

## L 9 KA 5/12

Land  
Sachsen-Anhalt  
Sozialgericht  
LSG Sachsen-Anhalt  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung

9  
1. Instanz  
SG Magdeburg (SAN)  
Aktenzeichen  
S 21 KA 97/08

Datum  
09.05.2012  
2. Instanz  
LSG Sachsen-Anhalt  
Aktenzeichen

L 9 KA 5/12  
Datum  
15.01.2014

3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 6 KA 18/14 R  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 9. Mai 2012 sowie die Bescheide des Beklagten vom 25. April 2008 und 29. April 2009 werden aufgehoben.

Die Kosten des Verfahrens beider Rechtszüge sowie des Vorverfahrens trägt der Beklagte mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen, die nicht zu erstatten sind.

Die Revision wird zugelassen.

Der Gegenstandswert wird auch für das Berufungsverfahren auf 16.311,60 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Streitig ist in dem verbundenen Verfahren bezogen auf die Quartale II/2006 bis I/2007 die Rechtmäßigkeit wegen Unwirtschaftlichkeit festgesetzter Arzneikostenregresse i.H.v. insgesamt 16.311,60 Euro.

Die Klägerin ist Fachärztin für Allgemeinmedizin und mit Vertragsarztsitz in K. im Bezirk der Beigeladenen zu 2) zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

Mit am 30. April 2007 (Quartal II/2006), 28. Juni 2007 (Quartal III/2006), 28. September 2007 (Quartal IV/2006) bzw. 28. Dezember 2007 (Quartal I/2007) beim Prüfungsausschuss bzw. der Prüfungsstelle eingegangenen Anträgen der Beigeladenen zu 1) setzte dieser/diese nach vorheriger Anhörung der Klägerin ihr gegenüber zu Gunsten der Beigeladenen zu 1) mit Bescheiden vom 25. Juli 2007 (Quartal II/2006), 25. Oktober 2007 (Quartal III/2006), 17. Dezember 2007 (Quartal IV/2006) und 24. Juni 2008 (Quartal I/2007) Regresse i.H.v. dreimal 4.028,40 EUR (Quartale II-IV/2006) sowie 4.226,40 EUR (Quartal I/2007) fest und führte zur Begründung aus: Aufgrund des von ihr getätigten Bezugsweges über die Apotheke habe die Klägerin hinsichtlich der Verordnung des Gerinnungsfaktors VIII SDH Inters 1000 DFL an einen Versicherten der Beigeladenen zu 1) Mehrkosten in der regressierten Höhe verursacht, die bei einem Direktbezug über den Hersteller hätten vermieden werden können. Dadurch sei das Wirtschaftlichkeitsgebot missachtet worden. Zwei Mitarbeiterinnen der Beigeladenen zu 1) hätten die Klägerin am 28. Oktober 2005 in einem persönlichen Gespräch über die Möglichkeiten und die damit verbundene Kostenersparnis des Direktbezuges gemäß § 47 Arzneimittelgesetz (AMG) informiert. Danach dürften pharmazeutische Unternehmer das bezeichnete Präparat u.a. auch an Ärzte abgeben. Im Hinblick auf die Behandlung von Hämophilie-Patienten sei dies die wirtschaftlichste Verordnungsweise. Das von der Klägerin vorgetragene Argument, wegen damaliger auswärtiger Tätigkeit des Patienten sei der Bezug nur über die Apotheke möglich gewesen, sei nicht nachvollziehbar. Sowohl die Arztpraxis als auch die Apotheke, von der der Patient das Medikament bezogen habe, hätten sich an dessen Wohnort befunden. Die jeweils werktags erfolgten Abholungen seien demnach auch durch Angehörige möglich gewesen. Ebenso wenig überzeuge ihr Vortrag, sie habe über keine geeigneten Lager- und Kühlmöglichkeiten für das Medikament verfügt. Für dieses sei eine Lagerung in einem Umkarton (Lichtschutz) nicht über 25° C (kein Einfrieren) vorgesehen. Es sei nicht ersichtlich, dass derartige Bedingungen (Lagerung bei Raumtemperatur oder im Kühlschrank) in der Arztpraxis nicht zu gewährleisten seien. Die Rechnungslegung des Herstellers erfolge direkt unter Beifügung der Verordnung gegenüber der Krankenkasse. Somit sei die Arztpraxis auch von einem zusätzlichen Arbeitsaufwand, wie z.B. einer Einziehung der Medikamentenzahlung, befreit.

Zur Begründung ihrer dagegen am 15. August, 6. November und 28. Dezember 2007 sowie 15. Juli 2008 erhobenen Widersprüche führte die Klägerin im Wesentlichen aus: Für die Regressfestsetzung fehle es an der erforderlichen Rechtsgrundlage. Ihre Inanspruchnahme verstoße gegen die Art. 2, 12 und 14 Grundgesetz (GG). Die §§ 2 und 12 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)

stellten lediglich Rechtsprinzipien dar; [§ 106 SGB V](#) regelt den vorliegenden Einzelfall nicht. Aus [§ 47 AMG](#) lasse sich weder eine Verpflichtung des Herstellers zur Belieferung anderer Abnehmer als Apotheken noch eine Verpflichtung anderer Abnehmer zum Bezug und zur Abnahme entnehmen. Vorliegend habe es sich lediglich um die Nachverordnung eines für den Patienten lebenswichtigen Präparats gehandelt, auf das er vom Hämophiliezentrum der Martin-Luther-Universität H.-W. eingestellt worden sei. Auch auf die §§ 3 und 12 der einschlägigen Prüfvereinbarung (PV) ließen sich die Regresse nicht stützen. Zwar hätten Mitarbeiterinnen der Beigeladenen zu 1) sie auf den alternativen Bezugsweg hingewiesen, nicht jedoch auf eine angebliche Verpflichtung, diesen auch zu nutzen.

Mit Bescheiden vom 25. April 2008 (Prüfbescheide vom 25. Juli und 25. Oktober 2007) und 29. April 2009 (Prüfbescheide vom 17. Dezember 2007 und 24. Juni 2008) wies der Beklagte die Widersprüche unter Bezugnahme auf die Argumentation in den Prüfbescheiden als unbegründet zurück.

Gegen den ihr am 28. April 2008 zugestellten Bescheid vom 25. April 2008 hat die Klägerin am 28. Mai 2008 und gegen den ihr am 30. April 2009 zugestellten Bescheid vom 29. April 2009 am 29. Mai 2009 vor dem Sozialgericht (SG) Magdeburg Klage erhoben und ihr bisheriges Vorbringen wiederholt. [§ 47 AMG](#) sei nicht konzipiert, um hinsichtlich der Leistungserbringer das Wirtschaftlichkeitsprinzip sicher zu stellen. Im Übrigen lägen auch die Voraussetzungen von [§ 47 Abs. 1 Ziff. 2a\) AMG](#) nicht vor. Sie sei keine hämostaseologisch qualifizierte Ärztin. Schließlich müsse sie beim Direktbezug die Versicherung erhöhen, was nicht gefordert werden könne. Angesichts des hohen Abgabepreises des Präparats sei diese nämlich im Hinblick auf Diebstahl, Vandalismus, Elementarschäden sowie Schutz vor Verderbnis bei Stromausfall anzupassen, was eine Prämiensteigerung um mehrere 100,00 EUR bedinge.

Der Beklagte hat darauf verwiesen, dass der Vertragsarzt nach [§ 13 Bundesmantelvertrag-Ärzte \(BMV-Ä\)](#) verpflichtet sei, die notwendigen Verordnungen zu treffen, soweit die zu verordnenden Leistungen in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fielen. Dabei habe er das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten und seine Verordnungsweise danach einzurichten. Mit dem gewählten Bezugsweg habe die Klägerin das Maß des Notwendigen überschritten, weil der Direktbezug vom Hersteller deutlich kostengünstiger sei. Der in [§ 47 AMG](#) geregelte Sondervertriebsweg habe der Klägerin offen gestanden, zumal sie von der Beigeladenen zu 1) hierauf hingewiesen worden sei. Kosten oder Aufwendungen für Versicherungen, die auf die Klägerin abgeschoben würden, seien insoweit nicht ersichtlich.

Mit Beschlüssen vom 20. Mai 2009, 16. Dezember 2011 und 27. Januar 2012 hat das SG die Beigeladenen an den Verfahren beteiligt und diese zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden.

Mit Urteil vom 9. Mai 2012 hat das SG die Klagen abgewiesen und hierzu in den Gründen ausgeführt: Die wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise festgesetzten Regresse seien zu Recht erfolgt, wobei weder die Wahl der Prüfmethode noch die Höhe der Regresses zu beanstanden seien. Die von der Klägerin getätigten Verordnungen seien hinsichtlich des Bezugsweges zwar grundsätzlich zulässig gewesen. Allerdings habe die Möglichkeit einer wesentlich kostengünstigen Versorgung bestanden, über die sie von der Beigeladenen zu 1) rechtzeitig unterrichtet worden sei. Da diese ihr gegenüber lediglich beratend tätig werden könne, sei unerheblich, wenn die Klägerin von der Beigeladenen zu 1) nicht darauf hingewiesen worden sei, zwingend den günstigeren Vertriebsweg zu nutzen. Es sei auch kein Grund dafür ersichtlich, weshalb der Patient das streitige Präparat notwendig aus der Apotheke statt der Arztpraxis der Klägerin habe holen sollen. Darauf, ob die Klägerin über die Zusatzbezeichnung Hämostaseologie verfügt habe, komme es vorliegend nicht an. Denn die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt vom 27. November 1993 in der Fassung vom 11. November 2002 habe derartiges nicht vorgesehen. Anderes ergebe sich erst nach der am 16. April 2005 beschlossenen und am 8. Dezember 2005 durch das Ministerium für Gesundheit und Soziales genehmigten Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt, nach der die Weiterbildungszeit zwölf Monate betrage. Schließlich greife auch der Einwand einer höheren Versicherungsprämie nicht, da nicht erkennbar sei, weshalb keine sofortige Übergabe an den Versicherten bzw. einen seiner Familienangehörigen habe erfolgen können.

Gegen das ihr am 6. Juni 2012 zugestellte Urteil hat die Klägerin noch im selben Monat Berufung eingelegt und an ihrer Ansicht festgehalten. Ergänzend verweist sie darauf, dass die Berücksichtigung des Bezugsweges im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebots allenfalls auf Grundlage von [§ 73 Abs. 8 SGB V](#) möglich sei. Diese Vorschrift sei jedoch erst zum 1. April 2007 in Kraft getreten und somit auf den streitgegenständlichen Zeitraum (1. April 2006 bis 31. März 2007) nicht anwendbar. Auch dieser Umstand stütze ihre Auffassung.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 9. Mai 2012 sowie die Bescheide des Beklagten vom 25. April 2008 und 29. April 2009 aufzuheben;

hilfsweise, den Beklagten unter Aufhebung seiner Bescheide zu verpflichten, ihre Widersprüche unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Unter Wiederholung und Vertiefung seiner Ausführungen verteidigt er seine Entscheidungen und diejenige des SG. Ihre Position als Vertragsärztin beinhalte für die Klägerin zugleich Beschränkungen der Berufsausübungsfreiheit. Das Wirtschaftlichkeitsgebot gelte nicht nur in Bezug auf die Versorgung der Versicherten mit gleich wirksamen Medikamenten, sondern ebenso für die Wahl des Bezugsweges. Es gebe keinen sachlichen Grund, dem Versicherten bei unterschiedlich teuren Bezugsquellen einen Anspruch auf Versorgung mit dem Medikament aus der teureren Quelle zu gewähren. Entgegen der Ansicht der Klägerin komme es auch nicht darauf an, ob sie über die Zusatzbezeichnung "Hämostaseologie" verfügt habe.

Auf entsprechenden Hinweis des Berichterstatters hat die Beigeladene zu 1) mitgeteilt, dass im Rahmen der Regressberechnung der Herstellerrabatt nicht mit eingeflossen und das streitgegenständliche Blutplasmakonzentrat nach der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) auch nicht herstellerrabattpflichtig sei. Ansonsten haben sich die Beigeladenen nicht (weiter) geäußert und insbesondere keine Anträge gestellt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie der beigezogenen Verwaltungsakten des Beklagten Bezug genommen. Diese Unterlagen waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Entscheidungsfindung des Senats.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 143](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte, form- und fristgerecht ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) eingelegte sowie auch ansonsten zulässige Berufung hat Erfolg.

Der Senat ist nach den [§§ 10 Abs. 2 Satz 1, 31 Abs. 2, 40 Satz 2 SGG](#) für die Entscheidung zuständig, weil es sich beim vorliegenden Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung um eine klassische vertragsärztliche Angelegenheit handelt. Dabei entscheidet der Senat in der sich aus den [§§ 12 Abs. 3 Satz 1, 33 Abs. 1, 40 Satz 1 SGG](#) ergebenden Besetzung mit je einem ehrenamtlichen Richter aus dem Kreis der Krankenkassen und der Vertragsärzte, da der Rechtsstreit die Entscheidung eines Gremiums betrifft, in welchem deren Vertreter mitgewirkt haben.

Die zulässigen (kombinierten) Klagen (vgl. hierzu Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 6. Mai 2009 – [B 6 KA 3/08 R](#) – [MedR 2010, 276](#); Urteil vom 16. Juli 2003 – [B 6 KA 44/02 R](#) – [GesR 2004, 144](#); Urteil vom 24. November 1993 – [6 RKa 20/91](#) – [SozR 3-2200 § 368n Nr. 6](#); Urteil vom 3. Februar 2010 – [B 6 KA 37/08 R](#) – [SozR 4-2500 § 106 Nr. 26](#)) sind im Sinne des Hauptantrags begründet. Die Bescheide des Beklagten vom 25. April 2008 und 29. April 2009 sind rechtswidrig und beschweren die Klägerin damit im Sinne der [§§ 157, 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#).

Als Rechtsgrundlage der angefochtenen Bescheide kommt [§ 106 Abs. 2 Satz 4 SGB V](#) in der hier noch maßgeblichen Fassung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes vom 14. November 2003 ([BGBl. I, 2190](#)) i.V.m. den §§ 3 und 12 der auf Grundlage von [§ 106 Abs. 3 Satz 1, Abs. 5 SGB V](#) auf Landesebene geschlossenen und – grundsätzlich – im Zeitraum der Quartale I/2004 bis IV/2012 anwendbaren PV der Beigeladenen zu 2) in Betracht. Danach hat der Prüfungsausschuss u.a. auf begründeten Antrag einer Krankenkasse zu prüfen, ob der Vertragsarzt durch veranlasste, verordnete oder selbst erbrachte Leistungen im einzelnen Behandlungs- bzw. Verordnungsfall gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat (§ 12 Abs. 1 Satz 1 PV). Er entscheidet, ob und in welcher Höhe Unwirtschaftlichkeit besteht (§ 12 Abs. 3 Satz 2 PV), wobei es auf ein ärztliches Verschulden nicht ankommt (vgl. statt aller nur BSG, Urteil vom 20. März 2013 – [B 6 KA 27/12 R](#) – [SozR 4-2500 § 106 Nr. 40, m.w.N.](#); Urteil vom 3. Februar 2010 – [B 6 KA 37/08 R](#), s.o.).

Ausgehend hiervon sind die angefochtenen Bescheide in formeller Hinsicht zunächst nicht zu beanstanden. Insbesondere sind im vorausgegangenen Verwaltungsverfahren die insoweit zu beachtenden Anforderungen erfüllt. Die Beigeladene zu 1) hat ihre Prüfanträge ausführlich begründet und jeweils die zugrunde liegenden Unterlagen (etwa die einzelnen Verordnungen) beigelegt. Daneben sind die Anträge jeweils auch innerhalb der nach § 12 Abs. 2 PV zu beachtenden Frist von zwölf Monaten nach Ablauf des Behandlungsquartals, in dem die entsprechenden Verordnungen durch die Klägerin ausgestellt wurden, bei den Prüfungsgremien eingegangen (vgl. hierzu aber auch BSG, Urteil vom 3. Februar 2010 – [B 6 KA 37/08 R](#), a.a.O.).

1. In der Sache hat der Beklagte jedoch unzutreffend entschieden, dass die Klägerin gegen das von ihr zu beachtende Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat.

Nach dem im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Wirtschaftlichkeitsgebot ([§ 12 Abs. 1 SGB V](#)) müssen die Leistungen an die Versicherten ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können die Versicherten nicht beanspruchen und dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken. Für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung wird das Gebot in den [§§ 70 Abs. 1 Satz 2, 72 Abs. 2, 75 Abs. 2 SGB V](#) nochmals aufgegriffen und in § 13 Abs. 1 Sätze 1 und 2 Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen (EKV), der auf Grundlage von [§ 83 Abs. 3 SGB V](#) (in der Fassung des Gesundheits-Reformgesetzes vom 20. Dezember 1988, [BGBl. I, 2477](#)) vereinbart und auf Basis von [§ 83 Abs. 1 SGB V](#) (in der Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes, [BGBl. I, 2266](#)) geändert wurde (nunmehr [§ 83 Satz 1 bis 3 SGB V](#)), konkretisiert. Danach hat jeder Vertragsarzt das – durch die auf Bundes- und Landesebene vertraglich geregelte – Gebot der Wirtschaftlichkeit zu beachten und hierauf seine Behandlungs- und Ordnungsweise einzurichten. Die vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (nunmehr Gemeinsamer Bundesausschuss – GBA) nach [§ 92 SGB V](#) zur ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten beschlossenen Richtlinien sind für ihn verbindlich ([§ 91 Abs. 6 SGB V](#)). Weiter bestimmt § 15 Abs. 2 Satz 1 EKV in Aufgriff von [§ 73 Abs. 5 Satz 1 SGB V](#), dass der Vertragsarzt bei der Verordnung von Arzneimitteln die Preisvergleichsliste nach [§ 92 Abs. 2 SGB V](#) beachten soll. Insgesamt resultiert hieraus die vertragsärztliche Verpflichtung, sich nicht nur insgesamt, sondern auch bei jeder einzelnen Leistung entsprechend dem Wirtschaftlichkeitsgebot zu verhalten (ständige Rspr. des BSG, vgl. nur Urteil vom 19. Oktober 2011 – [B 6 KA 38/10 R](#) – [SozR 4-2500 § 106 Nr. 33](#); Urteil vom 27. Juni 2007 – [B 6 KA 44/06 R](#) – [SozR 4-2500 § 106 Nr. 17](#)).

Auch wenn der Vertragsarzt danach verpflichtet ist, bei der Verordnung von Arzneimitteln insbesondere auf deren Preise zu achten (siehe § 9 Abs. 2 Nr. 1 bis 4 Arzneimittelrichtlinien – AMRL), folgt aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot entgegen der Auffassung des Beklagten, der Beigeladenen zu 1) und des SG grundsätzlich nicht ohne Weiteres auch seine Verpflichtung, den preisgünstigsten Bezugsweg zu wählen. Eine im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebots zu einem Regress führende vertragsärztliche Verantwortung zur Beachtung der Bezugsquelle lässt sich vielmehr nur dann begründen, wenn Entsprechendes durch (unter-)gesetzliche Regelungen eindeutig angeordnet ist. Das ist im vorliegenden Zusammenhang nicht der Fall.

a) Eine Grundlage für einen Regress ergibt sich insbesondere nicht aus [§ 73 Abs. 8 Satz 1 SGB V](#). Nach der hier maßgeblichen vom 1. Januar 2005 bis zum 31. März 2007 gültigen Fassung dieser Vorschrift hatten u.a. die Krankenkassen die Vertragsärzte auch vergleichend über die jeweiligen Preise verordnungsfähiger Leistungen zu informieren. Abgesehen davon, dass sich die Norm damit schon nicht an die Vertragsärzte selbst richtete, gehörte die Bezugsquelle überdies nicht zu ihrem Regelungsgehalt. Hieran hat sich auch auf Grundlage der seit dem 1. April 2007 gültigen Normfassung nichts geändert. Denn durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 ([BGBl. I, 1622](#)) wurden hinter den Begriff "Leistungen" zwar die Wörter "und Bezugsquellen" eingefügt. Schon nach dem Gesetzeswortlaut ist der Adressatenkreis aber gleich geblieben. Die Kassenärztlichen Vereinigungen, Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sowie die Krankenkassen und ihre Verbände haben lediglich zusätzlich die Möglichkeit erhalten, den Vertragsarzt auch über kostengünstige Bezugswege zu informieren. Bestätigt wird diese Auslegung durch die Gesetzesbegründung, wonach durch die Neufassung das

Vertragsprinzip in der Arzneimittelversorgung gestärkt werden, das Recht der freien Wahl des Anbieters durch die Vertragsärzte - und die Versicherten - allerdings ausdrücklich unberührt bleiben sollte ([BT-Drucks. 16/3100](#), 13 und 111). Dieser gesetzgeberische Wille ist im Normwortlaut klar zum Ausdruck gekommen. Daraus folgt im Umkehrschluss, dass die vom Beklagten und der Beigeladenen zu 1) angenommene Verpflichtung des Vertragsarztes zur Wahl des preisgünstigsten Bezugsweges nicht besteht.

b) Auch aus [§ 47 AMG](#) lässt sich keine im Falle der Nichtbeachtung zum Regress führende Verpflichtung der Klägerin zur Wahl einer bestimmten Bezugsquelle herleiten, womit unerheblich ist, dass sie Ende Oktober 2005 von Mitarbeiterinnen der Beigeladenen zu 1) auf den insoweit eröffneten preisgünstigeren Vertriebsweg hingewiesen worden ist. Dabei kann offen bleiben, ob diese Norm auf die Klägerin überhaupt anwendbar ist, wozu der Senat im Ergebnis neigt.

Nach [§ 47 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2a\) AMG](#) "dürfen" pharmazeutische Unternehmer und Großhändler neben Blutzubereitungen und gentechnisch hergestellten Blutbestandteilen auch Gerinnungsfaktorenzubereitungen unmittelbar an einen hämostaseologisch qualifizierten Arzt im Rahmen der von ihm kontrollierten Selbstbehandlung von Blutern abgeben. Der Senat geht davon aus, dass es sich bei den vorliegenden Verordnungen des Gerinnungsfaktors VIII SDH Inters 1000 DFL an einen Versicherten der Beigeladenen zu 1) um ein Präparat im Sinne von [§ 47 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2a\) AMG](#) handelt. Zwar verfügte die Klägerin im streitgegenständlichen Zeitraum über keine Zusatzbezeichnung als hämostaseologisch qualifizierte Ärztin, die im Bezirk der Beigeladenen zu 2) nach Abschnitt C der zum 1. Januar 2006 in Kraft getretenen Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt ohnehin erst ab Anfang 2007 geführt werden konnte. Hierauf würde es nach Ansicht des Senats aber nicht entscheidend ankommen. Da [§ 47 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2a\) AMG](#) insbesondere auf Hämophiliezentren ausgerichtet ist, die - wie hier - die Präparate ihren Patienten zur ärztlich kontrollierten Selbstbehandlung mitgeben, und zum Zeitpunkt ihres Inkrafttretens (7. Juli 1998) schon rein faktisch keine hämostaseologisch qualifizierten Vertragsärzte im Sinne der Norm existierten, erfüllt nämlich jeder Arzt, der schon einige Zeit in diesem Bereich tätig ist, die einschlägige Vorgabe (von Czetztritz in: Fuhrmann/Klein/Fleischfresser, Arzneimittelrecht, 2010, [§ 24 Rn. 24](#)). Hierfür sprechen auch die Gesetzesmaterialien. [§ 47 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2a\) AMG](#) in seiner seit Juli 1998 gültigen Fassung beruht auf dem Transfusionsgesetz vom 1. Juli 1998 ([BGBl. I, 1752](#)). Zuvor waren Gerinnungsfaktorbestimmungen von der Vorschrift nicht erfasst. Mit der Ergänzungsregelung sollte klargestellt werden, dass der Arzt entsprechende Präparate auch dann abgeben darf, wenn die Behandlung nicht in seiner Praxis stattfindet. Bereits seinerzeit hätte sich die Selbstbehandlung von Blutern seit etwa 25 Jahren bewährt; die Abgabe der Gerinnungsfaktoren durch den Arzt sei geduldete Praxis. Im Übrigen wollte der Gesetzgeber hierdurch Kosten im Gesundheitswesen einsparen ([BT-Drucks. 13/9594](#)). Darüber hinaus gehende inhaltliche Anforderungen an eine "hämostaseologische Qualifikation" lassen sich dem Gesetz (im streitgegenständlichen Zeitraum) nicht entnehmen. Davon, dass die Klägerin bereits einige Zeit in diesem Bereich tätig war, ist auszugehen.

Der Annahme, aus [§ 47 Abs. 1 AMG](#) in Verbindung mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot folge ohne weiteres die vertragsärztliche Verpflichtung zur ausnahmslosen Nutzung dieses Bezugsweges, steht jedoch die eindeutige Gesetzesformulierung entgegen. Die Norm spricht nur davon, dass bestimmte Arzneimittel u.a. an Ärzte abgegeben werden "dürfen". Von einer Beschränkung allein auf diese Bezugsoption in allen Katalogfällen des [§ 47 Abs. 1 Nr. 2 und 3 AMG](#) ist gerade nicht die Rede. Zudem sprechen die Systematik sowie der Sinn und Zweck des Gesetzes für diese Auslegung. Während [§ 43 AMG](#) den Grundsatz normiert, dass Arzneimittel an Endverbraucher nur von Apotheken abgegeben werden dürfen, sofern sie nicht generell von der Apothekenpflicht ausgenommen sind, bestimmt [§ 47 AMG](#) Ausnahmen von dieser Regel und nennt abschließend ganz bestimmte Fälle eines zulässigen - allerdings nicht verpflichtenden - Direktbezugs (vgl. Rehmann, AMG, 2003, [§ 47 Rn. 1](#)). Auch ansonsten dient das AMG nicht der Sicherstellung des Wirtschaftlichkeitsgebots, sondern bezweckt im Interesse der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung von Mensch und Tier die Sicherheit im Verkehr mit Arzneimitteln zu gewährleisten, insbesondere für deren Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit zu sorgen ([§ 1 AMG](#)).

Ein abweichendes Verständnis (quasi im Sinne einer Inpflichtnahme des Vertragsarztes) würde für den betroffenen Vertragsarzt überdies bedeuten, vorsorglich für alle abstrakt von [§ 47 Abs. 1 Nr. 2 und 3 AMG](#) erfassten Arzneimittel die notwendigen Aufbewahrungs- und Sicherungsvorkehrungen zu treffen. Diese mögen entsprechend den Darlegungen des Prüfungsausschuss für die vorliegenden Präparate zwar noch überschaubar sein; sie lassen sich in dieser Form jedoch nicht entsprechend auf jeden Anwendungsfall der Norm übertragen. Jedenfalls verbliebe eine weitere Vorsorgeverpflichtung zur Abwendung von Straftaten und zu versichernden Risiken, die nach dem nachvollziehbaren Vortrag der Klägerin mit zusätzlichen finanziellen Aufwendungen verbunden wäre. Denn davon, dass ein Medikament - wie vorliegend - sogleich in Empfang genommen wird, kann nicht bei jedem Patienten ausgegangen werden. Überdies ist auch nicht ersichtlich, weshalb eine vertragsärztliche Beschränkung auf den Bezugsweg des [§ 47 AMG](#) für den Versicherten in jedem Fall vorteilhafter sein soll, als die übliche und bewährte Versorgung über die Apotheke, bei der unter Berücksichtigung von Bereitschaftsdiensten regelmäßig ein wartezeitloser Zugang "rund um die Uhr" gewährleistet ist.

c) Eine Verpflichtung der Klägerin zur Beachtung der Bezugsquelle lässt sich auch nicht den Regelungen der hier maßgeblichen und vom 1. Juli 2004 bis zum 31. März 2012 gültigen Sprechstundenbedarfsvereinbarung (SSBV) der Beigeladenen zu 2) entnehmen. Nach [§ 2 Abs. 7 Sätze 1 und 2 SSBV](#) waren als Sprechstundenbedarf nur die in der Anlage dieser Vereinbarung aufgeführten Mittel, wozu nach Nr. 7 der Anlage auch bestimmte Arzneimittel zählten, verordnungsfähig. Andere Mittel durften als Sprechstundenbedarf nicht verordnet werden. Soweit in [§ 2 Abs. 6 SSBV](#) angeordnet ist, dass die nach den [§§ 44](#) oder [47 AMG](#) von der Apothekenpflicht oder der Vertriebsbindung ausgenommenen Arzneimittel unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit der Bezugsquelle zu beziehen sind, sind hiervon nur Arzneimittel des Sprechstundenbedarfs betroffen. Diese werden in [§ 2 Abs. 7 Satz SSBV](#) in Verbindung mit Punkt 7 seiner Anlage aufgeführt, zu dem [§ 2 Abs. 6 SSBV](#) in unmittelbarem systematischem Zusammenhang steht, und allein diese sind Gegenstand der genannten Vereinbarung. Hierzu zählen weder Gerinnungsfaktorenzubereitungen noch sämtliche sonstigen in [§ 47 Abs. 1 Nr. 2 und 3 AMG](#) aufgeführten Arzneimittel. Im Übrigen ergibt sich aus der SSBV schon deshalb keine vertragsärztliche Vorgabe im Sinne einer Bezugsverpflichtung direkt vom Hersteller, die als Ausdruck eines allgemein gültigen Rechtsgedankens verstanden werden könnte, weil Sprechstundenbedarf nach [§ 1 Abs. 1 Satz 1 SSBV](#) (nur) verordnet werden "kann". Nur dann, wenn der Vertragsarzt Arzneimittel als solchen verordnet, hat er insbesondere die durch [§ 2 Abs. 6 und 7 SSBV](#) normierten Einschränkungen zu beachten. Besteht danach für ihn aber bereits keine Verpflichtung, überhaupt Sprechstundenbedarf zu verordnen, kann aus der SSBV erst recht keine - verallgemeinerungsfähige - Pflicht zur Wahl der preisgünstigsten Bezugsquelle erwachsen. Vielmehr liegt auch hier der Umkehrschluss nahe, dass der Vertragsarzt außerhalb des Anwendungsbereichs der SSBV (also allgemein) frei über die Wahl des Bezugsweges entscheiden kann.

d) Schließlich enthalten die zur wirtschaftlichen Verordnungsweise von Arzneimitteln in [§ 9 AMRL](#) getroffenen Konkretisierungen im Hinblick auf den Bezugsweg ebenfalls keine Ausführungen.

e) Weitere gesetzliche oder untergesetzliche Regelungen, aus denen sich eine Verpflichtung herleiten ließe, bei Arzneimittelverordnungen die finanziellen Auswirkungen des Bezugsweges zu beachten, sind nicht ersichtlich. Insbesondere reicht [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) insoweit als alleinige Ermächtigungsgrundlage nicht aus. Diese Norm stellt zwar eine Konkretisierung der allgemeinen Vorschriften des SGB V dar. So bestimmt bereits [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), dass die Krankenkassen den Versicherten die im dritten Kapitel genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zur Verfügung zu stellen haben, und [§ 2 Abs. 4 SGB V](#), dass Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte darauf zu achten haben, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden. Gleichwohl wird [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) seinerseits in diversen Einzelnormen wie [§ 27a Abs. 1 Nr. 1](#) und 2, [§ 28 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1](#), [§ 33 Abs. 1](#), [§ 39 Abs. 1 Satz 2](#), [§ 40 Abs. 1](#), [§ 43 Abs. 1](#) und [§ 60 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) – sowie im vertragsärztlichen Bereich durch die [§§ 70 Abs. 1 Satz 2](#), [72 Abs. 2](#), [75 Abs. 2](#) und 92 SGB V in Verbindung mit [§ 13 Abs. 1 Sätze 1 und EKV](#) – weiter konkretisiert (s.o. unter 1., S. 8). Hintergrund hierfür ist die Notwendigkeit, das allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot mit anderen wichtigen Grundprinzipien – einschließlich der Grundrechte der Leistungserbringer und der Versicherten – in Konkordanz zu bringen (vgl. Ulmer in Eichenhofer/Wenner, SGB V, [§ 13 Rn. 10](#), 17 ff.).

Eine solche Konkretisierung durch eine andere (unter-)gesetzliche Regelung ist hier zwingend erforderlich, was insbesondere aus [§ 92 Abs. 1 SGB V](#) folgt. Danach beschließt der GBA zur Sicherung der ärztlichen Versorgung Richtlinien über die Gewährung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten. Nach dem klaren Wortlaut kann er dabei die Erbringung und Verordnung von Leistungen einschränken oder ausschließen, wenn deren Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen ist. Ausdrücklich kann er auch die Verordnung von Arzneimitteln einschränken oder ausschließen, wenn eine andere, wirtschaftlichere Behandlungsmöglichkeit mit vergleichbarem diagnostischem oder therapeutischem Nutzen verfügbar ist. Weder im streitgegenständlichen Zeitraum noch aktuell hat der GBA in der AMRL für den Vertragsarzt jedoch eine Vorgabe zur Beachtung der Bezugsquelle aufgestellt (siehe zuvor unter d). Die in [§ 92 Abs. 2 SGB V](#) niedergelegten umfangreichen Anforderungen an Richtlinien, um "dem Arzt die wirtschaftliche und zweckmäßige Auswahl der Arzneimitteltherapie" zu ermöglichen, wären überflüssig, wenn der Beklagte auch ohne sie direkt aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot eine Verpflichtung zur Wahl der preisgünstigsten Bezugsquelle ableiten könnte.

Auch [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) spricht dagegen, [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) als ausreichende Ermächtigungsgrundlage für die Regressfestsetzungen anzusehen. Danach ist die vertragsärztliche Versorgung ausdrücklich im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des GBA durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln ist, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten gewährleistet ist. Diese Vorschrift ginge ins Leere, wenn der Beklagte einseitig (ohne schriftliche Verträge oder Richtlinienvorgaben) festlegen könnte, wie eine wirtschaftliche Versorgung der Versicherten inhaltlich zu geschehen hat.

2. War damit bereits dem Hauptantrag stattzugeben, kam es auf das Hilfsbegehren der Klägerin nicht mehr entscheidend an. Insoweit weist der Senat – sofern man sich seiner zuvor dargelegten Rechtsansicht nicht anschließen würde – nur darauf hin, dass auch die Festsetzung des Regresses der Höhe nach rechtswidrig, da ermessensfehlerhaft war. Weil es sich vorliegend gerade nicht um einen Arzneikostenregress wegen unzulässiger Verordnungen handelte, war insoweit auch eine Ermessensentscheidung zu treffen (vgl. nochmals BSG, Urteil vom 3. Februar 2010 – [B 6 KA 37/08 R](#), s.o.).

Dem Recht der Wirtschaftlichkeitsprüfung kommt im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ein hoher Stellenwert zu. Bei der Festlegung der Höhe der Honorarkürzungen als Reaktion auf eine festgestellte Unwirtschaftlichkeit steht den Prüfungsgremien regelmäßig ein Ermessensspielraum zu, der eine ganze Bandbreite denkbarer vertretbarer Entscheidungen bis hin zur Kürzung des gesamten unwirtschaftlichen Mehraufwandes ermöglicht und der gemäß [§ 54 Abs. 2 Satz 2 SGG](#) nur eingeschränkter gerichtlicher Kontrolle unterliegt (zur Geltung im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen siehe schon BSG, Urteil vom 29. Januar 1997 – [6 RKA 5/96](#) – [SozR 3-2500 § 106 Nr. 38](#); Urteil vom 21. Mai 2003 – [B 6 KA 32/02 R](#) – [SozR 4-2500 § 106 Nr. 1](#)). Die danach anzustellende gerichtliche Kontrolle bezieht sich darauf, ob die Behörde die gesetzlichen Grenzen des Ermessens eingehalten und von ihm in einer dem Zweck der Ermächtigung entsprechenden Weise Gebrauch gemacht hat. Das schließt ein, dass alle für die Entscheidung relevanten Tatsachen bei der Ermessensausübung berücksichtigt worden sind. Dies ist vorliegend nicht der Fall. Denn der Beklagte, der die Schadensberechnung der Beigeladenen zu 1) bei seinen Entscheidungen unverändert übernommen hat, hat keinerlei Überlegungen im Hinblick auf eine Berücksichtigung des Arzneimittelherstellerrabatts angestellt. Insoweit liegt ein vollständiger Ermessensausfall vor.

Die Rabattierungspflicht ist aber auch im Rahmen des [§ 47 AMG](#) (= Fall des [§ 1 Abs. 3 Nr. 3 AMPPreisV](#) vom 14. November 1980, [BGBl. I, 2147](#); zuletzt geändert durch Art. 3 des Apothekennotdienstsicherstellungsgesetzes vom 15. Juli 2013, [BGBl. I, 2420](#)) zu beachten (siehe hierzu näher BSG, Urteil vom 29. April 2010 – [B 3 KR 3/09 R](#) – [SozR 4-2500 § 130a Nr. 6](#); Urteil vom 27. Oktober 2009 – [B 1 KR 7/09 R](#) – [SozR 4-2500 § 130a Nr. 4](#)). Das geht auch konform mit der Rechtsprechung des 6. Senats des BSG. Denn nach dieser ist nur dann kein Raum für einen Rabattabzug und/oder einen Abzug von Patienteneigenanteilen, wenn die Arzneimittel nicht – wie vorliegend – von Apotheken bezogen werden (siehe nochmals Urteil vom 3. Februar 2010 – [B 6 KA 37/08 R](#) – [SozR 4-2500 § 106 Nr. 26](#)). Allein maßgeblich ist insoweit die tatsächlich erfolgte Abgabeform, was sich aus Wortlaut, systematischem Zusammenhang sowie Sinn und Zweck der einschlägigen Regelungen ergibt (siehe nochmals BSG, Urteil vom 27. Oktober 2009 – [B 1 KR 7/09 R](#), a.a.O.).

a) Eine Nichtberücksichtigung des Rabatts ließe sich entgegen der Ansicht der Beigeladenen zu 1) auch nicht auf [§ 1 Abs. 3 Nr. 6 AMPPreisV](#) stützen, wonach das Arzneimittelpreisrecht für die Abgabe von Blutkonzentraten, die zur Anwendung bei der Bluterkrankheit bestimmt sind, nicht gilt. Denn dieser Norm kommt jedenfalls im vorliegenden Zusammenhang im Verhältnis zu [§ 1 Abs. 3 Nr. 3 AMPPreisV](#) keine eigenständige Bedeutung zu.

Letztgenannte Vorschrift knüpft an [§ 47 Abs. 1 Nr. 2a\) AMG](#) an. Bereits nach dessen Wortlaut kann kein vernünftiger Zweifel daran bestehen, dass es sich auch beim hier relevanten Präparat um eine Blutzubereitung handelt. Denn nach dem Gesetzestext, der auf " ... aus menschlichem Blut gewonnene Blutzubereitungen oder gentechnisch hergestellte Blutbestandteile, die, soweit es sich um Gerinnungsfaktorzubereitungen handelt ..." abstellt, sind Gerinnungsfaktoren ausdrücklich als eine Untergruppe von Blutzubereitungen zu verstehen. Hierfür spricht auch [§ 4 Abs. 2 AMG](#), der Blutzubereitungen dahin legal definiert, als dies Arzneimittel sind, die aus Blut gewonnene Blut-, Plasma- oder Serumkonserven, Blutbestandteile oder Zubereitungen aus Blutbestandteilen sind oder als Wirkstoffe enthalten. Danach lassen sich Blutzubereitungen in zwei Gruppen untergliedern, nämlich in Transfusionsprodukte und Plasmaderivate. Zu letzteren gehören insbesondere auch Gerinnungsfaktoren zur Behandlung der Bluterkrankheit (siehe Hergert in:

Fuhrmann/Klein/Fleischfresser, Arzneimittelrecht, 2010, § 32 Rn. 6 und 8). Handelt es sich demnach bei den zur Behandlung von Blutern hergestellten Gerinnungsfaktoren um nichts anderes als ein zum selben Zweck bestimmtes Blutkonzentrat gemäß § 1 Abs. 3 Nr. 6 AMPPreisV (= Blutzubereitung im Sinne des AMG), muss diese Vorschrift die gleiche Rechtsfolge nach sich ziehen, die § 1 Abs. 3 Nr. 3 AMPPreisV in der zuvor aufgezeigten Auslegung durch das BSG, der sich der Senat anschließt, erfahren hat. Ansonsten würde das insoweit gefundene Ergebnis letztlich leer laufen, da die zur Behandlung der Bluterkrankheit bestimmten Blutzubereitungen im vorliegenden Zusammenhang mit anderen Worten notwendigerweise vom sachlichen Anwendungsbereich beider Normen erfasst werden.

Die von der Beigeladenen zu 1) vertretene Auffassung würde letztlich auch dem Ziel des Gesetzgebers widersprechen, das er mit der Rabattierungsregelung des [§ 130a Abs. 1 SGB V](#) und der dabei erfolgten Anknüpfung an das Arzneimittelpreisrecht verfolgte. Durch diese Regelung sollte nämlich insbesondere Einfluss auf die Ausgabenentwicklung und die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung genommen und insoweit auch den pharmazeutischen Unternehmen zur Stabilisierung des Aufwandes der Krankenkassen für die Arzneimittel ein angemessener Beitrag abverlangt werden (vgl. [BT-Drucks. 15/28](#), 1, 11 und 12). Wenn die Krankenkassen diesen Beitrag aber als Herstellerrabatt vom Abgabepreis abziehen können, ist dies auch bei der Höhe der Regressfestsetzung zu beachten.

Auf [§ 130a Abs. 1 Satz 5 SGB V](#) könnte die Beigeladene zu 1) sich ebenfalls nicht stützen. Selbst wenn nämlich der Gesetzgeber der Auffassung gewesen sein sollte, auch eine Blutzubereitung wie das vorliegende Gerinnungspräparat werde nicht von der Herstellerrabattspflicht nach [§ 130a SGB V](#) erfasst, was durch die Anfügung des Satzes 5 an dessen Absatz 1 klargestellt werden sollte, ändert dies nichts an der sich aus den [§§ 43, 47](#) und [78 AMG](#) sowie der AMPPreisV ergebenden gegenteiligen Rechtslage (näher hierzu nochmals BSG, Urteil vom 29. April 2010 – [B 3 KR 3/09 R](#) – SozR 4-2500 § 130a Nr. 6).

b) Folglich wäre das Preisbildungssystem des § 1 Abs. 1 AMPPreisV einschlägig und der vom Arzneimittelhersteller bekannt gemachte sowie in der sogenannten "Lauer-Taxe" ausgewiesene Abgabepreis zu Grunde zu legen, über dessen Höhe zwischen den Beteiligten kein Streit besteht. Danach ergäbe sich für das Quartal I/2007 auf Grundlage der von der Beigeladenen zu 1) mitgeteilten Daten folgende Berechnung: Abzüglich der Zuzahlungen wurde das Präparat dem Versicherten 120mal zu einer Netto-Taxe i.H.v. insgesamt 117.752,40 EUR verordnet. Wird hiervon der nach § 130a Abs. 1a) Satz 1 SGB V einschlägige Rabatt subtrahiert, der sich auch nach den im streitgegenständlichen Zeitraum gültigen Fassungen der Vorschrift auf 16 % des Nettoabgabepreises belief, ergibt sich ein Betrag i.H.v. 98.912,02 EUR. Dem ist der Netto-Herstellerpreis des Medikaments i.H.v. 795,00 EUR multipliziert mit 120 gegenüber zu stellen (= 95.400,00 EUR). Wird dieser Wert von 98.912,02 EUR abgezogen, resultiert für das Quartal I/2007 ein Betrag i.H.v. 3.512,02 EUR (statt vom Beklagten entsprechend der Berechnung der Beigeladenen zu 1) angesetzten 4.226,40 EUR). Wird entsprechend für die Quartale II bis IV/2006 verfahren (Netto-Taxe i.H.v. jeweils insgesamt 114.782,40 EUR minus 16 % [= 96.417,22 EUR] abzüglich 95.400,00 EUR), ergibt sich jeweils ein Betrag i.H.v. 1.017,22 EUR (statt jeweils 4.028,40 EUR). Zusammengerechnet würde dies gegenüber der vom Beklagten festgesetzten Regresssumme i.H.v. 16.311,60 EUR zu einem Wert von 6.563,68 EUR führen.

Nach alledem war der Berufung stattzugeben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG](#) i.V.m. einer entsprechenden Anwendung von [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) und folgt hinsichtlich der Beigeladenen aus den [§§ 154 Abs. 3, 162 Abs. 3 VwGO](#).

Die Revision war nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) zuzulassen, weil der Senat der Frage, inwieweit der Vertragsarzt im Rahmen des Wirtschaftlichkeitsgebots die Auswirkungen der Bezugsquelle zu beachten hat, grundsätzliche Bedeutung zumisst. Entsprechendes gilt im Hinblick auf eine Berücksichtigung des Herstellerrabatts bei einer ggf. vorzunehmenden Schadensberechnung.

Die Entscheidung zum Gegenstandswert ergibt sich aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGG](#) i.V.m. den [§§ 1 Abs. 2 Nr. 3](#), 40 und 52 Abs. 3 Gerichtskostengesetz und entspricht der Höhe des insgesamt festgesetzten Regresses.

Rechtskraft  
Aus  
Login  
SAN  
Saved  
2014-05-15