

## S 17 KA 88/23

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
SG Marburg (HES)  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
1. Instanz  
SG Marburg (HES)  
Aktenzeichen  
S 17 KA 88/23  
Datum  
03.07.2024  
2. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
3. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

1. § 48 BMV-Ä genügt als Rechtsgrundlage dem Vorbehalt des Gesetzes.
2. Die Ersetzung der persönlichen Unterschrift des Arztes auf einem Rezept durch einen Unterschriftsstempel begründet eine Pflichtverletzung und einen sonstigen Schaden.
3. Für Verhältnismäßigkeitserwägungen ist beim verschuldensunabhängigen sonstigen Schaden kein Raum.
4. Die Differenzkostenberechnung entsprechend [§ 106b Abs. 2a S. 1 SGB V](#) ist auf den sonstigen Schaden nicht anwendbar

Die Klage wird abgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten des Verfahrens.

### Tatbestand

Gegenstand des Verfahrens ist die von der Beigeladenen zu 2) als sprechstundenbedarfsverwaltende Stelle beantragte Feststellung eines sonstigen Schadens wegen Verletzung der persönlichen Unterschriftspflicht in den Quartalen I/2015 bis II/2018.

Der Kläger war vom 1. Januar 2012 bis 30. Juni 2018 als Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie in einer Einzelpraxis in A-Stadt unter der Betriebsstättennummer XXX1 niedergelassen und nahm in diesem Zeitraum an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Mit dem Schreiben vom 4. Dezember 2019 beantragte die Beigeladene zu 2) als sprechstundenbedarfsverwaltende Stelle für die Quartale I/2015 bis II/2018 und IV/2018 die Feststellung eines sonstigen Schadens gemäß § 15 der zum Ordnungszeitpunkt gültigen Prüfvereinbarung (PrüfV), die gemäß § 106 bis [§ 106c](#) des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) alte Fassung (a. F.) abgeschlossen wurde. In diesem Zusammenhang wurde auf die Vereinbarung zur Fortgeltung der Prüfvereinbarung (gemäß [§§ 106](#) bis [106c SGB V](#) vom 14. November 2016 in der Fassung der Ergänzungsvereinbarung vom 7. März 2017) vom 14. September 2021 hingewiesen. Die Prüfvereinbarung gemäß [§§ 106](#) bis [106c SGB V](#) vom 14. November 2016 in der Fassung der Ergänzungsvereinbarung vom 7. März 2017 gelte trotz Kündigung durch die Beigeladene zu 1) bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung weiter. Für das Quartal III/2018 wurde kein Antrag gestellt.

Zur Begründung der Beanstandung führte die Beigeladene zu 2) aus, dass unzulässigerweise ein Unterschriftenstempel für die Unterschriften des Klägers und Frau Dr. C. zum Einsatz gekommen sei. Die Unterzeichnung der Verordnungen durch persönliche, handschriftliche Unterschrift sei nicht erfolgt.

Der Kläger wurde über den Prüfantrag mit Schreiben vom 13. Dezember 2019 von der Prüfungsstelle der Ärzte und Krankenkassen in Hessen (PS) informiert.

Mit Schreiben vom 22. Mai 2020 führte er sodann aus, dass sich der Antrag rein auf die Frage der Einhaltung formaler Anforderungen stütze, sodass unstrittig sein dürfe, dass sämtliche Verordnungen medizinisch indiziert gewesen seien und im Rahmen der nachweislich

durchgeführten Operationen benötigt worden seien.

Es sei zutreffend, dass es im Rahmen der Sprechstundenbedarfsverordnungen durch ihn und Frau Dr. C. zur Verwendung von Unterschriftenstempeln gekommen sei. Es fehle mithin unstreitig an der eigenhändigen Unterschrift des Vertragsarztes, sodass die formellen Anforderungen an eine vertragsärztliche Verordnung nicht eingehalten worden seien.

Allerdings sei den Krankenkassen kein Schaden gem. § 15 der PrüfV bzw. § 48 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) entstanden. Bei formal ordnungsgemäßer Verordnung wäre die Krankenkasse in identischer Höhe wirtschaftlich belastet worden (hypothetischer alternativer Geschehensverlauf). Wie bereits das Bundessozialgericht (BSG) in seinem Urteil vom 18. September 2008 (Az. [B 3 KR 22/07 R](#)) entschieden habe, sei bei fehlerhafter Leistungserbringung diese Alternativüberlegung anzustellen.

Aus den Sprechstundenbedarfsverordnungen habe der Kläger keinen wirtschaftlichen Vorteil erzielt. Es würden Gelder zurückgefordert, die ihm nie zugeflossen seien und somit nie einen Vermögensvorteil verschafft hätten.

Die PS setzte mit Bescheid vom 2. September 2020 bezüglich der vorgenannten Verordnungen einen Regress in Höhe von insgesamt 491.163,98 € netto fest und berücksichtigte dabei Herstellerrabatte in Höhe von 1.175,32 €.

Seinen Widerspruch vom 5. Oktober 2020 stützte der Kläger im Wesentlichen auf das Argument einer fehlenden Rechtsgrundlage. In der Rechtsprechung des BSG (exemplarisch Urteil vom 20. März 2013, [B 6 KA 17/12 R](#)) würden lediglich einzelne Tatbestandsmerkmale angegeben und zur Herleitung werde auf den Schadensersatzanspruch nach bürgerlichem Recht sowie auf [§ 106 SGB V](#) in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung abgestellt.

In den [§§ 106 ff. SGB V](#) finde sich jedoch keine Rechtsgrundlage, die explizit eine Schadensersatzpflicht in Gestalt des sonstigen Schadens vorsehe. [§ 106 SGB V](#) verweise auf [§ 106b SGB V](#), dieser sehe ausschließlich eine Wirtschaftlichkeitsprüfung vor, eine Öffnungsklausel für „andere Prüffarten“ enthielten die [§§ 106, 106b SGB V](#) nicht. Mithin fehle es auch nach der Rechtsprechung des BSG an einer Rechtsgrundlage, auf der das Konstrukt des sonstigen Schadens beruhen könne. Die Schadensfestsetzung werde auf § 15 PrüfV in Verbindung mit § 48 BMV-Ä gestützt. Eine materielle Rechtsgrundlage für einen Schadensersatzanspruch enthielten diese Vorschriften aber nicht. Vielmehr setzten sie einen Schadensersatzanspruch voraus.

Die Prüfvereinbarung sei ebenfalls nicht als Rechtsgrundlage tauglich, weil diese den formellen Ablauf des Verfahrens regle und keine materiellen Rechtsgrundlagen schaffe bzw. beinhalte. Der Normgeber habe auch keine entsprechende Rechtsetzungsbefugnis für eine solche Rechtsgrundlage geschaffen, was aber aufgrund des Eingriffs in die grundrechtliche geschützte Position der Vertragsärzte geboten sei. Anhand des Antragserfordernisses der Krankenkassen bei der Feststellung eines sonstigen Schadens sei erkennbar, dass dieser im Regelungsgeflecht des vertragsärztlichen Systems atypisch sei. Der Vertragsarzt unterhalte keine Rechtsbeziehung zu den Krankenkassen, weshalb eine Pflichtverletzung in diesem Verhältnis nicht in Betracht kommen könne (BGH, Beschluss vom 29. März 2012, [GSSt 2/11, BGHSt 57, 202](#)). Dies zeige sich dadurch, dass die Geltendmachung des Schadens sowie die Disziplinargewalt über den Vertragsarzt nur durch die Beigeladene zu 1) ausgeübt werden könne.

Nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 23. März 2016, [B 6 KA 8/15 R](#)) seien Vereinbarungen zwischen den Sozialpartnern nicht erweiternd auszulegen. Daher könne nicht über den Wortlaut der Vorschriften hinaus auf einen nicht geregelten, allgemeinen Rechtsgedanken zurückgegriffen werden, der mangels gesetzlich oder systemisch begründeter Rechtsbeziehungen eine etwaige Pflichtverletzung als Rechtsgrundlage für eine Haftung vorsehe.

[§ 69 SGB V](#) sehe zudem vor, dass sich die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen zu den Ärzten aus dem 4. Kapitel des SGB V ergäben, daher sei die Begründung einer Anspruchsgrundlage aus dem Zivilrecht nicht möglich.

Einem Rückgriff stehe auch [§ 31 SGB I](#) entgegen, der für die Einbeziehung zivilrechtlicher Ansprüche in das Regelungsgeflecht der Vertragsärzte eine gesetzliche Regelung vorsehe. Diese Vorschrift gelte auch für die Sozialleistungsträger untereinander und damit im hier vorliegenden Verhältnis.

Aus der Befugnis zum Abschluss von Mantel- und Gesamtverträgen sowie sonstigen Vereinbarungen könne nicht geschlussfolgert werden, dass die Schaffung von Rückforderungsrechten in das Belieben der Vertragsparteien gestellt sei. Die mögliche Regelungskompetenz beschränke sich auf Regelungen zur Vergütung bzw. deren Rückforderung. Mithin ließen sich systemisch keine Rechtsgrundlagen für den sonstigen Schaden konstruieren. Das BSG gehe selbst von einem geschlossenen System aus (Urteil vom 23. März 2016, [B 6 KA 8/15 R](#)).

Ein sonstiger, insbesondere normativer Schaden könne nicht auf den allgemeinen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch gestützt werden. Dies sei gerade kein Schadensersatzanspruch. Die Verordnungen seien im Rahmen der Patientenversorgung notwendig und wirtschaftlich gewesen. Sinn und Zweck der Unterschrift sei es, dass die Verordnung vom Willen des behandelnden Arztes abhängt und getragen sei. Dies dürfe vorliegend nicht streitig sein. Der Namenszug dokumentiere eine entsprechende Kontrolle.

Die persönliche Unterschrift sei nicht im Gesetz geregelt, sondern lediglich im BMV-Ä. Wenn die persönliche Unterschrift derart weitgehende Konsequenzen nach sich ziehen könne, hätte der Gesetzgeber dies und die Konsequenzen in einer Rechtsgrundlage festlegen müssen.

Ein Verschulden des Klägers sei höchstens aufgrund von Fahrlässigkeit gegeben. Es sei ihm nicht bewusst gewesen, dass er durch sein Handeln gegen Normen verstoße. Er habe nicht in Erwägung gezogen, dass die Pflicht zur persönlichen Unterschrift verletzt werden würde, wenn die Gegenzeichnung nicht durch das Führen eines Stiftes, sondern durch das Nutzen eines Stempels erfolge, der ebenfalls das Schriftbild darstelle.

Der Gesetzgeber habe in [§ 106b Abs. 2a SGB V](#) zum Ausdruck gebracht, dass alternative Überlegungen im Vertragsarztsystem sehr wohl geboten seien. Die Argumentation, dass die Berücksichtigung eines alternativen Geschehensablaufs das vertragsarztrechtliche Ordnungssystem relativiere, sei damit nicht haltbar.

Die Rechtsprechung gehe von einem besonderen Vertrauensverhältnis der Protagonisten im Vertragsarztrecht aus. Vorliegend habe man über Jahre keinen Anstoß an den Verordnungen genommen. Aus dem partnerschaftlichen Verhältnis des Vertragsarztsystems folge, dass

eine Geltendmachung von Ansprüchen nach Jahren des Akzeptierens treuwidrig sei und etwaige Ansprüche aufgrund dessen bereits verwirkt seien.

Vertragsärzten sei außerdem die Gelegenheit zu geben, Fehler bei der Ausstellung der Verordnungen zu korrigieren.

Den Krankenkassen sei nicht zuletzt ein Mitverschulden nach [§ 254 BGB](#) anzurechnen, sei es nur inwiefern der Schaden durch unterbliebene Überprüfungen entsprechend mitverursacht worden sei.

Für das Quartal IV/2018 hat die Beigeladene zu 2) ihren Antrag vor dem Beschwerdeausschuss zurückgenommen, da der Kläger in diesem Quartal nicht mehr in Einzelpraxis tätig war.

In den verbleibenden Quartalen wurde für die Verletzung der persönlichen Unterschriftspflicht nunmehr ein Schaden in Höhe von insgesamt 487.230,57€ netto geltend gemacht.

Der Beklagte wies den Widerspruch mit Beschluss vom 10. Februar 2023 zurück. Nach der Rechtsprechung des BSG (z. B. Urteil vom 29. Juni 2011, [B 6 KA 16/10 R](#)) sei dem Bereich des „sonstigen Schadens“ u. a. die Konstellation zugeordnet worden, dass das Verhalten des Arztes (z. B. ein Behandlungsfehler oder eine falsche Bescheinigung) Folgekosten der Krankenkassen in anderen Leistungsbereichen ausgelöst habe (z. B. notwendige Nachbehandlungen, Leistungen wegen Mutterschaft). Der dann zu ersetzende Schaden sei, so das BSG, der Struktur nach vergleichbar einem Mangelfolgeschaden nach bürgerlichem Recht (Urteil vom 22. Juni 1983, 6 RKA 3181). Der „sonstige Schaden“ sei jedoch nicht auf diese typischen Fälle beschränkt. Vielmehr könne es auch außerhalb der typischen Konstellationen Fallgestaltungen geben, die als „sonstiger Schaden“ nach den bundesmantelvertraglichen Vorschriften anzusehen seien. Dies könne insbesondere — wie vorliegend — im Verordnungsbereich der Fall sein.

Sowohl § 48 Abs. 1 BMV-Ä, als auch § 15 der Prüfvereinbarung definierten die Voraussetzungen eines sonstigen Schadens. Diese umfassten die schuldhafte Verletzung vertragsärztlicher Pflichten bzw. die fehlerhafte Ausstellung von Bescheinigungen sowie die Verursachung eines Schadens. Ein Schadensersatzanspruch werde nicht vorausgesetzt, sondern entstehe durch Erfüllung der Tatbestandsvoraussetzungen.

Nach der Rechtsprechung des BSG rechtfertige sich die Kompetenzübertragung auf die Prüfungsgremien daraus, dass die Partner der Bundesmantelverträge nach § 72 Abs. 2 und § 82 Abs. 1 berechtigt seien, ihnen eine innerhalb des Rechtszwecks der „Gewährleistung einer wirtschaftlichen Versorgung der Kranken“ liegende Schadensfeststellungskompetenz zuzuweisen (BSG, Urteil vom 22. Juni 1983, [6 RKA 3/81](#)). Die den Prüfungsgremien zugewiesene Kompetenz sei daher an die ihnen gesetzlich vorgegebene Aufgabe der Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung gebunden (BSG, Urteil vom 16. Oktober 1991, [6 RKA 32/90](#)).

Die PrüfV gemäß [§ 106 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) regle Inhalt und Durchführung der Beratungen und Prüfungen. Der Gesetzgeber habe die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Kassenärztliche Vereinigungen im vorgenannten Paragraphen ermächtigt, eine PrüfV abzuschließen. Hierbei handele es sich um öffentlich-rechtliche Verträge i.S.d. [§§ 53 ff. SGB X](#), die Rechtsnormcharakter hätten und die für die Vertragsärzte gemäß [§ 95 Abs. 3 Satz 3](#), 4 SGB V verbindlich seien.

Auch eine zivilrechtliche Anspruchsgrundlage liege dem sonstigen Schaden nicht zugrunde; er beruhe auf § 48 BMV-Ä. § 31 SGB I regle den Gesetzesvorbehalt in den Sozialgesetzbüchern. Die Einbeziehung sonstiger gesetzlicher Regelungen sei dadurch nicht ausgeschlossen. Der Anspruch auf Ersatz des sonstigen Schadens werde auch nicht auf den öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch gestützt.

Nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 29. Juni 2011, [B 6 KA 16/10 R](#)) reiche zur Feststellung eines verschuldensabhängigen Verhaltens als Voraussetzung für einen sonstigen Schaden auch Fahrlässigkeit.

Entsprechend regle § 15 der hier maßgeblichen PrüfV, dass für die Feststellung eines sonstigen Schadens mindestens fahrlässiges Verhalten vorauszusetzen sei. Die Regelungen des BMV-Ä, der AM-RL und der AMVV müsse jeder Vertragsarzt kennen (BSG, Urteil vom 20. März 2013, [B 6 KA 17/12 R](#)). Da der Kläger die rechtlichen Vorgaben zur ordnungsgemäßen Ausstellung von Verordnungen nicht beachtet habe, liege zumindest ein fahrlässiges Verhalten vor. Die aufgeführten Pflichtverletzungen seien daher als verschuldet anzusehen.

Das BSG habe zudem in seinem Urteil vom 20. März 2013 ([B 6 KA 17/12 R](#)) festgelegt, dass im Vertragsarztrecht kein Raum dafür sei, einen Verstoß gegen Gebote und Verbote, die nicht bloße Ordnungsvorschriften betreffen, durch Berücksichtigung eines hypothetischen alternativen Geschehensablaufs als unbeachtlich anzusehen; denn damit würde das vertragsarztrechtliche Ordnungssystem relativiert.

Auch die Einführung des [§ 106b Abs. 2a SGB V](#) als Argumentation für die Anerkennung eines alternativen Geschehensablaufs gehe fehl. Nach dieser Vorschrift sei zugunsten des Vertragsarztes die Differenzmethode anzuwenden, wenn die Verordnung unwirtschaftlich und nicht unzulässig und somit von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ausgeschlossen sei. Ausgenommen seien ebenfalls Verordnungen, die durch gesetzliche oder untergesetzliche Regelungen ausgeschlossen seien. Damit werde auch hier herausgestellt, dass das vertragsarztrechtliche Ordnungssystem einzuhalten sei und nicht zugunsten des Vertragsarztes bei Verstößen gegen Gebote und Verboten umgangen werden könne.

Es sei schließlich auch ein normativer Schaden entstanden. Beim normativen Schaden werde aufgrund wertender Betrachtungsweise ein Vermögensschaden angenommen, obwohl sich zunächst beim Vergleich der Vermögenslage bei pflichtwidrigem Verhalten kein rechnerischer Nachteil zur Vermögenslage bei pflichtgemäßem Verhalten ergebe. Der Schaden ergebe sich dogmatisch betrachtet in derartigen Fällen daraus, dass ein ansonsten möglicher Vorteilsausgleich oder die Verrechnung mit ersparten Aufwendungen aufgrund von Erwägungen außerhalb des Schadensrechts ausgeschlossen werde. Die zum Begriff des normativen Schadens entwickelten Grundsätze würden gelten, wenn zwingende Gründe die Einhaltung von formalen oder inhaltlichen Voraussetzungen erforderten, weil die Funktionalität des Systems der Leistungserbringung in Frage gestellt würde; dagegen seien sie bei Vorschriften, die eine reine Ordnungsfunktion hätten nicht anwendbar (BSG, Urteil vom 28. Februar 2007, [B 3 KR 15/06 R](#)).

Gegen diesen Beschluss richtet sich die am 8. März 2023 zum Sozialgericht Marburg erhobene Klage.

Das Gericht hat mit Beschluss vom 18. Juli 2023 weitere Streitgegenstände und weitere Anträge der Beigeladenen zu 2), auch die D. GmbH, deren ärztlicher Leiter der Kläger ist, in weiteren Verfahren abgetrennt.

Der Kläger vertieft seinen Vortrag aus dem Widerspruchsverfahren und trägt weiterhin vor, dass es keine Rechtsgrundlage für den Schadensersatzanspruch des „sonstigen Schadens“ gebe. § 48 BMV-Ä iVm § 14 PrüfV sei als Rechtsgrundlage nicht tauglich, da es sich um untergesetzliche Normen handle, indes aber ein formelles Gesetz aufgrund rechtsstaatlicher Vorgaben notwendig sei. [§ 106 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) komme als Rechtsgrundlage ebenfalls nicht in Betracht, da die Norm den Ermächtigungssubjekten lediglich gestatte, Verfahrensvorschriften über das Prüfverfahren zu erlassen, indes aber nicht die Schaffung von Anspruchsgrundlagen. Selbst wenn man diese abwegige Auffassung anwende, sehe die vorgenannte Norm keine Ermächtigung zugunsten der Bundesmantelvertragspartner vor, sondern ermächtige ausschließlich die Partner der Gesamtverträge auf Landesebene.

Auch in den [§§ 72 Abs. 2](#) und 82 Abs. 1 SGB V sei weder dem Wortlaut noch der Systematik oder der Gesetzesbegründung nach eine Befugnis zur freihändigen Generierung eines eigenen Haftungssystems angelegt.

Schließlich könne auch die Judikatur des BSG keine hinreichende Rechtsgrundlage nennen und sei deshalb gesetzes- und verfassungswidrig. Der Vorbehalt des Gesetzes sei verletzt.

Das BSG gehe – und sei in seiner Judikatur stets davon ausgegangen –, dass ein Anspruch aufgrund eines „sonstigen Schadens“ schlichtweg existieren müsse, obwohl keine Rechtsgrundlage existiere. Die jüngere Judikatur bemühe die zivilrechtliche Rechtsfigur eines Vertrages mit Schutzwirkung zugunsten Dritter. Diese Auslegung sei aber mit den Vorgaben des [§ 31 Abs. 1 SGB I](#) unvereinbar, welcher selbst ein formelles Gesetz verlange. Daneben bestehe auch eine Unvereinbarkeit mit den [§§ 63](#) und [64 SGB V](#), nach welchen die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu den Vertragsärzten abschließend geregelt seien. Die Norm verlange für den Rückgriff auf das bürgerliche Recht, dass die Rechte und Pflichten im SGB V zumindest angelegt seien. Hieran fehle es aber hinsichtlich des sonstigen Schadens.

Neben der fehlenden Rechtsgrundlage für den Anspruch fehle es an einer solchen für den Erlass eines Verwaltungsaktes zugunsten der PS respektive dem Beklagten. Die hier von dem Beklagten bemühten [§§ 106 – 106c SGBV](#), [§ 48 BMV-Ä](#) und [§ 15 BMV-Ä](#) enthielten keine Regelungsinhalte, die den Erlass eines Verwaltungsaktes zum Regress eines sonstigen Schadens, für den wiederum eine Anspruchsgrundlage fehle, gestatteten. Gleichmaßen sei der Umstand zu berücksichtigen, dass nach der fehlerhaften Auffassung des BSG der Anspruch aus einer Vertragspflichtverletzung resultiere. Damit richte sich die Abwicklung nach den Maßgaben des öffentlich-rechtlichen Vertrages, was einer einseitigen Durchsetzung aufgrund des mangelnden Subordinationsverhältnisses entgegenstehe.

Daneben sei die Zuständigkeit der Prüfungsstelle und des Beklagten jedenfalls mit dem 1. Juli 2017 entfallen. Die [§§ 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 iVm. § 106 Abs. 1 SGB V](#) normierten nur eine Zuständigkeit für die Wirtschaftlichkeitsprüfung. Ein Anknüpfungspunkt für die Zuständigkeit für den sonstigen Schaden – sofern man hier die Anspruchsgrundlage unterstelle – existiere im formellen Gesetz nicht. Der letzte, marginal vielleicht noch denkbare Ankerpunkt im formellen Recht sei zu diesem Zeitpunkt ersatzlos weggefallen.

Es existiert schließlich auch kein Sachgrund für eine etwaige Differenzierung dahingehend, dass der Gesetzgeber die sachlich-rechnerische Richtigstellung und die Wirtschaftlichkeitsprüfung selbst normieren wollte und die Kompetenz zur Feststellung eines sonstigen Schadens hinsichtlich seiner gesamten Ausgestaltung (Rechtsgrundlage zum Erlass eines VA, Tatbestandsvoraussetzungen und Rechtsfolge) den Vertragspartnern des BMV-Ä zuweisen wollte. Diese gelte zumal aufgrund der damit verbundenen Eingriffsintensität.

Qualifiziere man – im Einklang mit der eingangs dargestellten Auffassung des Beklagten – das Verfahren bezüglich eines sonstigen Schaden als ein von der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu trennendes Verfahren, dann sei die Ausschlussfrist tatsächlich nicht anwendbar. Dann sei aber auch die von der Beklagten behauptete Befugnis zum Erlass eines Verwaltungsaktes nach [§ 106 Abs. 3 Satz 1](#) und 2 SGB V nicht gegeben, da die Norm als eine der Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht anzuwenden wäre. Der Beklagte behelfe sich hinsichtlich der Anwendbarkeit der Zuständigkeitszuweisung und der fehlenden Anwendbarkeit der Ausschlussfrist damit, dass die Ausschlussfristen nur auf „originäre Wirtschaftlichkeitsprüfungen“ anwendbar seien. Einen Rechtsgrund, warum die VA-Befugnis der „originären Wirtschaftlichkeitsprüfung“ auf den sonstigen Schaden – als wahrscheinlich „nicht originäre Wirtschaftlichkeitsprüfung“ – anwendbar sein solle, die Ausschlussfrist aber nicht, nenne der Beklagte nicht. Eine solche Differenzierung sei auch nicht begründbar.

Selbst wenn man entgegen der eindeutigen Gesetzeslage sowohl den Makel der fehlenden Anspruchs- als auch Ermächtigungsgrundlage zum Erlass eines Verwaltungsaktes zu Lasten des Klägers übersehen wolle, fehle es an der Erfüllung der Tatbestandsvoraussetzungen jener Grundlagen, die das BSG heranziehe. Insbesondere wäre in diesem Fall auch keine normative Korrektur der Haftungsausfüllung unter Verbot der Betrachtung rechtmäßigen Alternativverhaltens / hypothetischer Kausalverläufe durch das BSG möglich.

Nach der – zutreffenden – Entscheidung des Sozialgerichts Mainz vom 7. Dezember 2022 (Az.: [S 3 KA 14/19](#)) sei der von der Krankenkasse beantragte Regress zudem nach den Maßgaben des im Vertragsarztrecht anwendbaren [§ 242 BGB](#) rechtsmissbräuchlich, da hier die Fallgruppe der exceptio doli praesentis vorliege. Die Rechtsmissbräuchlichkeit resultiere daraus, dass dem Verstoß gegen die Unterschriftspflicht im Hinblick auf die festgesetzte Regresssumme marginales Gewicht zukomme. Abseits von der fehlerhaften Unterschrift seien die Verordnungen medizinisch indiziert und entsprächen den übrigen rechtlichen Voraussetzungen. Das sei zwischen allen Beteiligten unstreitig. Auch hier sei ausdrücklich der Gedanke zu berücksichtigen, dass die antragstellenden Krankenkassen bei einem Vollregress immer ein Interesse an Verstößen des Vertragsarztes habe, da sie hierdurch ohne Aufbringung eigener finanzieller Mittel von ihrer eigenen Leistungspflicht gegenüber den eigenen Versicherten befreit würden.

Final lasse der Beklagte den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz vollständig außer Acht. Jeder staatliche Akt – der hier vorliege – sei am Verhältnismäßigkeitsgrundsatz, insbesondere im Hinblick auf die Wahl von weniger einschneidenden Mitteln zur Zweckerreichung, zu überprüfen. Hier hab der Vorsitzende des Beschwerdeausschusses Dr. E. in der Sitzung am 22. März 2023 ausdrücklich mitgeteilt, dass keine Verhältnismäßigkeitsprüfung angezeigt sei, respektive vorgenommen werde. Da nun auch die KBV (Beigeladene zu 9) einräume, dass bei der Feststellung eines sonstigen Schadens nach [§ 48 BMV-Ä](#) der Kausalverlauf bei rechtmäßigem Alternativverhalten zu berücksichtigen sei, könne keineswegs davon ausgegangen werden, dass die Vertragsparteien eine derart scharfe Haftung auch für die Fälle formeller Rezeptfehler gewollt hätten. Bei Auslegung des BMV-Ä analog [§§ 133, 157 BGB](#) (über die Brücke der [§§ 53, 61 S. 2 SGB X](#)) sei dies maßgeblich.

Es sei das Mindestgebot verhältnismäßigem staatlichen Handelns, einer derart scharfen Haftung wie dem Konstrukt des sonstigen Schadens jene Grenzen zu setzen, welche in der Wirtschaftlichkeitsprüfung anerkannt seien. Dies gelte umso mehr, als beim sonstigen Schaden nicht

einmal zwischen Art und Schwere des Rechtsverstoßes differenziert werde. So komme es beim Kläger mit dem schlichten Verstoß bei der handschriftlichen Unterschrift bei im Übrigen vollkommen sach- und fachgerechter Patientenversorgung zu derselben Behandlung wie bei einem Arzt, der jahrelang ohne Approbation agiert habe. Ein solch undifferenziertes System ohne Einschränkungen und Abstufungen genüge nicht ansatzweise dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz.

Der Kläger beantragt,  
den Beschluss des Beklagten vom 10. Februar 2023 für die Quartale I/2015 bis II/2018 aufzuheben.

Der Beklagte beantragt,  
die Klage abzuweisen.

Er vertieft die Begründung seines Beschlusses. Die zum Begriff „sonstiger Schaden“ ergangene Rechtsprechung des BSG habe vorrangig das Ziel verfolgt, diesen von Regelungsmaterien abzugrenzen, in denen sich die Schadensfeststellungskompetenz der Prüfungsgremien bereits unmittelbar aus [§ 106 SGB V](#) ergebe.

Auch wenn der Begriff dies zunächst nahelegen möge, gälten nicht alle übrigen – nicht bereits unmittelbar durch [§ 106 SGB V](#) erfassten – Schäden einer Krankenkasse aus der Verletzung vertragsarztrechtlichen Pflichten als „sonstiger Schaden“. Vielmehr diene der Begriff zweckbezogen der Bezeichnung von Regelungsgegenständen, bei denen eine Zuständigkeit der Prüfungsgremien nach [§ 106 SGB V](#) durch Regelungen der Bundesmantelverträge begründet werden sollten. „Sonstiger Schaden“ in diesem Sinne sei daher nur der, der in den Bundesmantelverträgen – verbunden mit einer entsprechenden Kompetenzzuweisung – als solcher bezeichnet werde.

Das Verfahren zur Feststellung eines „sonstigen Schadens“ komme nur in den Fällen in Frage, in denen eine originäre Zuständigkeit der Prüfungsgremien nach [§ 106 SGB V](#) nicht bestehe, es also einer vertraglichen Kompetenzzuweisung bedürfe. Dabei unterscheide das BSG, ob die Unzulässigkeit oder Unwirtschaftlichkeit der Verordnung selbst bzw. ihre inhaltliche Ausrichtung zur Diskussion stehe – dann Verordnungsregress auf der Grundlage des [§ 106 SGB V](#) – oder ob sich Fehler aus der Art und Weise der Ausstellung der Verordnung ergäben – dann „sonstiger Schaden“. Die Kompetenz zum Erlass des BMV-Ä erhielten die Beigeladene zu 8) und 9) direkt aus [§ 82 Abs. 1 SGB V](#). Im BMV-Ä seien sowohl Rechte als auch Pflichten der Vertragsärzte geregelt. Spräche man dem § 48 BMV-Ä seine Wirkung ab, seien auch die weiteren Regelungen des BMV-Ä – sowohl die zu Gunsten, als auch zu Lasten der Vertragsärzte – hinfällig. Durch das Satzungsrecht der Beigeladenen zu 1) würden diese Regelungen schließlich für alle Vertragsärzte verbindlich.

Wieso der Begriff „feststellen“ einen bestehenden Schadensersatzanspruch voraussetzen solle, erschließe sich nicht. Nach der Definition des Begriffs „feststellen“ im Duden bedeute dieser „in Erfahrung bringen, ermitteln“. Damit werde schon durch die Auslegung des Wortlauts deutlich, dass hier eine Prüfung durchzuführen sei. In § 48 Abs. 1 BMV-Ä würden somit eindeutige Tatbestandsmerkmale definiert, die von den Prüfungseinrichtungen zu prüfen und bei deren Vorliegen ein sonstiger Schaden festzustellen sei.

Es liege auch kein Verstoß gegen [§ 69 Abs. 1 SGB V](#) vor. Die Ermächtigungsgrundlage zum Erlass eines belastenden Verwaltungsaktes fuße in § 33 der PrüfV, die auf die Vorschriften des SGB X und damit auch [§§ 31 ff. SGB X](#) verweise. Es sei zudem systemimmanent, dass auf der Grundlage koordinationsrechtlicher Verträge Verwaltungsakte erlassen würden.

Schließlich sei auch [§ 106 Abs. 3 S. 3 SGB V](#) nicht beim sonstigen Schaden anwendbar.

Wolle man auf die Voraussetzungen eines Vertrags mit Schutzwirkung zugunsten Dritter abstellen, wären dessen Voraussetzungen erfüllt.

Das Einbeziehungsinteresse bzw. die Gläubigernähe der KV ergebe sich aus einem besonderen Interesse der KV an der Einbeziehung der Krankenkasse (hier der Dritte). Da eine Leistung des Schuldners (des Vertragsarztes) auch der Krankenkasse zu Gute komme, sei dieses Interesse gegeben.

Die Schutzbedürftigkeit der Krankenkasse ergebe sich schon daraus, dass diese keinen eigenen, mindestens gleichwertigen vertraglichen Anspruch gegenüber dem Vertragsarzt geltend machen könne. Eine Festsetzung eines Regresses sei ausschließlich den vertragsarztrechtlichen Gremien zugewiesen und die Krankenkasse daher auf deren Tätigwerden angewiesen.

Schließlich differenziere das BSG ausdrücklich nicht nach Pflichtverletzung und Schadenskausalität. Die Pflichtverletzung bestehe in der Verletzung vertragsärztlicher Pflichten. Dies stelle hier der Verstoß gegen § 35 Abs. 2 BMV-Ä und § 15 Abs. 1 BMV-Ä dar.

Das BSG wende den normativen Schadensbegriff auch im Bereich der Arzneimittelverordnungen an. Hier werde die Schadenskausalität definiert. Auf die zur Vergütung ärztlicher Leistungen entwickelten Grundsätze habe das BSG diese Rechtsprechung übertragen und ausgeführt, dass sich der geschädigte Kostenträger schadensmindernde Vorteile bei der Ermittlung des eingetretenen Vermögensschadens grundsätzlich nur entgegenhalten lassen müsse, wenn die Anrechnung dem Zweck des Schadenersatzes entspreche. Ob das der Fall sei, sei unter Berücksichtigung rechtlicher Wertungen außerhalb des Schadenersatzrechts zu bestimmen (BSG, Urteil vom 21. Juni 1995, [6 RKA 60/94](#)).

Bei einem sonstigen Schaden komme es nicht darauf an, ob als Folge der Verordnungen des Arztes der Krankenkasse des Versicherten ein wirtschaftlicher Schaden entstanden sei. Nach ständiger Rechtsprechung werde der durch eine unrechtmäßige ärztliche Verordnung eingetretene Schaden nicht dadurch in Frage gestellt, dass der Krankenkasse des Versicherten bei einer rechtmäßigen Verordnung dieselben oder gar höhere Kosten entstanden wären. Diese Rechtsprechung berücksichtige, dass es auf die Beachtung der für die vertragsarztrechtliche Versorgung geltenden Bestimmungen nicht ankäme, wenn die Kosten, die hypothetisch bei rechtmäßigem Verhalten angefallen wären, schadensmindernd berücksichtigt würden (BSG, Urteil vom 13. August 2014, [B 6 KA 38/13 R](#)).

Das Gericht hat mit Beschluss vom 11. März 2024 die Partner der Bundesmantelverträge zum Verfahren beigeladen.

Der Beigeladene zu 8) schließt sich der Auffassung des Beklagten an. Der Gesetzgeber habe in den 40 Jahren der Fortentwicklung der Rechtsprechung des BSG zum sonstigen Schaden offenbar keinen Anlass gesehen, diese Rechtsprechung zu korrigieren; dies, obwohl er insbesondere im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach [§ 106 SGB V](#) eine Vielzahl von Änderungen vorgenommen habe. Insofern könne angesichts der jahrzehntelangen Spruchpraxis des BSG jedenfalls auch von einer – konkludenten – Billigung der Grundsätze zum sonstigen Schaden durch den Gesetzgeber ausgegangen werden. Dem entspreche auch die Begründung des Regierungsentwurfs zum GKV-

GVG ([BT-Drs. 18/4095, S. 137](#)), wo es heiße: „Die Regelung zum „sonstigen Schaden“ nach § 48 Bundesmantelvertrag-Ärzte bleibt von der Neuregelung unberührt.“

Die nach der Rechtsprechung des BSG bestehenden Voraussetzungen für die Feststellung eines Anspruchs auf Ersatz eines sonstigen Schadens lägen offensichtlich vor. Wollte man die Grundsätze des Vertrages mit Schutzwirkung für Dritte heranziehen, so lägen auch diese Voraussetzungen vor.

Die Beigeladene zu 9) hält § 48 BMV-Ä für eine taugliche Rechtsgrundlage, folgt der klägerischen Argumentation jedoch insoweit, als in Ermangelung einer Kausalität und nach dem Gedanken der Differenzkostenmethode ein sonstiger Schaden verneint wird. Während bei einer unwirtschaftlichen Verordnung im engeren Sinn im Ergebnis eine zu große Menge verordnet werde, sei das unrichtige Ausstellen einer Bescheinigung durch die Verletzung einer formalen Pflicht gekennzeichnet, bei der nicht einmal im Sinne der Unwirtschaftlichkeit eine zu große Leistungsmenge verordnet werde. Insoweit erscheine es gerechtfertigt, die Differenzkostenmethode erst recht auf die Fälle der fehlerhaften Ausstellung einer Bescheinigung i.S.d. § 48 Abs. 1 BMV-Ä anzuwenden.

Die Pflichtverletzung als solche könne in diesen Fällen im Rahmen eines Disziplinarverfahrens geahndet werden, welches nach [§ 81 Abs. 5 SGB V](#) genau wie die Feststellung eines sonstigen Schadens nach § 48 Abs. 1 BMV-Ä eine schuldhaftige Pflichtverletzung voraussetze.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Verwaltungsakte des Beklagten sowie die Prozessakte verwiesen, die in der mündlichen Verhandlung vorgelegen haben und Gegenstand der Entscheidungsfindung waren.

#### Entscheidungsgründe

Die Kammer hat in der Besetzung mit einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Vertragsärzte und einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Krankenkassen verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit des Vertragsarztrechts handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#)).

Die zulässige Klage ist nicht begründet.

Der Beschluss des Beklagten vom 10. Februar 2023 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten.

Gegenstand des Verfahrens ist nur der Beschluss des Beklagten, nicht auch der der PS. In Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung beschränkt sich die gerichtliche Kontrolle auf die das Verwaltungsverfahren abschließende Entscheidung des Beschwerdeausschusses. Dieser wird mit seiner Anrufung für das weitere Prüfverfahren ausschließlich und endgültig zuständig. Sein Bescheid ersetzt den ursprünglichen Verwaltungsakt der Prüfungsstelle, der abweichend von [§ 95 SGG](#) im Fall der Klageerhebung nicht Gegenstand des Gerichtsverfahrens wird.

Die einschlägige Rechtsgrundlage ist § 48 BMV-Ä (in Verbindung mit § 15 PrüfV). Systematischer Standort der Norm ist der BMV-Ä, der nach [§ 82 Abs. 1 SGB V](#) zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen als allgemeiner Inhalt der Gesamtverträge vereinbart wird. Dieser allgemeine Inhalt ergibt sich aus [§ 72 Abs. 2 SGB V](#), wonach die vertragsärztliche Versorgung durch Verträge so zu gestalten ist, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden.

Die Rechtsgrundlage ist gesetz- und verfassungsmäßig und genügt insbesondere dem Vorbehalt des Gesetzes. Auf die Frage, ob der Gesetzgeber die Ausgestaltung der Rechtsprechung zum sonstigen Schaden durch das BSG durch fehlendes Tätigwerden gebilligt hat, kommt es insoweit nicht an.

Nach [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) gilt: „Die vertragsärztliche Versorgung ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden.“

Weiter heißt es in [§ 82 Abs. 1 SGB V](#): „Den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge vereinbaren die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen (KBV) mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Bundesmantelverträgen. Der Inhalt der Bundesmantelverträge ist Bestandteil der Gesamtverträge.“

Die Kompetenz zum Erlass des Bundesmantelvertrages (BMV-Ä) erhalten die Beigeladenen zu 8) und 9) somit direkt aus [§ 82 Abs. 1 SGB V](#), der eine Generalmächtigung zur Regelung des allgemeinen Inhalts der Gesamtverträge enthält. Unter Einhaltung des gesetzlichen Vorbehalts aus [§ 31 Abs. 1 SGB I](#) entspringt aus [§§ 72 Abs. 2, 82 Abs. 1 SGB V](#) die Befugnis, Rechte und Pflichten der Vertragsärzte zu begründen.

Selbstverwaltung bedeutet, dass öffentliche Aufgaben durch organisatorisch unabhängige öffentlich-rechtliche Körperschaften wahrgenommen werden, weil die öffentliche Aufgabe eine bestimmte Gruppe von Normbetroffenen im Auge hat, die sich selbst verwalten kann, also auch durch eine größere Sachnähe eine bessere Aufgabenerfüllung gewährleistet. Damit wird deutlich, dass der Selbstverwaltungskörperschaft zwar, soll sie nicht wie die staatliche Exekutive in erster Linie nur verwalten, also vorgegebene Normen umsetzen, sondern aufgrund der angeführten Besonderheiten auch normsetzend tätig werden, tendenziell eine breite Normsetzungsbefugnis zukommt, dass diese Befugnis aber von gesetzlichen, die Struktur des Systems bestimmenden Vorgaben abhängig ist, unbeschadet dessen, dass jede Selbstverwaltungsregelung sich (ohnehin) „im Rahmen der Gesetze“ halten muss (BSG, Urteil vom 1. Oktober 1990, [6 RKa 30/89](#)). Diese Systemstruktur wird durch § 72 Abs. 2 vorgegeben, in dem die Maßstäbe einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten definiert werden. An diesen Strukturmerkmalen müssen sich die Regelungen des BMV-Ä messen lassen. Innerhalb dieses Rechtszwecks der Gewährleistung einer wirtschaftlichen Versorgung liegt auch eine Schadensfeststellungskompetenz (BSG, Urteil vom 22. Juni 1983, [6 RKa 3/81](#); Urteil vom 18. April 1984, [6 RKa 38/82](#); Urteil vom 20. Juli 1988, [6 RKa 36/87](#); BSG, Urteil vom 16. Oktober 1991, [6 RKa 32/90](#)), so dass sich zur Überzeugung der Kammer aus der

Generalmächtigung auch die Kompetenz zum Erlass eines Haftungsregimes bei Verletzung des Regelwerks ergibt. Auch wenn die Rechtsprechung (BSG, Urteil vom 5. Mai 2010, [B 6 KA 5/09](#)) die Feststellung eines sonstigen Schadens nicht formal der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach [§ 106 SGB V](#) zuordnet, handelt es sich bei einem Schaden, der im Zusammenhang mit der Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit entstanden ist, um eine Frage der wirtschaftlichen Versorgung nach [§ 72 Abs. 2 SGB V](#). Die Rechtsprechung (BSG, Urteil vom 29. Juni 2011, [B 6 KA 16/19](#)) erkennt in einem sonstigen Schaden solche Schäden, die sich nicht aus der inhaltlichen Ausrichtung der Verordnung, sondern aus der Art und Weise der Verordnung ergeben.

Aus bundesmantelvertraglichen Regelungen, die auf der Grundlage von [§§ 82 Abs. 1, 72 Abs. 2 SGB V](#) vereinbart wurden, können sich grundrechtsrelevante Eingriffe ergeben, soweit diese ihrerseits verfassungsrechtlich gerechtfertigt sind. Die Rechtsgrundlage in den [§§ 82 Abs. 1, 72 Abs. 2 SGB V](#) ist nach der Rechtsprechung des BSGs (Urteil vom 15. März 2017, [B 6 KA 18/16](#)) hinsichtlich des Zwecks der Regelung hinreichend bestimmt und trifft zudem selbst in hinreichendem Ausmaß die Frage der Grundrechtsrelevanz. Einer Rechtsgrundlage, die den Anforderungen des [Art. 80 Abs. 1 S. 2 GG](#) entspricht, bedarf es nicht; die Partner des Bundesmantelvertrags besitzen die hinreichende Legitimation zum Erlass solcher Regelungen.

Die Kammer ist nicht von der Auffassung des Klägers überzeugt, dass die Ermächtigungsgrundlage des § 48 Abs. 1 BMV-Ä einen anderweitigen, aus dem bürgerlichen Recht abgeleiteten Schadensersatzanspruch voraussetzt, der dann aufgrund § 48 Abs. 1 BMV-Ä sozusagen in einem zweiten Schritt erst festgestellt werden könnte. Vielmehr folgt die Kammer der Auslegung des Beklagten. Nach der Definition des Begriffs „feststellen“ im Duden bedeutet dieser „in Erfahrung bringen, ermitteln“. Von den Prüfungseinrichtungen ist zu ermitteln, d.h. zu prüfen, ob die Tatbestandsvoraussetzungen der Ermächtigungsgrundlage vorliegen. Dies wird auch durch die Rechtsprechung des BSG verdeutlicht, die darlegt, dass der Anspruch auf Ersatz eines sonstigen Schadens einem bürgerlich-rechtlichen Schadensersatzanspruch nachempfunden ist, weil er – im Gegensatz zu den Wirtschaftlichkeitsprüfungen – verschuldensabhängig ist (vgl. BSG, Urteil vom 29. Juni 2011, [B 6 KA 16/10 R](#); Urteil vom 6. Mai 2009, [B 6 KA 3/08 R](#)).

Entgegen der Auffassung des Klägers steht die Streichung von [§ 106 Abs. 2 S. 4](#) a.F. SGB V einer Rechtsgrundlage für die Feststellung eines sonstigen Schadens nicht entgegen. Zwar wurden die Regelungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) mit Wirkung zum 1. Januar 2017 neu strukturiert und auch inhaltlich grundlegend verändert. In diesem Zusammenhang ist auch die Regelung des [§ 106 Abs. 2 Satz 4 SGB V](#) in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung entfallen. Dies sollte aber keinen Einfluss auf die Feststellung sonstiger Schäden haben. Vielmehr heißt es in der Begründung des Regierungsentwurfs zum GKV-GVG ([BT-Drs. 18/4095, S. 137](#)) ausdrücklich: „Die Regelung zum „sonstigen Schaden“ nach § 48 Bundesmantelvertrag-Ärzte bleibt von der Neuregelung unberührt.“

Auch liegt kein Verstoß gegen [§ 69 Abs. 1 SGB V](#) vor. Von [§ 69 Abs. 1 SGB V](#) sind die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern und deren jeweiligen Verbänden betroffen. Für diese gelten die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches entsprechend, soweit sie mit den Vorgaben des [§ 70 SGB V](#) und den übrigen Aufgaben und Pflichten der Beteiligten nach diesem Kapitel vereinbar sind.

Das Leistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland ist gerade durch ein vertragsrechtliches Viereck gekennzeichnet, in dem im Verhältnis Krankenkasse – Versicherter – Leistungserbringer – Kassenärztliche Vereinigung – Krankenkasse Rechtsbeziehungen bestehen, jedoch gerade nicht zwischen der Krankenkasse und dem Leistungserbringer. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung in den [§§ 106 ff. SGB V](#) und [§ 48 BMV-Ä](#) ermöglicht erst eine Überwachung der vertragsärztlichen Versorgung und damit eine Möglichkeit das Wirtschaftlichkeitsgebot durch Bildung einer gemeinsamen Prüfungsstelle und eines gemeinsamen Beschwerdeausschusses auf Landesebene zu prüfen und dessen Einhaltung durchzusetzen.

Weiterhin ist anzumerken, dass im vorliegenden Verfahren nicht die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkasse und Leistungserbringern streitig sind. Wie an den [§§ 69](#) bis [71 SGB V](#) erkennbar ist, gibt es hierfür kaum allgemeine Grundsätze. Diese zielen ausschließlich darauf ab, eine angemessene Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Aufgrund der fehlenden Regelungsinhalte kann nicht von „abschließenden Rechten und Pflichten“ gesprochen werden und es kommt auch nicht auf eine Einbeziehung zivilrechtlicher Grundlagen in diesem Verhältnis an.

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung ist den Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen durch [§ 106 Abs. 1 SGB V](#) übertragen (beim sonstigen Schaden nach § 48 Abs. 1 BMV-Ä). Die eigenverantwortlichen Prüfungsstellen/ Beschwerdeausschüsse nehmen die Prüfung der Mitglieder und damit einem Teil der Leistungserbringer vor (bspw. werden auch Apotheken in [§ 69 Abs. 1 SGB V](#) genannt, diese sind hier irrelevant). Die Krankenkassen sind in den Verfahren lediglich Beteiligte, allerdings setzen sie selbst keine Maßnahmen fest. Daher ist [§ 69 SGB V](#) nicht einschlägig.

Die Prüfungseinrichtungen nach [§ 106c SGB V](#) sind auch für die Feststellung eines sonstigen Schadens nach § 48 Abs. 1 BMV-Ä zuständig. Diese Kompetenz wird ihnen durch § 48 Abs. 1 BMV-Ä übertragen.

Die Prüfungseinrichtungen waren auch befugt, gegenüber dem Kläger durch Verwaltungsakt zu handeln.

Entgegen der Auffassung des Klägers besteht für die Prüfungseinrichtungen auch eine Ermächtigungsgrundlage zum Erlass eines belasten Verwaltungsaktes. Für die Tätigkeit der Prüfungsstelle und des Beklagten gelten nach § 33 der Prüfvereinbarung die Vorschriften des SGB X und damit auch die [§§ 31 ff. SGB X](#) zum Erlass eines Verwaltungsaktes.

Das BSG (Urteil vom 07.09.2006 – [B 4 RA 43/05 R](#), [BSGE 97, 94-112](#), [SozR 4-2600 § 118 Nr. 4](#), [SozR 4-1300 § 40 Nr. 1](#), [SozR 4-1300 § 44 Nr. 10](#), [SozR 4-1300 § 50 Nr. 1](#)) hat zur Ermächtigungsgrundlage beim Erlass eines Verwaltungsakts folgendes festgestellt: „Unabhängig von seiner genauen Verankerung im Grundgesetz ([Art. 20 Abs. 2 Satz 1](#) und 2 i.V.m. Abs. 3 GG) als sogenannter rechtsstaatlicher Gesetzesvorbehalt oder hier als Vorbehalt eines zur verfassungsmäßigen Ordnung gehörenden Rechtssatzes aus [Art. 2 Abs. 1 GG](#), dessen Schutzbereich durch die Feststellung einer Pflicht und durch ein Gebot beeinträchtigt ist, verbietet die Verfassung den Verwaltungsträgern, ohne vorherige gesetzliche oder auf einer hinreichenden gesetzlichen Ermächtigung beruhenden gültigen und anwendbaren Befugnisnorm dem Bürger einseitig Pflichten aufzuerlegen oder solche (zwecks verbindlicher Konkretisierung einer ihrer Ansicht nach bestehenden materiellen Pflichtenlage einseitig) festzustellen oder ihm Handlungsgebote zu erteilen. Deshalb darf, wenn ein Gesetz einem Verwaltungsträger Aufgaben überträgt, allein daraus noch nicht darauf geschlossen werden, dass es ihn auch ermächtigt, zum

Aufgabenvollzug Pflichten des Bürgers von hoher Hand zu begründen oder nach seiner Ansicht objektiv-rechtlich bestehende Pflichten einseitig verbindlich festzustellen. Vielmehr muss hierfür eine gültige gesetzliche Ermächtigung vorliegen, deren wesentlicher Inhalt auch nach Zweck und Ausmaß vom Parlament selbst festgelegt worden sein muss, bevor die Verwaltung sich ohne Einschaltung der Gerichte einen für sie selbst gegen den Bürger vollstreckbaren Titel verschafft. Unter dem GG ist die Regelungsform (Handlungsform) des Verwaltungsakts (§ 31 SGB X), die nichts mit "Formvorschriften" (vgl. § 33 Abs. 2 bis 5 SGB X) zu tun hat, kein "Hausgut der Verwaltung".

Aus § 106 Abs. 3 Satz 1, 2 SGB V ergibt sich: „Die Prüfungsstelle nach § 106c bereitet die für die Prüfungen nach Absatz 2 erforderlichen Daten und sonstigen Unterlagen auf, trifft Feststellungen zu den für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit wesentlichen Sachverhalten und entscheidet unter Beachtung der Vereinbarungen nach den §§ 106a und 106b, ob der Vertragsarzt, der ermächtigte Arzt oder die ermächtigte Einrichtung gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat und welche Maßnahmen zu treffen sind. Eine Maßnahme kann insbesondere auch die Festsetzung einer Nachforderung oder einer Kürzung sein.“

Dem Gesetz ist zu entnehmen, dass die Prüfungsstelle durch Verwaltungsakte, mithin einseitige Maßnahmen, die den Qualifikationsmerkmalen des § 31 SGB X genügen, Ansprüche geltend machen und einseitig verbindlich feststellen darf. Damit existiert vorliegend eine Ermächtigungsgrundlage, die die Prüfungsstelle befugt, Nachforderungen oder Kürzungen als Maßnahme festzusetzen. In § 48 Abs. 1 BMV-Ä wird ausdrücklich auf § 106c SGB V Bezug genommen.

Die Idee des BSG basiere auf einer schuldhaften Vertragspflichtverletzung. Im öffentlichen Recht sei es aber ausgeschlossen, Vertragspositionen einseitig durch Verwaltungsakt durchzusetzen. Der BMV-Ä sei ein kooperationsrechtlicher öffentlich-rechtlicher Vertrag. Der Durchgriff von Krankenkasse gegen Leistungserbringer sei atypisch und es sei evident ausgeschlossen, dass dieser mittels einseitigem Zwang in Form des Verwaltungsakts geschehe.

Wie der Kläger erläutert, wird durch den BMV-Ä das vertragsrechtliche Viereck ausgestaltet. Dabei sind die Vertragspartner die Kassenärztliche Bundesvereinigung, sowie der GKV-Spitzenverband als Körperschaften des öffentlichen Rechts. Einschlägig ist hierfür § 53 SGB X.

Es handelt sich zunächst nicht um einen kooperationsrechtlichen Vertrag. Verträge zwischen formal Gleichgeordneten (sog. koordinationsrechtliche Verträge) gibt es im Sozialrecht ausgehend vom früheren Kassenarzt-, dem heutigen Vertragsarztrecht seit Jahrzehnten. Mittlerweile ist die Vereinbarung von Verträgen zwischen den zuständigen Leistungsträgern und den verschiedenen Leistungserbringern im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, Pflegeversicherung usw. Standard. Hierzu gehören Verträge zwischen (Organisationen der) Leistungsträger und Organisationen der Leistungserbringer, im SGB V speziell die Gesamtverträge, deren Bestandteil auch der BMV-Ä ist (§ 82 Abs. 1 SGB V).

Von der Regelungsstruktur her wird ähnlich wie im Zivilrecht (vgl. Ellenberger in Grüneberg, BGB, Überbl. vor § 104 Rz 15 f.; Grüneberg, BGB vor § 311 Rz 6) zwischen Verpflichtungs- und Verfügungsverträgen unterschieden (Ziekow, VwVfG, § 54 Rz 37 f.). Im Verpflichtungsvertrag übernimmt zumindest der eine Teile die Pflicht zu einer weiteren Handlung, also z. B. die Behörde die Verpflichtung einen Verwaltungsakt mit einem bestimmten Inhalt zu erlassen oder eine bestimmte Leistung zu erbringen. (...) Der entscheidende Unterschied liegt in der Beurteilung des den Verpflichtungsvertrag umsetzenden Verwaltungsaktes: Dessen Rechtmäßigkeit oder Rechtswidrigkeit ist eigenständig anhand der §§ 44 ff. SGB X zu prüfen, wobei jedoch der zugrundeliegende Vertrag zu berücksichtigen ist (Prof. Dr. Peter Becker in: Hauck/Noftz SGB X, 3. Ergänzungslieferung 2023, § 53 SGB 10).

Damit ist auch auf der Grundlage koordinationsrechtlicher Verträge der Erlass von belastenden Verwaltungsakten vorgesehen.

Die Tatbestandsvoraussetzungen der Ermächtigungsgrundlage sind zur Überzeugung der Kammer erfüllt.

§ 48 BMV-Ä setzt drei Tatbestandsmerkmale voraus: die Verletzung vertragsärztlicher Pflichten, einen daraus resultierenden Schaden und ein schuldhaftes Verhalten des Arztes. Diese Voraussetzungen sind bereits dann erfüllt, wenn ein Arzt Verordnungen herausgibt, die nicht eigenhändig von ihm unterzeichnet sind (so auch BSG, Urteil vom 20. März 2013, B 6 KA 17/12 R).

Das Erfordernis einer eigenhändigen Unterschrift ist vorliegend unstreitig und ergibt sich aus § 35 Abs. 2 Satz 2 BMV-Ä sowie § 11 der Arzneimittel-Richtlinie des G-BA.

Die Pflichtverletzung ist auch schuldhaft, d.h. mindestens fahrlässig erfolgt. Nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 29. Juni 2011, B 6 KA 16/10 R), der sich die Kammer anschließt, reicht zur Feststellung eines verschuldensabhängigen Verhaltens als Voraussetzung für einen sonstigen Schaden auch Fahrlässigkeit.

Die Regelungen des BMV-Ä, der AM-RL und der AMVV muss jeder Vertragsarzt kennen (BSG, Urteil vom 20. März 2013 - B 6 KA 17/12 R). Da der Kläger hier die rechtlichen Vorgaben zur ordnungsgemäßen Ausstellung von Verordnungen nicht beachtet hat, liegt zumindest ein fahrlässiges Verhalten vor.

Selbst wenn man - wie der Kläger - hinsichtlich der Anspruchsvoraussetzungen auf einen Vertrag mit Schutzwirkung für Dritte abstellen wollte, so lägen auch dessen Voraussetzungen vor. Der Beigeladene zu 8) hat zutreffend darauf hingewiesen, dass ein Einbeziehungsinteresse voraussetzt, dass der Vertragsgläubiger an der sorgfältigen Ausführung der Leistung nicht nur ein eigenes, sondern auch ein berechtigtes Interesse zugunsten des Dritten hat (MüKoBGB/Gottwald, BGB, § 328 Rn. 186). Ein solches Einbeziehungsinteresse ergibt sich unmittelbar aus § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V. Denn danach haben die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht.

Schließlich sind die Krankenkassen auch schutzbedürftig. Ein Schutzbedürfnis entfällt, wenn das Interesse des Dritten bereits durch eigene direkte (vertragliche oder gesetzliche) Ansprüche voll abgedeckt ist (MüKoBGB/Gottwald, BGB, § 328 Rn. 186). Direkte Ansprüche stehen einer Krankenkasse aber - wie der Kläger selbst vorträgt - grundsätzlich nicht zu, weil aufgrund des Systems der getrennten Rechtskreise, eine unmittelbare Rechtsbeziehung nur zwischen der Krankenkasse und der Kassenärztlichen Vereinigung besteht.

Diesem Ansatz folgt schließlich auch die Ausgestaltung des sonstigen Schadens in § 48 BMV-Ä. Denn die dort geregelte Zuständigkeit der



Prüfungsstelle sorgt dafür, dass die Krankenkassen einen sonstigen Schaden nicht unmittelbar und direkt gegenüber einem Vertragsarzt geltend machen können, sondern die – paritätisch besetzten – Prüfungseinrichtungen nach [§ 106c SGB V](#) zuständig sind (vgl. dazu auch ausführlich BSG, Urteil vom 20. März 2013, [B 6 KA 17/12 R](#)).

Es ist auch ein normativer Schaden entstanden. Beim normativen Schaden wird aufgrund wertender Betrachtungsweise ein Vermögensschaden angenommen, obwohl sich zunächst beim Vergleich der Vermögenslage bei pflichtwidrigem Verhalten kein rechnerischer Nachteil zur Vermögenslage bei pflichtgemäßem Verhalten ergibt. Der Schaden ergibt sich dogmatisch betrachtet in derartigen Fällen daraus, dass ein ansonsten möglicher Vorteilsausgleich oder die Verrechnung mit ersparten Aufwendungen aufgrund von Erwägungen außerhalb des Schadensrechts ausgeschlossen wird. Die zum Begriff des normativen Schadens entwickelten Grundsätze gelten, wenn zwingende Gründe die Einhaltung von formalen oder inhaltlichen Voraussetzungen erfordern, weil die Funktionalität des Systems der Leistungserbringung in Frage gestellt würde; dagegen sind sie bei Vorschriften, die eine reine Ordnungsfunktion haben, nicht anwendbar (BSG, Urteil vom 28. Februar 2007, [B 3 KR 15/06 R](#)). Das vertragsarztrechtliche Prinzip, dass kein Raum für die Berücksichtigung hypothetischer alternativer Geschehensabläufe ist, ist gleichermaßen für Verfahren gemäß [§ 106 SGB V](#) wie für solche gemäß § 48 BMV-Ä und für alle Arten von Verstößen gegen Gebote und Verbote, ohne Unterscheidung danach, ob ein sog. Status betroffen ist oder nicht anwendbar (BSG, Urteil vom 20. März 2013, [B 6 KA 17/12 R](#)).

Hier waren die Vorschriften zur Unterzeichnung von Verordnungen einzuhalten. Dabei handelt sich gerade nicht um reine Ordnungsvorschriften, sondern um wesentliche Pflichten eines Vertragsarztes, der mit seiner Unterschrift die Gewähr für die Richtigkeit der Verordnung übernimmt.

Dem kann nicht ein hypothetischer alternativer Geschehensablauf entgegengehalten werden, etwa mit dem Vorbringen, die Verordnung sei inhaltlich sachgerecht gewesen und bei sachgerechter Ausstellung der Verordnung wären der Beigeladenen zu 2) dieselben Kosten entstanden und deshalb sei ihr durch den Fehler bei der Ausstellung der Verordnung kein Schaden entstanden. Im Vertragsarztrecht ist kein Raum, einen Verstoß gegen Gebote und Verbote, die nicht bloße Ordnungsvorschriften betreffen, durch Berücksichtigung eines hypothetischen alternativen Geschehensablaufs als unbeachtlich anzusehen; denn damit würde das vertragsarztrechtliche Ordnungssystem relativiert (BSG, Urteil vom 20. März 2013, [B 6 KA 17/12 R](#)). Mit dieser Rechtsprechung ist der Ansatz der Beigeladenen zu 9), die Kosten für die Abgabe der verordneten Arzneimittel bzw. des Sprechstundenbedarfs wären auch entstanden, wenn die Verordnungen handschriftlich unterzeichnet worden wären, nicht zu vereinbaren.

#### Differenzschaden

Die Argumentation des Klägers, die Neuregelung des [§ 106 Abs. 3 S. 3 SGB V](#) müsse auch dem sonstigen Schaden zu Gute kommen, überzeugt nicht.

Die Regelung des [§ 106 Abs. 3 S. 3 SGB V](#) betrifft zunächst Wirtschaftlichkeitsprüfungen, die von Amts wegen durchzuführen sind. Dies ist vorliegend nicht der Fall, es wurde ein Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung auf Grund eines Antrages durchgeführt. Hier wäre [§ 106 Abs. 3 S. 4 SGB V](#) einschlägig.

#### Differenzkostenmethode?

(-)

Bekl.

Die Differenzkostenberechnung zielt darauf ab, Nachforderungen auf die Differenz der Kosten zwischen der wirtschaftlichen und der tatsächlich ärztlich verordneten Leistung zu begrenzen. Beim sonstigen Schaden gibt es zum einen keine „wirtschaftliche“ alternative Leistung, mit der ein Vergleich der Kosten möglich sein könnte. Wie bereits erläutert, ist eine unzulässige Verordnung nicht mit einer zulässigen vergleichbar. Somit kann auch eine unter Verletzung der persönlichen Unterschriftspflicht ausgestellte Verordnung nicht mit einer ordnungsgemäß unterzeichneten Verordnung verglichen werden. Zum anderen handelt es sich nicht um eine Nachforderung, sondern einen Schadensersatzanspruch. Der normative Schadensbegriff wurde, wie bereits oben erläutert, in der Rechtsprechung des BSG gefestigt. Die Berücksichtigung eines hypothetischen Alternativgeschehens – nämlich der ordnungsgemäßen Ausstellung und Unterzeichnung der Verordnungen – führt zur Umgehung der rechtlichen Vorgaben im Vertragsarztrecht. Würde man dies hier zulassen, könnten Vertragsärzte Verordnungen ohne Beachtung der gesetzlichen Vorschriften ausstellen und sich darauf berufen, dass auch bei ordnungsgemäßer Ausstellung die Kosten bei der Krankenkasse angefallen wären.

Die Entscheidung des BSG zur Differenzkostenberechnung ([B 6 KA 10/23](#)) spielt hier ebenfalls eine Rolle, da es – entgegen der Ausführungen der KBV – nicht auf eine Vergleichsbetrachtung gegenüber einer unwirtschaftlichen Leistung im engeren Sinn ankommt. weisen wir darauf hin, dass das BSG in dem Verfahren [B 6 KA 10/23 R](#) ausweislich des beigefügten Terminberichts am 5. Juni 2024 entschieden hat, dass [§ 106b Abs. 2a Satz 1 SGB V](#) allein auf unwirtschaftliche Verordnungen im engeren Sinne zu beziehen ist und daher auf unzulässige Verordnungen keine Anwendung findet.

Zur Begründung heißt es, dass weder Normwortlaut noch Gesetzesmaterialien den Rückschluss erlauben würden, dass der Gesetzgeber mit der Differenzkostenregelung eine grundlegende Strukturveränderung beabsichtigt habe.

Bei der Verordnung ohne persönliche Unterschrift kommt der normative Schadensbegriff zum Tragen, aus dem das LSG Berlin-Brandenburg als Vorinstanz in seinem Urteil vom 26.04.2023 ([L 7 KA 19/22 KL](#)) hergeleitet hat, dass unzulässige Verordnungen nicht von der Differenzkostenmethode erfasst würden. Eine unzulässige Verordnung sei nicht mit einer zulässigen Verordnung austauschbar und vergleichbar. Das Ziel eines Ordnungsregresses des [§ 106b SGB V](#) sei auch die Steuerung des ärztlichen Verhaltens, eine Anrechnung der bei rechtmäßigem Verhalten angefallenen Kosten habe zur Folge, dass es auf die Beachtung der für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Bestimmungen nicht ankäme. Nach der jahrzehntelangen Rechtsprechung des BSG sei eine Vorteilsausgleichung im System der Wirtschaftlichkeitsprüfung ausgeschlossen, um jeden Anreiz unwirtschaftlicher Ordnungsweise zu vermeiden.

Die sogenannte Differenzkostenberechnung wurde in [§ 106b Abs. 2a S. 1 SGB V](#) durch das TSVG zum 11.05.2019 eingeführt. Damit kann sie nur für Verordnungen gelten, die nach diesem Tag erfolgten. Da ein Großteil der Verordnungen bereits in den Quartalen 1/2015 bis 1/2019 ausgestellt wurden, wäre eine Anwendbarkeit der Differenzkostenberechnung bereits aus dieser Erwägung heraus nicht möglich.

#### Beigel 8

Auch die durch das TSVG m.W.v. 11. Mai 2019 eingeführte Vorschrift des [§ 106b Abs. 2a Satz 1 SGB V](#) rechtfertigt keine andere

Betrachtungsweise.

Mit dieser auf Empfehlung des Gesundheitsausschusses geschaffenen Regelung wird die Höhe von Nachforderungen wegen unwirtschaftlicher Ordnungsweise im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung auf eine Differenzberechnung beschränkt. Wie die Beigeladene zu 9) grundsätzlich zutreffend anführt, gilt diese Vorschrift unstreitig (nur) für unwirtschaftliche Ordnungen. Ob die Vorschrift im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung auch für unzulässige Ordnungen gilt, ist umstritten und Gegenstand eines Revisionsverfahrens vor dem BSG (Az. [B 6 KA 10/23 R](#)), das für den 5. Juni 2024 terminiert ist.

Weder dem Gesetzeswortlaut noch den Gesetzesmaterialien zu [§ 106b Abs. 2a SGB V \(BT-Drs. 19/8351, S. 196 f.\)](#) ist aber auch nur im Ansatz zu entnehmen, dass diese Regelung für die Feststellung sonstiger Schäden i.S.v. § 48 Abs. 1 BMV-Ä gilt oder gelten sollte. Denn bei der Feststellung eines sonstigen Schadens handelt es sich gerade nicht um ein (verschuldensunabhängiges) Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung, sondern um einen verschuldensabhängigen Schadensersatzanspruch.

Hätte der Gesetzgeber die Anwendung Differenzberechnung auch auf den Bereich des sonstigen Schadens erstrecken wollen, hätte es vor dem Hintergrund der oben dargestellten ständigen Rechtsprechung des BSGs einer ausdrücklichen Regelung bedurft.

Zudem könnte eine Geltung - die nach der ständigen Rechtsprechung des BSG bereits negiert wird - nur für Ordnungszeiträume ab Inkrafttreten des TSVG am 11.05.2019 gelten.

Die vierjährige Ausschlussfrist des [§ 106 Abs. 3 S. 4 SGB V](#) aus dem Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist auf den sonstigen Schaden nicht übertragbar, da es sich bei einem sonstigen Schaden gerade nicht um eine originäre Wirtschaftlichkeitsprüfung auf Grundlage des [§ 106 SGB V](#) handelt.

Es gilt eine vierjährige Verjährungsfrist (vgl. BSG, Urteil vom 20. März 2013, [B 6 KA 17/12 R](#)), die grundsätzlich nur auf eine Einrede hin zu beachten ist ([BSGE 79, 97, 104](#)).

Der Beschluss des Beklagten verstößt entgegen der Auffassung des Klägers auch nicht gegen Treu und Glauben.

Entgegen der Fallkonstellation des SG Mainz im Urteil vom 7. Dezember 2022 (Az.: [S 3 KA 14/19](#)) ist im vorliegenden Fall gerade nicht offenkundig, dass die Verordnung auch von einem Arzt ausgefertigt worden ist. Die Verwendung eines Stempels ermöglicht vielmehr eine Nutzung durch Dritte.

Die Kammer betont, dass die Arztunterschrift auf einem Rezept kein bloßer formaler Vorgang ist, sondern Leben und körperliche Unversehrtheit der Patienten schützen soll. Nicht zuletzt deswegen sieht auch die AMVV zwingend die eigenhändige Unterschrift bzw. die qualifizierte elektronische Signatur der verschreibenden Person vor. So wird der Tatsache Rechnung getragen, dass eine ärztliche Verordnung ohne ausreichende Unterschrift als solche nicht genügend zu erkennen gibt, dass der ausstellende Arzt der Verordnung letztendlich die entscheidende Gültigkeit verleihen will (so bereits SG Marburg, Urteil vom 29. September 2022, [S 17 KA 282/19](#), nicht rechtskräftig).

Der Kläger hat der Kammer auch keine plausible Erklärung für die Anfertigung der Stempel dargelegt. Zur Überzeugung der Kammer besteht - unter der Voraussetzung der eigenhändigen Ausfertigung der Ordnungen - auch kein erkennbarer Grund für einen solchen Stempel, denn er ermöglicht im Gegensatz zum kurzen Abzeichnen mit Kugelschreiber weder einen Zeit- noch Effizienzgewinn. Vor diesem Hintergrund schätzt die Kammer den vorliegenden Verstoß gegen die Verpflichtung zur persönlichen Unterschrift als durchaus gewichtig ein. Dem Verstoß kommt keinesfalls nur marginales Gewicht zu, wie der Kläger meint.

Aus diesen Gründen konnte die Klage keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 VwGO](#) und folgt der Entscheidung in der Hauptsache.

Rechtskraft

Aus

Saved

2024-11-01