Der Beigeladene zu 2. ist im Revisionsverfahren nicht durch einen zur Vertretung beim BSG berechtigten Bevollmächtigten vertreten und äußert sich nicht.

II

Die Revision des Klägers ist begründet. Das LSG hat das sozialgerichtliche Urteil zu Unrecht aufgehoben. Das SG hat zutreffend erkannt, dass der angefochtene Bescheid des Beklagten rechtswidrig ist. Dieser ist verpflichtet, über den Widerspruch des Klägers gegen die Entscheidung des Präfungsausschusses erneut zu entscheiden. Die Präfugremien sind für die Entscheidung darüber zuständig, ob der Vertragsarzt bei der Verordnung von SSB die maßgeblichen gesetzlichen und untergesetzlichen Vorschriften beachtet hat.

Soweit der Antrag auf Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise von SSB gerichtet ist, beruht die Zuständigkeit der Präfugremien auf Â§ 9 Abs 1

der im Bezirk der zu 1. beigeordneten KÄV geltenden PrÄfvereinbarung vom 16. August 1993. Dort ist normiert, was sich bereits unmittelbar aus [Ä§ 106 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) in der ab dem 1. Januar 1993 bis zur Neufassung des [Ä§ 106 SGB V](#) durch Art 1 Nr 82 des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14. November 2003 ([BGBl I 2190](#)) zum 1. Januar 2004 geltenden Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) ergibt. Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird danach durch arztbezogene PrÄfung Ärztlicher und Ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten geprÄft. Dazu vereinbaren die in [Ä§ 106 Abs 2 Satz 3 SGB V](#) genannten Vertragspartner die Verfahren der PrÄfung der Wirtschaftlichkeit gemeinsam und einheitlich. Der SSB zÄhlt zu den "Ärztlich verordneten Leistungen", deren Verordnung nach Durchschnittswerten geprÄft werden kann.

Bezogen auf die Versicherten der Ersatzkassen und die Kostenträgungsverpflichtung der Mitgliedskassen des KlÄgers steht nach den Feststellungen des Berufungsgerichts ([Ä§ 163 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)) auÄer Streit, dass der Beigeladene zu 2. in den vier Quartalen des Jahres 1994 bei der Verordnung von SSB das Wirtschaftlichkeitsgebot verletzt hat. FÄr eine Äberschreitung der Durchschnittswerte um 185 % sind rechtfertigende GrÄnde weder geltend gemacht worden noch ersichtlich. Entgegen der Auffassung des LSG entfÄllt die ZustÄndigkeit der PrÄfgremien nicht deshalb, weil Ä wie im Verwaltungsverfahren festgestellt worden ist Ä der hohe Äberschreitungswert bezogen auf die Ersatzkassen insbesondere darauf zurÄckzufÄhren ist, dass der beigeordnete Arzt den SSB seiner Praxis falsch auf Ersatz- und PrimÄrkassen verteilt hat.

Nach den nicht mit VerfahrensÄgen angegriffenen, daher den Senat bindenden ([Ä§ 163 SGG](#)) Feststellungen des Berufungsgerichts hat der Beigeladene zu 2. in Relation zur Zahl seiner Patienten und deren Verteilung auf PrimÄr- und Ersatzkassen im Jahre 1994 zu viel SSB zu Lasten der Ersatzkassen und dementsprechend zu wenig SSB zu Lasten der fÄr die PrimÄrkassen insoweit zustÄndigen AOK ThÄringen verordnet. Nach Abschnitt II Nr 2 der "Regelung Äber die Verordnung von SSB" zwischen der KassenÄrztlichen Bundesvereinigung und den VerbÄnden der Ersatzkassen vom 7. Februar 1991, die in ThÄringen bis zum Inkrafttreten der Kassenarten Äbergreifenden SSB-Vereinbarung am 1. Januar 1995 gegolten hat und die revisibles Recht darstellt (vgl [Ä§ 162 SGG](#)), muss der Umfang des nach Abschnitt I Nr 1 zu Lasten der Ersatzkassen zu verordnende SSB "zur Zahl der ErsatzkassenfÄlle in angemessenem VerÄltnis stehen". Dagegen hat der Beigeladene zu 2. verstoÄen, was er selbst eingerÄumt hat.

Ob der beigeordnete Arzt unter BerÄcksichtigung des sachlich richtigen SchlÄssels der Verteilung der Versicherten seiner Praxis den SSB insgesamt wirtschaftlich verordnet hat, steht noch nicht fest. Die Wertung des LSG, der KlÄger habe seinen Widerspruch gegen den ersten Bescheid des PrÄfungsausschusses "zurÄckgenommen" und nur noch einen Antrag auf Festsetzung eines "sonstigen Schadens" weiterverfolgt, stellt keine den Senat nach [Ä§ 163 SGG](#) bindende Tatsachenfeststellung dar. Der KlÄger musste auf den Umstand reagieren, dass der PrÄfungsausschuss und der Beklagte zu Unrecht

angenommen haben, das einheitliche Verfahren zur Prüfung der
Verordnungsweise des zu 2. beigeladenen Arztes könne bzw. müsse
aufgespalten werden in ein die Wirtschaftlichkeit im engeren Sinne und ein die
Zuordnung des SSB auf die Kostenträger betreffendes Verfahren. Der Kläger
wollte ersichtlich diese Rechtsauffassung zur gerichtlichen Überprüfung stellen
und insoweit eine klagefähige Entscheidung erreichen. Deshalb hat er den Antrag
auf Schadensfeststellung gestellt. Für einen von diesem verfahrensmäßigen
Interesse unabhängigen Verzicht des Klägers auf eine
Wirtschaftlichkeitsprüfung bestand bei einer Überschreitung des
Fachgruppendurchschnitts um (bereinigte) 86 % kein Anlass.

Die Prüfungsgremien im Bereich der Beigeladenen zu 1. sind gemäß § 13 Abs 3 der
gemeinsamen Prüfvereinbarung auch befugt, die Folgen einer fehlerhaften
Zuordnung von SSB auf die betroffenen Kassenbereiche durch einen Vertragsarzt
festzustellen. Dort ist im Einklang mit § 48 Abs 1 BMV-Ä und § 44 Abs 1 EKV-Ä
bestimmt, dass die Prüfungsgremien auf Antrag einer Krankenkasse den sonstigen,
von einem Vertragsarzt verursachten Schaden festzustellen berechtigt bzw.
verpflichtet sind. Die falsche Verteilung von SSB auf die Primär- und Ersatzkassen
stellt sich als Verursachung eines "sonstigen Schadens" dar, der mit dem Gebot der
Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- und Verordnungsweise des Vertragsarztes in
engem Zusammenhang steht. Zutreffend weist die Revision darauf hin, dass sich in
zahlreichen Fällen nicht trennscharf abgrenzen lässt, welcher Anteil der
Überschreitung der Durchschnittswerte beim SSB auf einer fehlerhaften
Kostenverteilung zwischen Primärkassen und Ersatzkassen beruht, und welcher
Anteil auf ein insgesamt unwirtschaftliches Ordnungsverhalten des
Vertragsarztes zurückgeht (zur vergleichbaren Schwierigkeit "randscharfer"
Abgrenzung zwischen Wirtschaftlichkeitsprüfung und Honorarberichtigung vgl
BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr 29](#) S 163). Es würde zu einer unzumutbaren
verfahrensmäßigen Komplizierung führen, insoweit die Verfahren zu trennen.
Das Prüfungsverfahren hinsichtlich der Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes
im engsten Sinne, dh unabhängig von der Zuordnung der SSB-Verordnungen zu
den in Frage kommenden Kostenträgern, müsste regelmäßig ausgesetzt
werden, um zunächst eine genaue Kostenverteilung auf die beiden betroffenen
Kassenbereiche vorzunehmen, weil erst dann die für das weitere
Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren unverzichtbare Kenntnis von den jeweiligen
Überschreitungswerten vorliegt.

Bundesrecht steht einer Übertragung der Zuständigkeit auf die Prüfungsgremien,
die fehlerhafte Zuordnung von SSB auf einen Kostenträger festzustellen und zu
sanktionieren, nicht entgegen. Der Senat hat in seinem Urteil vom 9. September
1998 (BSG [SozR 3-5533 Allg Nr 2](#) S 10, mwN) im Einzelnen dargelegt, dass [§ 106
SGB V](#) die Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung ausschließlich den
Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung von Vertragsärzten und
Krankenkassen zuweist. Die Vorschrift schließt aber nicht aus, dass den
Wirtschaftlichkeitsprüfungsgremien durch gesamtvertragliche Vereinbarung
gemäß [§§ 82, 83 SGB V](#) andere Zuständigkeiten, insbesondere zur sachlich-
rechnerischen Honorarberichtigung und zur Festsetzung von
Schadensersatzansprüchen wegen unzulässiger Arzneiverordnungen

übertragen werden können. Die Zuweisung von Entscheidungskompetenzen, die zwar nicht der eigentlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung zuzurechnen sind, sich aber im weitesten Sinne noch innerhalb des Rechtszwecks der Gewährleistung einer wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten halten, steht mit Bundesrecht in Einklang. Demgemäß hat es der Senat gebilligt, dass durch gesamtvertragliche Regelungen den Praxismatern die Befugnisse zur sachlich-rechnerischen Honorarberichtigung und zur Festsetzung von Schadensersatzansprüchen wegen unzulässiger Arzneiverordnungen übertragen werden (BSG [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 29](#) S 162 f; [SozR 3-5533 Allg Nr 2](#) S 10). Auch die Festsetzung von Regressen gegen einen Vertragsarzt wegen der Verordnung solcher Mittel als SSB, deren Kosten bereits mit dem Honorar abgegolten sind, darf den Praxismatern zugewiesen werden (SozR aaO Â§ 106 Nr 29 für den zahnärztlichen und SozR aaO 5533 Allg Nr 2 für den ärztlichen Bereich). Der Senat hat bisher offen gelassen, ob diese Grundsätze auch dann gelten, wenn keinerlei Bezug zwischen dem Ordnungsverhalten des Arztes und der Wirtschaftlichkeit und Ordnungsgemäßheit der vertragsärztlichen Versorgung gegeben ist. Dies bedarf auch hier keiner Entscheidung, denn zwischen einer unwirtschaftlichen Verordnung von SSB und der falschen Verteilung des SSB auf verschiedene Kassenbereiche besteht vielfach – wie gerade dieses Verfahren zeigt – ein enger Zusammenhang.

Der Zuständigkeit der Praxismatern steht gleichfalls nicht entgegen, dass Regressansprüche wegen der fehlerhaften Verordnung von SSB nur festgesetzt werden können, wenn der Vertragsarzt insoweit schuldhaft gehandelt hat. In der Rechtsprechung des Senats ist geklärt, dass der Schadensregress gegen den Vertragsarzt wegen fehlerhafter Arzneiverordnungen, wegen der Verordnung von Arzneimitteln, für die keine Leistungspflicht der Krankenkassen besteht, und wegen der Verordnung von SSB, dessen Kosten bereits mit dem Honorar abgegolten sind, nicht voraussetzt, dass den Vertragsarzt insoweit ein Verschulden trifft (BSG [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 52](#) S 283 ff). Der Senat hat im Einzelnen dargelegt, dass sich der durch fehlerhaftes Ordnungsverhalten des Arztes einer Krankenkasse entstandene Schaden von anderen "sonstigen Schäden" grundlegend unterscheidet. Bei Ordnungsregressen besteht der zu ersetzende Schaden der Krankenkasse darin, dass sie an Apotheken Geldbeträge für Arzneien gezahlt hat, welche dem Versicherten gegen Vorlage einer vertragsärztlichen Verordnung ausgehändigt wurden und ausgehändigt werden durften. Der "Schaden", der durch einen Ordnungsregress auszugleichen ist, entspricht dagegen demjenigen, der durch eine unwirtschaftliche Ordnungsweise iS von [Â§ 106 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) verursacht worden ist. Der typische Schadensregress außerhalb des Ordnungsverhaltens ist hingegen dadurch gekennzeichnet, dass das Verhalten des Arztes (zB ein Behandlungsfehler oder eine falsche Bescheinigung) Folgekosten der Krankenkasse ausgelöst hat (zB notwendige Nachbehandlung, Leistungen wegen Mutterschaft). Der dann zu ersetzende Schaden ist der Struktur nach einem Mangelfolgeschaden nach bürgerlichem Recht vergleichbar; insoweit ist dann auch ein Verschulden erforderlich (vgl zur Abgrenzung BSG [SozR 4-2500 Â§ 106 Nr 1](#) RdNr 18). Für den SSB gilt nichts anderes als für die versichertenbezogene Verordnung von Arzneimitteln. Der Unterschied zwischen beiden besteht allein darin, dass die über den SSB verordneten Arzneimittel und Medizinprodukte

wegen der Art ihrer Verwendung nicht für den einzelnen Versicherten, sondern pauschal zu Lasten bestimmter Kostenträger und Versichertengruppen verordnet werden. An dem Charakter des der Krankenkasse als Kostenträger entstehenden Schadens durch fehlerhafte Verordnung von SSB als einem unmittelbaren Schaden und nicht als mittelbarem Mangelfolgeschaden ändert sich dadurch nichts. Das bedeutet, dass es für die Rechtmäßigkeit eines Regresses wegen fehlerhafter oder unwirtschaftlicher Verordnung von SSB auf ein Verschulden des Vertragsarztes nicht ankommt. Die in § 13 Abs 1 und 3 der Prfvereinbarung enthaltene Begrenzung der Feststellung von Schadensersatzansprüchen gegenüber Vertragsärzten auf schuldhaftes Verhalten greift deshalb bei geltend gemachten Verstößen gegen die SSB-Vereinbarung genauso wenig ein wie bei generell unzulässigen Arznei- und SSB-Verordnungen.

Für die Zuständigkeit der Prfgremien zur Prüfung der Rechtmäßigkeit der Sprechstundenverordnungen des zu 2. beigeladenen Vertragsarztes im Jahre 1994 ist weiterhin ohne Bedeutung, ob und ggf in welcher Höhe dem Kläger durch die falsche Verteilung der SSB-Kosten auf die Ersatzkassen einerseits und die Primärkassen andererseits tatsächlich ein Schaden entstanden ist. Dies zu prüfen und ggf die Höhe des Schadens zu schätzen, ist gerade Aufgabe der Prfgremien und insbesondere des beklagten Beschwerdeausschusses.

Die Auffassung des Berufungsgerichts und der Beigeladenen zu 1., der Beigeladene zu 2. könne dann, wenn sich seine Ordnungsweise insgesamt als wirtschaftlich herausstellen und ihm lediglich ein Fehler bei der Verteilung des SSB auf Primär- und Ersatzkassen zur Last fallen sollte, für die fehlerhafte Belastung des Klägers nicht in Anspruch genommen werden, trifft nicht zu. Die Ursache für die zu starke Belastung des Klägers mit SSB-Kosten für die Behandlung von Patienten des Beigeladenen zu 2. im Jahre 1994 liegt in dessen fehlerhaftem Ordnungsverhalten. Es ist deshalb in erster Linie seine Verpflichtung, den dem Kläger entstandenen Schaden auszugleichen. Dem LSG kann insoweit schon im Ausgangspunkt nicht gefolgt werden, als es in Frage gestellt hat, ob dem Kläger überhaupt ein Schaden entstanden ist, weil dieser in der Lage sei, Ausgleichs- bzw Erstattungsansprüche gegen die AOK Thüringen geltend zu machen, zu deren Lasten der Beigeladene zu 2. "zu wenig" SSB verordnet habe. Wenn der Vertragsarzt den Kostenträgern SSB falsch zugeordnet hat, ist das Verfahren vor dem Prüfungs- ggf Beschwerdeausschuss der geeignete Weg, die insoweit entstandenen Probleme zu lösen.

Die Prfgremien werden in einer solchen Konstellation die an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Krankenkassen bzw zumindest die für den SSB für die Primärkassen vorrangig zuständige AOK auf der Grundlage des [§ 12 Abs 2 SGB X](#) am Verfahren beteiligen. In diesem Verfahren kann dann ggf im Vergleichswege geklärt werden, wie die Kosten zwischen den Primärkassen und den Ersatzkassen richtig verteilt werden und ob Beträge offen bleiben, die nicht mehr rückabgewickelt werden können. Für diese Beträge hat dann der Vertragsarzt einzustehen, dessen fehlerhaftes Ordnungsverhalten für die entstandenen Komplikationen ursächlich gewesen ist. Es spricht nichts dafür, das von den Gesamtvertragspartnern für die Überprüfung von SSB-

Verordnungen geschaffene, in Â§ 9 Abs 9 der gemeinsamen PrÃ¼fvereinbarung nÃ¤her geregelte Verfahren vor den Gremien der vertragsÃ¤rztlichen WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung auszuschalten und das Problem fehlerhafter Zuordnung von SSB einem Streitverfahren zwischen dem KIÃ¤rger und der AOK zu Ã¼berantworten. Das widersprÃ¤che vor allem auch den GrundsÃ¤tzen der Vorteilsausgleichung, wie sie etwa in [Â§ 255 BÃ¼rgerliches Gesetzbuch \(BGB\)](#) niedergelegt sind. Danach hat derjenige, der fÃ¼r den Verlust einer Sache oder eines Rechts Schadensersatz zu leisten hat, Anspruch auf Abtretung der AnsprÃ¼che, die dem Ersatzberechtigten gegen Dritte zustehen. Aus [Â§ 255 BGB](#) ergibt sich, dass der GeschÃ¤digte grundsÃ¤tzlich auch dann vollen Schadensersatz verlangen kann, wenn ihm zugleich ein Anspruch gegen einen Dritten zusteht. Die Abtretungsverpflichtung von ErsatzansprÃ¼chen ist Ausdruck des schadensersatzrechtlichen Bereicherungsverbot. Sie soll verhindern, dass der GeschÃ¤digte sowohl den SchÃ¤diger als auch den Dritten in Anspruch nimmt und so einen doppelten Ausgleich erhÃ¤lt (Palandt/Heinrichs, BGB, 63. Auflage 2004, Â§ 255 RdNr 1). Darin kommt ein allgemeiner Rechtsgrundsatz zum Ausdruck, der auf das hier zu beurteilende DreiecksverhÃ¤ltnis Anwendung findet. Entgegen der Auffassung des Berufungsgerichts schlieÃt der Umstand, dass dem KIÃ¤rger mÃ¶glicherweise ErsatzansprÃ¼che gegen Dritte (zB gegen die AOK ThÃ¼ringen oder die PrimÃ¤rkassen insgesamt) insbesondere unter dem Gesichtspunkt der ungerechtfertigten Bereicherung dieser Kassen zustehen, keineswegs aus, dass er vorrangig einen Schadensersatzanspruch gegen denjenigen hat, der fÃ¼r die eingetretene Situation und damit die ungerechtfertigte Belastung des KIÃ¤rgers verantwortlich ist. In erster Linie ist es Sache des SchÃ¤digers, den Schaden auszugleichen und dann ggf auf der Grundlage der ihm abgetretenen AusgleichsansprÃ¼che Ersatz bei Dritten zu suchen. Im Hinblick auf die Besonderheiten der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung ist es nicht nur gerechtfertigt, sondern in besonderer Weise sachgerecht, die KIÃ¤rung der bestehenden Ausgleichsverpflichtungen im Rahmen des Verfahrens vor den Gremien der vertragsÃ¤rztlichen WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung zu suchen. Dazu hat das SG der Sache nach den Beklagten verpflichtet.

Entgegen der Darstellung der Beigeladenen zu 1. hat das SG den Beklagten nicht verpflichtet, gegen den Beigeladenen zu 2. einen Schadensersatzanspruch in einer bestimmten bezifferbaren HÃ¶he festzusetzen, sondern ihm lediglich aufzugeben, in der Sache zu entscheiden. Dies schlieÃt gerade eine Einbeziehung der AOK ThÃ¼ringen und die Suche nach einer vergleichweisen Regelung ein. Klarzustellen ist lediglich, dass das SG zu Unrecht auch den Bescheid des PrÃ¼fungsausschusses aufgehoben hat. Nach stÃ¤ndiger Rechtsprechung des Senats ist in vertragsÃ¤rztlichen WirtschaftlichkeitsprÃ¼fungsverfahren allein Streitgegenstand nach [Â§ 95 SGG](#) der Bescheid des beklagten Beschwerdeausschusses ([BSGE 74, 59 = SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 22](#)). Dieser wird Ã¼ber den Widerspruch des KIÃ¤rgers gegen die beiden in dieser Sache ergangenen Bescheide des PrÃ¼fungsausschusses erneut zu entscheiden haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 193 Absatz 1 und 4 SGG](#) in der bis zum 1. Januar 2002 geltenden und hier noch anzuwendenden Fassung (vgl BSG [SozR 3-2500 Â§ 116 Nr 24](#) S 115 ff).

Erstellt am: 04.04.2005

Zuletzt verändert am: 20.12.2024