

Rechtsprechungsinformationsdienst 03-01

Editorische Hinweise:	5
Redaktion	5
A. Vertragsarztrecht	6
I. Honorarverteilung	6
1. Psychotherapeuten - Abschlag für Ausbildungsinstitut	6
2. Fallzahlzuwachsbegrenzung	8
a) Praxen mit unterdurchschnittlicher Fallzahl	8
b) Korrelation Gesamtvergütung und Fachgruppe	9
3. "Arztlohn" und radiologische Praxen (Hessen 1997/98)	10
4. Aufteilung in haus-/fachärztliche Vergütung	10
a) KV Hamburg - Quartale I u. II/00	10
b) KV Sachsen - Quartale I/00 u. I/01	11
5. Individualbudget	12
a) Änderung der Praxisstruktur	12
b) Zahnärzte - Schwerpunkt Kinderzahnheilkunde	12
6. Zulässige Kumulation bei Degressionskürzung	13
a) Degressionskürzung und Wirtschaftlichkeitsprüfung	13
b) Degressionskürzung 1999 und HVM-Einbehalt	15
7. Regelleistungsvolumen für Zahnärzte und Kieferorthopäden	16
8. Rückwirkende Inkraftsetzung eines HVM	16
II. Praxis- und Zusatzbudgets	17
1. Unterschiedliche Budgetvorgabe (Hausärztliche Internisten/Allgemeinärzte)	17
2. Erweiterung von Zusatzbudgets	18
a) Berücksichtigung von Rentnerfällen	18
b) Untergruppeneinteilung	19
aa) Steigerungsmöglichkeit für kleine Praxen	19
bb) Praxisschwerpunkt	20
cc) Nicht repräsentative Vergleichs quartale	20
III. Sachlich-rechnerische Berichtigung	21
1. Honorarrückforderung wegen unzulässiger Gemeinschaftspraxis	21
2. Orthopädie Nr. 462 EBM	21
3. Zahnärzte	22
a) Antragsfrist der Krankenkasse ohne drittschützenden Charakter	22
b) Nr. 56c (Zy 3) - Mindestgröße einer Zyste	22
c) Beratung und Individualprophylaxe	23
d) MKG-Chirurg: Ä 175, Ä 195, Ä 634, Ä 642	23
IV. Fachkunde - Theorienachweis Psychologischer Psychotherapeut	24
V. Wirtschaftlichkeitsprüfung	25
1. Wirtschaftlichkeitsprüfung und EBM-Budgetierung	25
2. Vergleichsgruppe/Einzelleistungsvergleich und Mindestabrechnungshäufigkeit	26
a) Allgemeinarzt und sprechende Medizin	26
b) Orthopäde - Zusatzbezeichnung Chirotherapie	27
c) Schwerpunkt- und Überweisungspraxis (Hämatologe)	28
3. Sprechstundenbedarf (Zahnärzte) - Verordnung für kooperierende Fremdpraxen	28
4. Widerspruchsverzicht zu Protokoll/Nr. 40 Bema-Z (Infiltrationsanästhesie)	29

VI. Rückforderung eines Kassenanteils für Zahnersatz	29
1. Eingliederung nach sechs Monaten	29
2. Mängelrüge, Gutachter und Nachbehandlung bei Zahnersatz	30
VII. Obergutachten bei bereits begonnener PAR-Behandlung	30
VIII. Heranziehung zum Notfalldienst in fremden Bezirk	31
IX. Zulassungsrecht	31
1. Psychotherapeuten	31
a) Bedarfsabhängige Zulassung - Regionstypen nach BedarfsplRL-Ä	31
b) Bedarfsunabhängige Zulassung	32
aa) Fehlende Approbationsvoraussetzungen	32
bb) Zeitfenster	33
c) Tätigkeit über die Altersgrenze von 68 Jahren hinaus	33
2. Überörtliche Gemeinschaftspraxis	35
a) Ärzte für Laboratoriumsmedizin	35
b) Zusammenschluss zweier Einzelpraxen (Radiologen)	36
3. Sonderbedarfszulassung für diabetologische Gemeinschaftspraxis	37
4. Ruhen der Zulassung	37
5. Ermächtigung - Transplantationsvorsorge	39
6. Widerspruchsverfahren	39
a) Zulassungsentziehung - Widerspruch ohne Einwilligung des Betreuers	39
b) Begründungsfrist	40
X. Gesamtvergütung	40
1. Gesamtvergütung Ost 1996 u. 1997 - RSA, Chipkarteneffekt u.a.m.	40
2. Wegfall der Geschäftsgrundlage (§ 59 SGB X)	41
XI. Erhöhungsgebühr bei Gemeinschaftspraxis (§ 6 BRAGO)	42
XII. Entscheidungen des BSG	42
1. Berichtigung - Zuschlag für Anästhesisten bei Weiterbildung (Nr 90 EBM)	42
2. Zulassungsrecht	42
a) Psychotherapeut - Zeitfenster und Vertrauensschutz	42
b) Zulassungshindernis - Beschäftigungsverhältnis über 13 Stunden	43
3. Bewertungsausschuss als Beteiligter/Bariumhaltige Kontrastmittel	43
4. Gerichtsverfahrensrecht - Bedeutung der mündlichen Verhandlung	43
B. Krankenversicherungsrecht	44
I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung	44
1. Implantation von Intraokularlinsen	44
2. Laserinduzierte Thermotherapie (LITT)	44
3. Brustvergrößerung	44
4. Akupunkturbehandlung	45
5. Implantatversorgung und Suprakonstruktion	45
a) Folgebehandlung einer bezuschußten Implantatversorgung (1998)	45
b) Implantatversorgung (2000) und besonders schwerer Fall	46
II. Auskunftsanspruch eines Versicherten gegenüber Vertragsarzt	47
III. Vertragszahnarzt und Genehmigung für Heil- und Kostenplan	48
IV. Behandlung durch Nichtvertragsbehandler	49
1. Privatarzt	49

a) Zulässige Einschränkung der freien Arztwahl bei freiwillig Versicherten	49
b) Zulässige Einschränkung der freien Arztwahl bei Pflichtversicherten	49
c) Beschränkte Arztwahl kein Verstoß gegen Gemeinschaftsrecht	49
2. Heilpraktiker	50
V. Stationäre Behandlung	51
1. Stationäre Entbindung in Geburtshaus	51
2. Behandlung in Nichtvertragskrankenhaus	52
VI. Arzneimittel	53
1. Off-Label-Use	53
a) Ilomedin (inhalativ)	53
b) Immun-Globuline	53
c) Inhalationstherapie mit Proleukin (Interleukin-2)	54
2. Sildenafil (Viagra)	54
3. Fehlende Zulassung nach Änderung der Darreichungsform - Wobe Mugos E	55
VII. BVerfG: Festbeträge für Arznei- und Hilfsmittel	55
VIII. Hilfsmittel	56
1. Blindenführhund	56
2. Rollstuhl-Hand-Bike	56
3. Grundbedürfnis Lesen und mobiles elektronisches Lesegerät	57
4. Energieversorgungskosten für Cochlear-Implantat	58
5. Abgrenzung zur Pflegeheimversorgung	58
a) Toilettenrollstuhl	58
b) Antidekubitus-Matratze	59
IX. Kostenerstattung für Behandlung in EU-Staat	59
1. Arznei-, Heil- u. Hilfsmittel	59
2. Erstattungsfähige Heilmittelbehandlung	61
X. Häusliche Krankenpflege - Medikamentenabgabe in Wohngruppe	61
XI. Fahrkosten - Zahnarztbehandlung bei endokarditisbedingtem Risiko	62
XII. Teilnahme an Rehabilitationssportgruppe	63
1. Kein Anspruch aufgrund Vorverordnungen	63
2. Ermessensschrumpfung / Rechtslage ab Juli 2001	63
3. Rechtslage bis Juni 2001	64
XIII. Krankenhauskosten	65
1. Radioiodtherapie	65
2. Fallpauschale 17.13	66
3. Nachweis des Abschlusses der Wundheilung	66
a) Fallpauschale 9012	66
b) Fallpauschale 9022	67
c) Fallpauschale 9032	67
XIV. Physiotherapeut - Propriozeptive neuromuskuläre Faszilitation	68
XV. Entscheidungen des BSG	69
1. Vorlage an EuGH - Farbstofflaserbehandlung in EU-Staat	69
2. Hilfsmittel	69
a) Abgrenzung zur Heimpflege (Dekubitusmatratze)	69
b) Pflegehilfsmittel - Feuchtes Toilettenpapier	69
c) Therapie-Tandem	70

3. Häusliche Krankenpflege	70
a) Krankenpflegeunternehmen u. Genehmigung der Krankenkasse	70
b) Pflegedienst der Krankenkasse	70
4. Krankenhauskosten - Überprüfung der Krankenhausabrechnung	70
5. Abschluß eines Versorgungsvertrages	71
6. Verbandsumlage eines Krankenkassenverbands	71
7. Gegenstandswert - Zulassung einer Rehaeinrichtung	71
C. Entscheidungen anderer Gerichte	72
I. Rabatte und Ausgleichszahlungen	72
1. Sittenwidrigkeit eines Barrabatts durch Dentallabor	72
2. Zulässige Pauschalleistung des Anästhesisten an Operateure	72
II. Abrechnungsbetrug	73
1. BGH: Abrechnung über zugelassenen Vertragszahnarzt	73
2. BVerfG: Beschlagnahme auch privatärztlicher Unterlagen	73
3. BVerwG: Approbationsentzug für Apotheker nach Abrechnungsbetrug	74
III. Arzthaftung	75
1. Behandlungsfehler bei kontraindizierter Wunschbehandlung	75
2. Aufklärungspflicht bei alternativen Behandlungsmaßnahmen	75
3. Schmerzensgeldanspruch eines Kindes	75
4. Vergütungs- und Schmerzensgeldanspruch bei fehlender Aufklärung	76
5. BGH: Amtshaftungsanspruch bei Pflichtverletzung des Notarztes	76
IV. Ärztliches Berufsrecht	77
1. BVerfG: Gebietsbezeichnung neben Allgemeinarzt	77
2. Arztwerbung:	77
a) EGMR: Werbebeschränkungen bei Freiberuflern	77
b) Praxisschild mit Spezialleistungen	78
V. "Gemeinschaftspraxis für Anästhesie - Partnerschaft"	78
VI. BVerwG: Psychoth. Approbation u. Heilpraktikererlaubnis	78
VII. Wettbewerbsrecht	79
1. EUGH - Pflichtversicherer (INAIL) kein Unternehmen	79
2. BGH: In-Verkehr-Bringen von Arzneimitteln ohne Zulassung	79
3. Irreführende Angaben einer Krankenkasse	79
4. Abgabe von Diabetes-Teststreifen durch niedergelassenen Arzt	80
VIII. BGH: Versicherungsvertragsbedingungen und alternative Heilmethoden	80
IX. Beihilferecht	80
1. Alternative Heilmethoden	80
2. Sildenafil (Viagra)	81
X. Krankenhauskosten	81
1. BGH: Entgelt für Aufnahme- und Entlassungstag	81
2. Wahlleistungsvereinbarung	82
3. BVerwG: Fehlschätzung der Veränderungsrate 1995	82
4. Einsicht in die Krankenunterlagen durch MDK	82
XI. BVerfG: Verfassungsbeschwerden gegen Spargesetze	83
1. Nichtannahme Verfassungsbeschwerde gegen Aut-idem-Regelung	83
2. Einstweilige Anordnungen gegen Beitragssatzsicherungsgesetz	83

XII. Arzneimittelrecht	84
1. EuGH: Rücknahme der Zulassung für Appetitzügler	84
2. EuGH: Änderung einer Gemeinschaftszulassung für Arzneimittel	85
3. Abgabe von Autovaccinen an Ärzte	85
XIII. Ärztliches Versorgungswerk - Erstattung bei vorzeitigem Ausscheiden	86
XIV. BGH: Rechtsweg Unterlassungsklage KV gegen Krankenkasse (GKV)	86
XV. Generalanwalt EuGH:	87
1. Genehmigungsvorbehalt für Krankenhausbehandlung in EU-Staat	87
2. Mehrwertsteuer u. Psychotherapie in Stiftungsambulanz	87
XVI. Keine Umsatzsteuererstattung für Befundbericht nach ZSEG	88
 Verzeichnis der Entscheidungen	 89
Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht	91
Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung (Leistungsrecht)	98

EDITORISCHE HINWEISE:

Soweit nicht ausdrücklich "**rechtskräftig**" vermerkt ist, kann nicht davon ausgegangen werden, dass Rechtskraft der Entscheidung eingetreten ist. Ggf. muss bei dem jeweiligen Gericht nachgefragt werden.

Die Leitsätze unter der Überschrift "**Leitsatz/Leitsätze**" stammen vom jeweiligen Gericht. Ansonsten handelt es sich bei den leitsatzähnlichen Einleitungssätzen wie bei der gesamten Darstellung um eine Bearbeitung der Redaktion.

Wörtliche Zitate werden durch Anführungszeichen und Seitenbalken gekennzeichnet. Darin enthaltener Fett-/Kursivdruck stammt in der Regel von der Redaktion.

REDAKTION

Die Verantwortung für den Inhalt liegt ausschließlich bei der Redaktion.

REDAKTION: Dr. Cornelius Pawlita, Saarlandstraße 29, 35398 Gießen
Telefon: 0641/201 776;
Telefax: 0641/250 2801;
e-mail: pawlita@web.de.

Die Leserschaft wird um Mithilfe bei der Erstellung des RID durch Einsendung von Urteilen direkt an die Redaktion (oder an die Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V., Herbert-Lewin-Straße 3, 50931 Köln) insb. aus der Instanzenpraxis gebeten.

Bezug: Der RID kann über die Mitgliedschaft in der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.**, Herbert-Lewin-Straße 3, 50931 Köln bezogen werden. Er erscheint ca. drei bis viermal im Jahr.

Ältere Ausgaben (RID 00-01 bis 02-03) sind über die **homepage** der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.** **www.dg-kassenarztrecht.de** verfügbar.

Nachdruck - auch auszugsweise -, Vervielfältigung, Mikrokopie, Einspeicherung in elektronische Datenbanken nur mit Genehmigung der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht, Herbert-Lewin-Straße 3, 50931 Köln.

A. VERTRAGSARZTRECHT

I. HONORARVERTEILUNG

1. PSYCHOTHERAPEUTEN - ABSCHLAG FÜR AUSBILDUNGSINSTITUT

01 *SG für das Saarland, Urt. v. 18.09.2002 - S 2 KA 66/02 -*

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 56/02

Vergütungshöhe, Punktwert, Abschlag, Ermächtigung, Psychotherapeutengesetz, Ausbildungsinstitut, Poliklinik
SGB V §§ 117, 120; PsychThG § 6

Leitsätze:

Bei der Vergütung von gemäß § 117 II SGB V ermächtigten Ausbildungsinstituten nach § 6 PsychThG ist eine 20 %ige Honorarkürzung nach § 120 III Satz 2, 2. Halbsatz SGB V nicht möglich.

Ausbildungsinstitute nach § 6 PsychThG haben keinen Anspruch auf Vergütung eines Punktwertes von 10 DPf., da sie – unabhängig von dem Vergütungsanspruch psychologischer Psychotherapeuten nach dem 31.12.1998 – nicht zu dem begünstigten Personenkreis nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes gehören.

SG Magdeburg, Urt. v. 24.04.2002 - S 17 KA 419/00 - RID 02-04-01 hält wie hier einen 20%igen Abschlag für Forschung und Lehre für die von einem Ausbildungsinstitut in Trägerschaft eines privaten und gemeinnützigen Vereins erbrachten psychotherapeutischen Leistungen für unzulässig.

Nach *BSG, Urt. v. 13.03.2002 - B 6 KA 4/01 R - <SozR 3-2500 § 120 Nr 12>* erfaßt der Investitionskostenabschlag von 10 vH auf die Vergütung für ambulante Notfallbehandlungen im Krankenhaus nur Krankenhäuser, deren Investitionskosten aus Steuermitteln finanziert werden, da es andernfalls nicht i.S. des § 120 Abs 3 Satz 2 SGB V "öffentlich gefördert" wird.

Zur **Vergütungshöhe** s. zuletzt *BSG*, Urt. v. 06.11.2002 - B 6 KA 21/02 R - (vgl. Presse-Mitteilung Nr. 54/02) zur Vergütung der im Jahr 1999 erbrachten psychotherapeutischen Leistungen.

Zur **Vergütungshöhe psychotherapeutischer Leistungen ab I/00** s. bisher die **unterschiedliche Rspr.** von *SG Magdeburg*, Urt. v. 19.06.2002 - S 17 KA 72/01 - (Ab dem Jahr 2000 sind die Honorare der Psychotherapeuten dem Honorarkontingent der Fachärzte zuzuordnen. Bei den Vorgaben des Bewertungsausschusses, deren Rechtmäßigkeit hier dahinstehen kann, handelt es sich lediglich um einen Mindestpunktwert, der ggf. bis zur „Angemessenheit“ von der KV zu stützen ist. Hierbei ist der erzielbare Erlös der Psychotherapeuten, entgegen dem BSG zu früheren Zeiträumen, am durchschnittlichen Erlös der Fachärzte zu messen. Für Sachsen-Anhalt war deshalb im Jahr 2000 ein Punktwert von 7,64 Pfg. mit einem fiktiven Jahresertrag von 102.549,49 DM für Psychotherapeuten ausreichend, auch wenn Allgemeinärzte einen durchschnittliche Jahresertrag von 144.960 DM erzielen.); *SG Dortmund*, Urt. v. 23.07.2002 - S 26 KA 274/00 - RID 02-03-02 (Die im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 16.02.2000 vorgegebene Errechnung eines regionalen Mindestpunktwertes für G IV EBM-Leistungen verstößt gegen § 85 IV 4, IVa 1 2. Hs. SGB V, da sie sich für die Umsatz- und Ertragsentwicklung der psychologischen Leistungserbringer generell auf das Jahr 1998 und damit auf ein nach der weiterhin gültigen BSG-Rspr. zu geringes Vergütungs-niveau bezieht.).

Zum Sachverhalt:

Der Kl., ein e.V. und vor und nach Verabschiedung des PsychThG anerkanntes Ausbildungsinstitut, war gem. § 117 II SGB V zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt. Die bekl. KV kürzte mit Bescheid vom 17.09.2001 sein **Honorar um einen 20 %igen Abschlag** für die **Quartale I/00 bis I/01** (insgesamt 86.558,96 DM), da er den poliklinischen Institutambulanzen der Hochschulen nach § 117 I SGB V gleichgestellt sei. Hiergegen, auch weil die Kürzung rückwirkend - für I u. II/00 sei ein zunächst 10 %iger Abschlag dann mit bestandskräftigem Widerspruchsbescheid aufgehoben worden, die übrigen Honorarbescheide seien im Sept. 2001 bestandskräftig gewesen - erfolgt sei, und gegen die Zugrundelegung eines **floatenden statt eines 10 Pfg.-Punktwerts** wandte sich d. Kl. Der **HVM** sah folgende Vergütung psychotherapeutischer Leistungen in § 5 II D 4. (Vergütung ...) vor:

"a.) Für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen im Jahre 2000 wird ein Anteil an der Gesamtvergütung zur Verfügung gestellt, der wie folgt gebildet wird: Das gemäß Art. 11 des Psychotherapeutengesetzes vom 16. Juni 1998 in Verbindung mit Art. 9 und 14 GKV-SolG für das Jahr 1999 zu bildende Honorarkontingent wird um die mit den Krankenkassen vereinbarte Veränderungsrate der

Gesamtvergütung im Jahre 2000 fortentwickelt. Sofern die Krankenkassen aufgrund vertraglicher oder gesetzlicher Bestimmungen weitere Mittel für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen bereitstellen, erhöht sich dieser Vergütungsanteil entsprechend.

b.) Aus diesem Vergütungsanteil für psychotherapeutische Leistungen werden vergütet:

- Leistungen der psychologischen Psychotherapeuten; Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (FG 69, 70, 71) EBM-Nummern 860, 861, 868, 870 bis 884 und nach den EBM-Nrn. 1, 3, 5, 42-44, 72-75, 77, 855-858, 890 - 897

- Leistungen aus Kapitel G IV. EBM (EBM-Nummern 860, 861, 862, 868, 870 - 884) der ärztlichen Psychotherapeuten

c.) Der Punktwert für die Vergütung dieser psychotherapeutischen Leistungen ergibt sich aus dem Vergütungsanteil gemäß Buchstabe a) dividiert durch die angeforderte und anerkannte Punktzahlmenge für die Leistungen gemäß Buchstabe b.).

d.) Sinkt der Punktwert für psychotherapeutische Leistungen gemäß Buchstabe c.) um mehr als 15 v.H. unter den durchschnittlichen Punktwert gemäß § 5 II. C. Abs. a des HVM, erfolgt eine Stützung bis auf 85 v.H. des durchschnittlichen Punktwertes gemäß § 5 II. C. Abs. a des HVM."

Das **SG** verurteilte zu einer Vergütung ohne den 20 %igen Abschlag und wies im übrigen die Klage ab.

Nach **SG für das Saarland** ist **Anspruchsgrundlage** für die **Vergütung** § 117 II 3 iVm § 120 SGB V. Die Vergütungsregelungen des § 120 SGB V seien indes ohne den **20%igen Abschlag** für Forschung und Lehre anzuwenden. Bereits der **Wortlaut** der Vorschrift verbiete einen solchen Abschlag, für eine **Analogie** fehle es bereits an einer Regelungslücke und zudem sei dieser Abschlag untrennbar mit dem 10 %igen **Investitionskostenabschlag** (§ 120 III 2 1. Hs. SGB V) verbunden.

"Diese Auffassung kehrt nämlich das in § 120 Abs. 3 Satz 2 SGG genannte Regel-Ausnahme-Verhältnis um. Die Beklagte muss sich insoweit auch fragen lassen, warum der Gesetzgeber im § 120 Abs. 2 Satz 3 2. Hs. SGB V ausdrücklich das Wort "zusätzlich" eingeführt hat und dadurch zum Ausdruck gebracht hat, dass es einen isolierten Abschlag von 20 vom Hundert für Forschung und Lehre nicht geben kann (vgl. im Ergebnis ebenso Kruschinsky in Hauck/Haines, Kommentar zum SGB V, zu § 120, Rd.Nr. 6)."

Von daher könne dahinstehen, ob eine zweite Korrektur der Honorarbescheide hätte erfolgen dürfen, wenn auch vieles dagegen spreche.

Eine Nachprüfbarkeit über den Anspruch auf einen **Punktwert von 10 Pfg.** sei trotz Bestandskraft weiterhin gegeben, da in der Widerspruchsentscheidung hierüber inhaltlich neu entschieden worden sei. Ein solcher Anspruch bestehe aber nicht, weil die entsprechende **BSG-Rspr.** auf die Jahre nach 1998 nicht übertragbar sei und ab dem 01.01.2000 § 85 IV 4 SGB V eigenständige Regelungen zur Vergütung der Leistungen von Psychotherapeuten vorsehe. Der danach zu bildende Mindestpunktwert sei anhand der Vorgaben des Bewertungsausschusses der KBV zu berechnen. Der **HVM** komme diesen **gesetzgeberischen Vorgaben** nach. Hinzu komme, dass d. Kl. nicht **90 % seines Gesamtleistungsbedarfs** aus Leistungen nach G. IV EBM erzielt habe, da primärer Zweck nicht die Leistungserbringung, sondern als **Ausbildungsstätte** die Aus- bzw. Weiterbildung sei und d. Kl. in umfangreichem Maße auch mit der Planung der Durchführung der eigentlichen Ausbildung, mit Supervisionen, der Vermittlung von theoretischen Ausbildungsinhalten und Sonstigem befasst sei.

"Außerdem gab es die nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes notwendige Stützung des Punktwertes bis zum 31.12.1998 in erster Linie deshalb, weil ansonsten ein mit vollem persönlichem Einsatz an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender, ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Arzt keine Möglichkeit hatte, aus dieser Tätigkeit Einnahmen in einer Größenordnung zu erzielen, wie sie für die anderen Arztgruppen kennzeichnend sind (vgl. hierzu nochmals **BSG**, Urteil vom 26.01.2000 - B 6 KA 4/99 R - <SozR 3-2500 § 85 Nr 35>). Der Beklagte (Anm.: gemeint ist d. Kl.) finanziert sich indes in erster Linie aus den von den Teilnehmern der Aus- bzw. Weiterbildung zu leistenden **Ausbildungsgebühren**. Von daher ist er auch - anders als der psychologische Psychotherapeut oder der psychotherapeutisch tätige Arzt - nicht darauf angewiesen, aus dem Honorar der Beklagten seine Einkünfte zu bestreiten.

Fehl geht auch die Annahme des Klägers, hier müsse auf die **Auszubildenden abgestellt** werden, da diese aus den erzielten Einnahmen selbst ihre Ausbildungskosten und ggfls. ihren Lebensunterhalt erarbeiten müssten. Diese Auffassung widerspricht zum Einen der gesetzgeberischen Intention der **Ermächtigung** des Beklagten gem. § 117 SGB V. Ermächtigt ist nämlich gerade nicht der einzelne aus- bzw. weiterzubildende Psychotherapeut oder Arzt sondern das Ausbildungsinstitut. Der in der Auffassung des Klägers enthaltene Gedanke einer quasi gesetzgeberisch gewollten **Verfahrensstandschaft**, d. h. dass der Kläger letztlich für seine

Auszubildenden die Ermächtigung zum Tätigwerden und zur Honorarabrechnung sowie zur gerichtlichen Durchsetzung dieser Honoraransprüche hätte, ist weder dem SGB V noch der gesetzgeberischen Intention abzuleiten. Es ist ebenfalls nicht ersichtlich, dass die Beklagte aufgrund des gesetzgeberischen Willens des § 117 SGB V, Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen, psychotherapeutische Ausbildungen vollumfänglich zu finanzieren hätte. Zwar ist eine solche Ermächtigung notwendig, um fundierte und umfassende Aus- und Weiterbildungen leisten zu können, da nur durch die Erteilung einer Ermächtigung auch Ausbildungsinhalte in ausreichendem Umfang praktisch in der Ausbildung umgesetzt werden können. Allerdings gilt auch hier der Grundsatz, dass Aus- und Weiterbildung persönliche Entscheidung eines jeden Teilnehmers ist und von daher die Finanzierung grundsätzlich von den Teilnehmern zu tragen ist. Dies gilt im Übrigen auch für andere Aus- und Fortbildungsmaßnahmen, die notwendig sind, um genehmigungspflichtige Leistungen zu Lasten der Beklagten zu erbringen."

2. FALLZAHLZUWACHSBEGRENZUNG

BSG, Urt. v. 13.03.2002 - B 6 KA 1 R <BSGE 89, 173 = SozR-2500 § 85 Nr 45>, 13, 14 u. 35/01 R - hat **Fallzahlzuwachsbeschränkungen** grundsätzlich für zulässig erachtet; in einem weiteren Fall - B 6 KA 48/00 R - <SozR 3-2500 § 85 Nr 44> hat es eine Fallzahlzuwachsbeschränkung als mit Art 12 I GG iVm dem **Verhältnismäßigkeitsgrundsatz** nicht vereinbar angesehen, die bereits bei einer Steigerung um mehr als 1 % eingriff.; zur **Instanzenpraxis** vgl. zuletzt **LSG Rheinland-Pfalz**, Urt. v. 28.06.2001 - L 5 KA 60/00 - u.a. RID 02-02-12 bis 14 (**Revision** anhängig); **SG Hamburg**, Urt. v. 24.04.2002 - S 27 KA 62/00 u.a. - RID 02-03-03; **SG Düsseldorf**, Urt. v. 10.07.2002 - S 33 KA 7/02 - RID 02-04-04 (**Sprungrevision** anhängig; B 6 KA 40/02 R) (Ein HVM, der ein praxisindividuelles Budget vorsieht, muß für unterdurchschnittlich abrechnende Praxen einem Wachstum der Fallzahlen auch hinsichtlich des zugestanden Punktzahlwachstums angemessen Rechnung tragen.).

A) PRAXEN MIT UNTERDURCHSCHNITTLICHER FALLZAHL

02 SG Hamburg, Urt. v. 28.08.2002 - S 3 KA 16/00 - juris

Honorarverteilung, Honorarverteilungsgerechtigkeit, Fallzahlzuwachs, Fallzahlbegrenzung, Fachgruppe, Differenzierungsgebot
SGB V § 85 IV

Eine Fallzahlzuwachsbeschränkungsregelung, die auch Praxen mit einbezieht, deren maßgebliche Fallzahl im Vorjahresquartal unterhalb des Durchschnitts der Fachgruppe gelegen hat, ist unzulässig.

Zur **Fallzahlzuwachsbeschränkungsregelung** der KV Hamburg s. bereits das Urt. der 27. Ka. d. **SG Hamburg**, Urt. v. 24.04.2002 - S 27 KA 62/00 u.a. - RID 02-03-03, das die Regelung ebf. grundsätzlich billigt.

Zum Sachverhalt:

Der Kl. wandte sich gegen die Anwendung der Fallzahlzuwachsbeschränkungsregelung im Quartal I/99 nach dem HVM der bekl. KV (Kürzung um 33.385,5 Punkte von 853.841,7 auf 820.456,2 Punkte; Fallzahlanstieg der Fachgruppe von 669 im Vorjahresquartal auf 751 im Abrechnungsquartal und d. Kl. von 636 auf 753 Fälle; Fallzahlzuwachsbeschränkung d. Kl. auf 21 Fälle, individuelle Kürzungsquote von 96,09 %). Nach § 9 VII HVM unterliegen die Ärzte einer **Fallzahlzuwachsbeschränkung**, wenn der prozentuale **Zuwachs** der budgetrelevanten Behandlungsfälle **einer Gruppe 5 %** der durchschnittlichen Fallzahl der Gruppe im Vorjahresquartal überschreitet und dadurch der Punktwert der Gruppe erheblich beeinträchtigt wird (Satz 1). Hierzu werden 3 % der durchschnittlichen Fallzahl der Gruppe im Vorjahresquartal als absolute Zahl ermittelt (Satz 2). Überschreitet die Fallzahlzunahme einer Praxis diese Zahl, wird die anzuerkennende Honorarforderung im Maße dieser Überschreitung wie folgt abgestaffelt: für jeden zusätzlichen Fallzahlanteil in Höhe der zulässigen Steigerungsanzahl nach Satz 2 erfolgt eine Absenkung der Punktzahl um 10 % gemäß Anlage J (Satz 3). Das **SG** verurteilte zur Neubeschheidung.

SG Hamburg hält unter Hinweis auf die Rspr. des **BSG** solche Regelungen grundsätzlich für **zulässig**, auch soweit eine **Zuwachsgrenze von 3 %** vorgesehen sei. Der

HVM verstoße jedoch insoweit gegen höherrangiges Recht, als er in die Begrenzungsregelung nach § 9 VII HVM auch Praxen mit einbeziehe, deren maßgebliche **Fallzahl** – wie die des Klägers - im Vorjahresquartal **unterhalb des Durchschnitts der Fachgruppe** gelegen habe. Eine Praxis müsse ihren Umsatz durch Zugewinn von Patienten zumindest bis zum durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe steigern können (**BSG** -B 6 KA 1/01 R -; ebs. - B 6 KA 14/01 - u. - B 6 KA 35/01 -):

"Nach dieser, zu absolut individual-bezogenen Honorarbegrenzungsregelungen im vertragszahnärztlichen Bereich ergangenen Rechtsprechung (siehe hierzu *Engelhard in Hauck/Noftz*, SGB V, K § 85 RdNr. 250 ff.) sind derartige Honorarbegrenzungsregelungen, zu denen wegen ihrer Bezugnahme auf die individuellen Fallzahlen des Vorjahresquartals auch die in Rede stehende Fallzahlzuwachsregelung gehört, dann nicht mit höherrangigem Recht – insbesondere dem aus dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit folgenden **Differenzierungsgebot** - vereinbar, wenn sie die bereits zitierten Folgen haben (**BSG** SozR 3-2500 § 85 Nr. 27, S. 189, 195 und BSGE 83, 52, 55 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 28, S. 200, 203 sowie die weiteren Urteile vom 21.10.1998 – B 6 KA 60/97, 66/97, 67/97, 68/97, 72/97, 73/97, 74/97 und 35/98 R; BSG, Urteil vom 28.4.1999, B 6 KA 63/98 R)...

Der HVM der Beklagten bezieht demgegenüber alle Ärzte einer Gruppe ein (§ 9 Abs. 7) und sieht eine Ausnahme lediglich für Anfängerpraxen (Ärzte mit weniger als 16 abgerechneten Quartalen) mit unterdurchschnittlicher Fallzahl vor (§ 9 Abs. 10). Durch die Regelung wird dem nicht unter die Anfängerregelung fallenden Kläger daher die Möglichkeit genommen, von seiner im maßgeblichen Bezugsquartal (vorliegend dem Vorjahresquartal I/98) mit 636 Fällen unter dem Fachgruppenschnitt von 669 Fällen liegenden Fallzahl zum Durchschnitt der Fachgruppe aufzuschließen.

Es sind auch keine Gründe dafür ersichtlich, die entgegen der zitierten Rechtsprechung des BSG, der die Kammer folgt, eine Einbeziehung älterer Praxen mit unterdurchschnittlicher Fallzahl in die Begrenzungsregelung rechtfertigen könnten.

Dass die Fallzahlzuwachsregelung der Beklagten erst greift, wenn die gesamte Gruppe einen Fallzahlzuwachs von mehr als 5 % aufweist, ist ohne Belang, da der Kläger nicht für das Verhalten seiner Gruppe verantwortlich ist..."

B) KORRELATION GESAMTVERGÜTUNG UND FACHGRUPPE

03 *SG Dortmund, Urt. v. 27.08.2002 - S 26 KA 88/00 - juris*

Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 11 KA 155/02 -

Honorarverteilung, Honorarverteilungsgerechtigkeit, Fallzahlzuwachs, Fallzahlbegrenzung, Praxisneugründung
SGB V § 85 IV

Eine Fallzahlbegrenzungsregelung, die hinsichtlich des Umfangs des zulässigen Fallzuwachses auf eine entsprechende Steigerung der Gesamtvergütung (hier: 6,2 %) abstellt, wobei zusätzlich die Fallzahl der Fachgruppe stärker steigen muss als die Gesamtvergütung, ist nicht sachwidrig.

Zum Sachverhalt:

Der Kl., ein Arzt für Allgemeinmedizin, wandte sich gegen die Kürzung seines Honorars im Quartal I/99 um 16.265,66 DM (Resthonorar: 132.615,08 DM) infolge der Fallzahlbegrenzung nach dem HVM. Das **SG** wies die Klage ab.

SG Dortmund verweist auf die Rspr. d. **BSG** und zur konkreten Ausgestaltung auf **LSG Nordrhein Westfalen**, Urt. v. 14.02.2001 - L 11 KA 154/00 - (<http://www.lsg.nrw.de>) RID 01-02-10. Der HVM stelle hinsichtlich des Umfangs des zulässigen Fallzuwachses auf eine entsprechende Steigerung der Gesamtvergütung (hier: 6,2 %) ab, wobei zusätzlich die Fallzahl der Fachgruppe stärker steigen müsse als die Gesamtvergütung, was nicht sachwidrig sei. Es bestehe auch keine Verpflichtung der Bekl., bei dem Kl., der zunächst in einer Gemeinschaftspraxis tätig gewesen sei, für 12 Quartale nach Gründung der Einzelpraxis (**unechte Neugründung**) in I/96 erhebliche Fallzahlsteigerungen unberücksichtigt zu lassen, die erheblich über dem Durchschnitt lägen (1.584 gegenüber dem Durchschnitt von 944; Steigerungsmöglichkeit von 1.525 um 59 Fälle).

3. "ARZTLOHN" UND RADIOLOGISCHE PRAXEN (HESSEN 1997/98)

04 LSG Hessen, Urt. v. 16.10.2002 - L 7 KA 721/00 -

Revision anhängig: B 6 KA 50/02 R

Honoraropf, Honorarverteilung, Punktwert, Verteilungsgerechtigkeit, Arzteinkommen, Arztlohn, Radiologe
SGB V § 85 IV; GG Art. 3 I, 12 I

Das 80 Seiten umfassende Urteil betrifft die Vergütung radiologischer Praxen in den Quartalen III u. IV/97 sowie II/98 und bestätigt im Ergebnis die klageabweisende Entscheidung der Vorinstanz.

Vorinstanz: SG Frankfurt a. M., Gerichtsb. v. 14.04.2000 - S 27 KA 3670/98 - u. v. 23.07.2000 - S 27 KA 1058/00 -.

Zum **Sachverhalt** vgl. **Parallellfall SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 02.02.2000 - S 27 KA 3759 - RID 00-02-31 - und ausführlich **SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 07.06.2000 - S 28 KA 3860/98 - RID 00-04-10; vgl. ferner **SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 17.07.2000 - S 29 KA 232/98 - RID 01-01-13; **SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 07.03.2001 - S 5 KA 115/99 - RID 01-03-26; zu den Quartalen ab III/98 s. **SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 30.05.2001 - S 27 KA 2515/99 - RID 01-03-25 (Berufung anhängig).

Zum **Anspruch auf ein Mindesteinkommen** vgl. zuletzt **SG Hannover**, Urt. v. 20.03.2002 - S 16 KA 1053/98 - RID 02-04-08.

4. AUFTEILUNG IN HAUS-/FACHÄRZTLICHE VERGÜTUNG

A) KV HAMBURG - QUARTALE I U. II/00

05 SG Hamburg, Urt. v. 30.10.2002 - S 3 KA 226/01 -

Hausärztliche Versorgung, fachärztliche Versorgung, Bewertungsausschuss, GKV-GRG 2000, Vergütungsanspruch, Gesamtvergütung,
SGB V §§ 73, 85 IV u. IVa, 87

Eine KV hat bei der Umsetzung der gesetzlich angeordneten getrennten Verteilung der Gesamtvergütungen für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung in ihrem HVM keinen zeitlichen Gestaltungsspielraum; ein HVM, der die Umsetzung nicht bereits in den Quartalen I und II/00 vornimmt, ist rechtswidrig.

S.a. nachstehend **SG Dresden**, Urt. v. 09.10.2002 - S 15 KA 776/00 u.a. - RID 03-01-06.

Zum Sachverhalt:

Die Vertreterversammlung der Beklagten beschloss am 24.02.2000, die getrennte Verteilung der Gesamtvergütungen (pro Quartal ca. 300 Millionen DM, hiervon entfielen ca. 1/3 auf die Hausärzte und 2/3 auf die Fachärzte) nicht bereits (rückwirkend) zum 01.01.2000, sondern erst zum 01.07.2000 umzusetzen. Entsprechende Beschlüsse fasste sie im Juni und Juli. Der Kl., ein praktischer Arzt, wandte sich gegen die Honorarbescheide für die Quartale I/00 und II/00. Der dafür maßgebliche **HVM** sah in § 9 u.a. folgende Regelungen vor: Gemäß § 9 I HVM waren die dort aufgeführten Posten vorab zu berücksichtigen. § 9 II u. IIa HVM regelten die Aufteilung der auf die Hausärztliche Grundvergütung bzw. auf die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen nach Art. 11 PsychThG entfallenden Teile der Gesamtvergütung. Die nach Durchführung der Absätze 1, 2 und 2a verbleibende Gesamtvergütung wurde in Honorarkontingente für von der Praxisbudgetierung umfasste und hiervon nicht umfasste Arztgruppen unterteilt (§ 9 IIIa HVM); danach erfolgte eine Unterteilung des Honorarkontingents der budgetierten Gruppen in gruppenspezifische Honorarkontingente (§ 9 IIIb 1 HVM). Die sich nach § 9 III HVM ergebenden Beträge wurden auf die im jeweiligen Honorarkontingent abgerechneten Punktzahlen des EBM verteilt (§ 9 IV 1 HVM). Der HVM sah zudem eine Reihe von Stützungsmaßnahmen zugunsten verschiedener Facharztgruppen vor. Unter Aufhebung der

Honorarbescheide verpflichtete das **SG** zur Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts (**Parallelentscheidungen** vom 30.10.2002: S 3 KA 228/01 und S 3 KA 229/01).

SG Hamburg sieht eine Verpflichtung der Bekl., die gesetzlich angeordnete getrennte Verteilung der Gesamtvergütungen für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung in ihrem HVM bereits mit Wirkung **ab dem 1.1.2000 umzusetzen** (§ 85 IV 1 2. Hs. SGB V i.d.F. GKV-GRG 2000). Der Bewertungsausschuss sei den Vorgaben bezüglich der erstmaligen Festlegung der Vergütungsanteile innerhalb der vom Gesetz gesetzten Frist durch Beschl. v. 16.2.2000 (DÄ 2000, A-556 ff.) nachgekommen. Der Vertreterversammlung der Beklagten habe bezüglich des Zeitpunkts der Umsetzung der Neuregelungen kein **Gestaltungsspielraum** zugestanden und sei auch nicht aus Rechtsgründen an einer **rückwirkenden Umsetzung** zum 01.01.2000 gehindert gewesen, was die Kammer im Einzelnen begründet.

B) KV SACHSEN - QUARTALE I/00 U. I/01

06 SG Dresden, Urt. v. 09.10.2002 - S 15 KA 776/00 u.a. -

Hausärztliche Versorgung, fachärztliche Versorgung, Bewertungsausschuss, GKV-GRG 2000, Psychotherapeuten, Vergütungsanspruch, Beobachtungs- und Reaktionspflicht, Stützungsverpflichtung, Punktwert, Punktwertverfall, Durchschnittspunktwert, Praxisbudgets, Gesamtvergütung, Internist
SGB V §§ 73, 85 IV u. IVa, 87 ; GG Art. 3 I, 12 I GG

Der HVM im Bereich der KV Sachsen für die Quartale I/00 und I/01 ist rechtmäßig; insbesondere ist die Aufteilung der Gesamtvergütung in einen haus- und einen fachärztlichen Honoraranteil auf der Grundlage des GKV-GRG 2000 nicht zu beanstanden.

S.a. **SG Dresden**, Urt. v. 27.02.2002 - S 15 KA 801/00 u.a. - RID 02-02-08 (Der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit wird verletzt, wenn ein HVM bei der Bemessung der Honoraranteile der Fachgruppentöpfe die Veränderung der jeweiligen Arztzahl berücksichtigt, hier: HVM I u. II/00 der KV Sachsen für Chirurgen); vorstehend **SG Hamburg**, Urt. v. 30.10.2002 - S 3 KA 226/01 - RID 03-01-05.

Zum Sachverhalt:

Der Kl., ein Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie, wandte sich gegen die Honorarbescheide für die Quartale I/00 (Honorar: 112.972,57 DM; Punktwert PK 3,34 Pfg., EK 4,64 Pfg., 1.501 Fälle, davon Überweisungen zur Mit- und Weiterbehandlung 612, Konsiliaruntersuchung 483, Zielaufträge 39) und I/01 (Honorar: 121.307,22 DM; Punktwert PK 3,59 Pfg., EK 4,17 Pfg., 1.457 Fälle, davon Überweisungen zur Mit- und Weiterbehandlung 805, Konsiliaruntersuchung 257, Zielaufträge 35). Das **SG** wies die Klage ab.

Bei dem 46 Seiten umfassenden Urteil handelt es sich im wesentlichen um eine Parallelentscheidung zu **SG Dresden**, Urt. v. 13.02.2002 - S 15 KA 901/00 u.a. - RID 02-01-07; eine Stützungsverpflichtung wird hier bereits deshalb verneint, weil der Facharzt für Innere Medizin bereits im Grundsatz nicht zu den Fachgruppen gehöre, die nach dem BSG nur auf Überweisungen hin tätig werden könnten.

5. INDIVIDUALBUDGET

A) ÄNDERUNG DER PRAXISSTRUKTUR

07 SG Frankfurt a. M., Urt. v. 10.04.2002 - S 29 KA 1969/99 - (rechtskräftig)

Honorarverteilungsmaßnahme, EBM-Budgetierung, HVM-Budgetierung, Individualbudget, Internist, Teilfallwert, Praxisstruktur
SGB V § 85 IV

Sieht ein HVM eine Individualbudgetierung durch Bildung eines Teilfallwertes aufgrund der Abrechnung vorangegangener Quartale vor, so liegt eine ungerechtfertigte Benachteiligung dann vor, wenn sich die Praxisstruktur zwischen Vergleichs- und Abrechnungsquartal verändert hat (hier: von hausärztlich internistischer Gemeinschaftspraxis in III/95 u. III/96 mit - durchschnittlichem - Teilfallwert von 177,99 DM zu fachärztlich internistischer Tätigkeit mit kardiologischem Schwerpunkt in III/97 mit Teilfallwert von 204,36 DM bei Teilfallwert der neuen Fachgruppe "Internisten mit Kardio" von 246,36 DM). Eine Änderung hinsichtlich der Qualifizierung und damit der Zurechnung zur Vergleichsgruppe sollte in analoger Anwendung einer Ausnahmeregelung für die Änderung der Zusammensetzung von Gemeinschaftspraxen Berücksichtigung finden oder fällt unter eine allgemeine Ausnahmeregelung.

Zur Ausnahme von einem HVM-Budget s. zuletzt **SG Dortmund**, Urt. v. 26.03.2002 - S 26 KA 229/00 - RID 02-02-11 (Lehnt eine KV ein Ausnahmemodul unter Hinweis auf das Votum einer hinzugezogenen Kommission ab, obwohl auch nach ihren Feststellungen die quantitativen Voraussetzungen eines Ausnahmemoduls nach dem HVM vorliegen, so verstößt sie gegen ihre Begründungspflicht nach § 35 I SGB X.); **SG Düsseldorf**, Urt. v. 20.06.2001 - S 33 KA 246/00 – RID 01-04-12 (Dem Vorstand der KV steht bei Anwendung der Ausnahmeregelungen zum HVM-Individualbudget hinsichtlich der Auslegung der Begriffe „Sicherstellungsgründe“ bzw. „Notwendigkeit“ ein Beurteilungsspielraum zu) m. w. Hinweisen.

Zur **Ausnahme von Praxis- und Zusatzbudgets** nach dem **EBM** s. zuletzt RID 02-04-A II.

B) ZAHNÄRZTE - SCHWERPUNKT KINDERZAHNHEILKUNDE

08 SG Hamburg, Urt. v. 29.05.2002 - S 3 KA 978/00 -

Honorarverteilung, Honorarbegrenzungsregelungen, Kinderzahnarzt, Kinderzahnheilkunde, Sicherstellung
SGB V § 85 IV; GG Art. 3 I

Eine KZV ist nicht verpflichtet, in ihren HVM eine besondere Honorarverteilungsregelung für Zahnärzte mit dem Schwerpunkt Kinderzahnheilkunde aufzunehmen.

Zur **Zulässigkeit** eines **statistischen Kostenvergleich** einer auf die Behandlung von Kindern spezialisierten Zahnärztin mit der Vergleichsgruppe aller Zahnärzte, da die Behandlung von Kindern im konservierend-chirurgischen Bereich nicht kostenaufwendiger ist als bei Erwachsenen, vgl. **LSG Hessen**, Urt. v. 05.12.2001 – L 7 KA 1046/00 – RID 02-02-25.

Zum Sachverhalt:

Nach dem **HVM** der bekl. **KZV** werden bis zu einem Grenzwert (Punktmenge) die Leistungen des Bema-Z, Teile 1, 2 und 4 bzw. der Gebührentarife A, B und E mit den vereinbarten Punktwerten vergütet. Jenseits der Grenzwerte (Punktmenge) wird der Punktwert für die überschreitende Punktmenge gekürzt. Grundlage der Ermittlung des Grenzwertes ist die durchschnittliche Punktmenge je Fall der Hamburgischen Vertragszahnärzte im entsprechenden Vergleichszeitraum (vorliegend in den Quartalen III/97 bis II/98), gekürzt um 15 %. Die Grenzwerte (Punktmenge) werden je Quartal nach Fallzahlen festgesetzt, wobei sich abgestaffelte, festgelegte Auszahlungsgrenzen pro Fallgruppe (in Prozent des Grenzwertes) ergeben; diese liegen zwischen 170 % (Fälle 1

bis 60) und 40 % (ab Fall 801). Für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen bestehen identische, für Kieferorthopäden differenzierte Auszahlungsgrenzen.

Der klagende **Zahnarzt** wandte sich gegen den **Honorarbescheid** für das Quartal **III/99**, weil im HVM nur zwischen den Gruppen der Zahnärzte, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen und Kieferorthopäden unterschieden, nicht jedoch der **kinderzahnärztlich tätigen Zahnärzte**. Er behandle in seiner Praxis hauptsächlich Kinder. 75 % seines Klientels seien nicht älter als 10 Jahre und insgesamt 84 % noch nicht volljährig. Dieses Klientel habe einen besonders hohen Sanierungsbedarf. Die Bekl. hatte den wegen Überschreitung des für die Praxis d. Kl. nach dem HVM maßgeblichen Grenzwertes den (vorläufig) einzubehaltenden Honoraranteil auf DM 8.760,03 festgesetzt (Abrechnung: 37.273, Grenzwert 24.058 und Überschreitung 13.215 Punkte). Das **SG** wies die Klage ab.

SG Hamburg geht von der **Rechtmäßigkeit** der **Honorarbegrenzungsregelungen** im HVM aus, was es näher begründet. Das Fehlen einer **Sonderregelung für Kinderzahnärzte** benachteilige diese Gruppe insgesamt nicht. Einer von d. Bekl. vorgelegten Übersicht könne entnommen werden, dass die je Fall abgerechneten Punktzahlen bei Kindern bis zu 10 Jahren (KCH ohne IP, KBR und PA) mit 42,33 weit unter dem für alle Patienten geltenden Durchschnitt (85,11) lägen (dies entspreche auch den vom **LSG Hessen** im Ur. v. 05.12.2001 – L 7 KA 1046/00 – RID 02-02-25 getroffenen Feststellungen). Da sich der Grenzwert nach der durchschnittlichen Punktmenge je Fall der Hamburger Vertragszahnärzte richte, dürften Kinderzahnärzte daher von der fehlenden Differenzierung eher profitieren. Im übrigen sei darauf zu verweisen, dass die spezielle Situation des Klägers mit einem hohen Anteil konservierend-chirurgischer Leistungen und geringen Zahnersatzleistungen auf einer **selbstgewählten Spezialisierung** beruhe. Ein Arzt müsse aber das Risiko mangelnder Rentabilität der von ihm gewählten Spezialpraxis tragen (vgl. **BSG** SozR 3-2500 § 85 Nr. 35, S. 273, 279; BSG SozR 3-5533 Nr. 763 Nr. 1, S. 1, 6). Im übrigen sollte der Kläger bedenken, dass er sich durch die Behandlung eines speziellen Klientels auch eine – gerade für Anfängerpraxen durchaus überlebenswichtige - "Nische" geschaffen habe. **Sicherstellungsaspekte** seien nicht berührt.

6. ZULÄSSIGE KUMULATION BEI DEGRESSIONSKÜRZUNG

Zur **Instanzenpraxis** s. zuletzt **LSG Nordrhein-Westfalen**, Ur. v. 05.06.2002 -L 11 KA 10/02 u. 272/01 - RID 02-04-06 u. 07 (**Revision** anhängig) mit ausf. Hinweisen zur Rspr. und diese Ausgabe unter A V 1. Wirtschaftlichkeitsprüfung und EBM-Budgetierung **SG für das Saarland**, Ur. v. 19.06.2002 - S 2 KA 164/01 - RID 03-01-25 (**Revision** anhängig); nach **LSG Baden-Württemberg**, Ur. v. 09.12.1998 - L 5 KA 3531/96 - ist eine (1994 erfolgte) Honorarkürzung wegen Überschreitens der Degressionsgrenze bei einer linearen Honorarbudgetierung nicht zu beachten, da es sich um zwei getrennte Maßnahmen des Gesetzgebers handelt, um die Ausgaben im Bereich der ambulanten vertragszahnärztlichen Versorgung zu begrenzen, die auch in ihrer Kumulation keine unzumutbare Belastung der Vertragszahnärzte bedeuten.

A) DEGRESSIONSKÜRZUNG UND WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG

09 SG Hamburg, Ur. v. 29.05.2002 - S 3 KA 50/99 -

Degressionskürzung, Degressionsbescheid, Degressionsregelung, Honorarkürzung, Wirtschaftlichkeitsprüfung SGB V §§ 85 IV, IVb, IVe, 106; SGB X § 44 II

Eine nachträgliche Berücksichtigung von Honorarkürzungen, die aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen resultieren, ist im Rahmen der Degressionsberechnung aus Rechtsgründen ausgeschlossen.

Zum Sachverhalt:

Die Kl. ist eine Gemeinschaftspraxis, die im Quartal I/96 nur aus dem Zahnarzt Dr. K. bestand. Im Quartal II/96 kam Dr. W. und in den Quartalen III u. IV/96 der Zahnarzt Ka. hinzu. Im Quartal I/96 kam es wegen Überschreitung der Punktmengengrenzen zu einer **degressionsbedingten Honorarrückforderung** von 54.474,36 DM, im Quartal II/96 von 4.065,91 DM (nachträglich reduziert um 534,58 DM). Die Kürzungsbescheide wurden (nach Widerspruchserhebung) bestandskräftig. Bezüglich der Quartale II bis IV/96 wurden zudem **Wirtschaftlichkeitsprüfungen** durchgeführt, die in der Sitzung des Beschwerdeausschusses vom 30.10.1997 zu vergleichswisen Honorarkürzungen (Quartal II/96: 28.135,79 DM, Quartal III/96: 36.416,42 DM und Quartal IV/96: 6164,15 DM) führten. Im April 1998 forderte die Kl. d. Bekl. erfolglos zur Korrektur der Degressionsberechnung für das Jahr 1996 in Anbetracht der erfolgten Honorarkürzungen wegen Unwirtschaftlichkeit auf. Das **SG** wies die Klage ab.

Nach **SG Hamburg** kommt angesichts der offensichtlichen Bestandskraft der für das Jahr 1996 erlassenen Degressionsbescheide als Rechtsgrundlage für das Begehren der Klägerin allein § 44 II 2 i.V.m. Satz 1 SGB X in Betracht. Die für das Jahr 1996 ergangenen **Degressionsbescheide** seien aber **nicht rechtswidrig**. Sie entsprächen den seinerzeit geltenden u. rechtmäßigen Vorgaben (Hinweis u.a. auf **BSGE** 80, 223, 225/226 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 22). Ob degressionsbedingte Honorarminderungen im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen Berücksichtigung finden müssten, könne die Kammer hier dahingestellt sein lassen. Jedenfalls sei umgekehrt eine nachträgliche **Berücksichtigung** von Honorarkürzungen, die aus **Wirtschaftlichkeitsprüfungen** resultierten, im Rahmen der Degressionsberechnung aus Rechtsgründen **ausgeschlossen**.

"Für Honorarkürzungen wegen Unwirtschaftlichkeit ergibt sich dies bereits aus dem **Gesetzeswortlaut**. Nach § 85 Abs. 4 b Satz 1 SGB V a.F. verringerte sich der Vergütungsanspruch des Vertragszahnarztes für die weiteren vertragszahnärztlichen Behandlungen, wenn die dort genannten Gesamtpunktmengengrenzen überschritten wurden. Diese Gesamtpunktmenge umfasste gemäß § 85 Abs. 4b Satz 9 SGB V a.F. alle vertragszahnärztlichen *Leistungen* im Sinne des § 73 Abs. 2 Nr. 2 SGB V - unabhängig davon, ob diese wirtschaftlich waren. Ebenso waren gemäß § 85 Abs. 4c SGB V a.F. der Ermittlung der Gesamtpunktmenge die zahnprothetischen und kieferorthopädischen *Rechnungen* sowie die *abgerechneten* Leistungen nach § 28 SGB V zugrunde zu legen. Die Punktmengengrenzen beziehen sich mithin allein auf die (erbrachten und) *abgerechneten* Leistungen bzw. Punkte. Ob eine degressionsbedingte Honorarminderung vorzunehmen ist, richtet sich daher allein danach, welche Punktmengen der Zahnarzt abgerechnet hat, nicht jedoch danach, in welchem Maße bzw. mit welchem Wert er die Punkte vergütet erhalten hat.

Eine Nichtberücksichtigung von nachträglichen Korrekturen entspricht zudem dem **Gesetzeszweck**. Dieser besteht nicht allein in der Beteiligung der Krankenkassen an den Rationalisierungsgewinnen umsatzstarker Praxen, sondern zugleich auch in der Gewährleistung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung. Die Regelung soll beobachteten Fehlentwicklungen bei der Qualität der zahnärztlichen Versorgung entgegensteuern, indem umsatzstarken Praxen der Anreiz gegeben wird, Patienten an andere Praxen abzugeben und so mit übermäßiger Leistungserbringung gelegentlich verbundene Qualitätsdefizite zu verringern (**BSGE** 80, 223, 226, 229 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 22, S.133, 139 f. sowie die weiteren Urteile vom 14.5.1997 a.a.O.; BSG, Urteil vom 28.4.1999, B 6 KA 60/98 R = MedR 2000, 49 ff.). Für diesen Aspekt kommt es nicht auf die dem Vertragszahnarzt zufließende Vergütung, sondern auf den Umfang der erbrachten und abgerechneten Leistungen an. Auf Wirtschaftlichkeitsprüfungen beruhende Honorarminderungen sind jedoch ohne Einfluss auf das tatsächliche Leistungsvolumen.

Schließlich ist zu berücksichtigen, dass es der Vertragszahnarzt in der Hand hat, durch Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots entsprechende Honorarkürzungen zu vermeiden, der Unzumutbarkeit einer Doppelbelastung also schon der Umstand entgegen steht, dass er diese selbst herbeigeführt hat."

B) DEGRESSIONSKÜRZUNG 1999 UND HVM-EINBEHALT

10 SG Hamburg, Urt. v. 29.05.2002 - S 3 KA 1585/00 -

Degressionskürzung, Degressionsbescheid, Degressionsregelung, Honorarbegrenzungsmaßnahme, Honorarverteilung, Honorarkürzung
SGB V § 85 IV, IVb bis IVf

Bei einer Degressionskürzung muß eine Honorarkürzung nach dem HVM nicht berücksichtigt werden.

Zum Sachverhalt:

Der Kl., ein Kieferorthopäde, wandte sich gegen einen Degressionsbescheid für das Jahr 1999 (Rückzahlung von 70.609,85 DM bei 655.608 Punkten). Aufgrund der Honorarbegrenzungsregelungen nach dem HVM wurden im Quartal IV/99 zudem Honorare in Höhe von 3.100,40 DM einbehalten.

SG Hamburg hält die **Degressionsberechnung**, die auf den durch das GSG 1993 eingeführten, zunächst bis zum 01.07.1997 geltenden und ab 1999 durch das GKV-Solidaritätsgesetz weitgehend unverändert wieder in Kraft gesetzten Regelung des § 85 IVb bis IVf SGB V beruhe, für rechtmäßig. Das **BSG** habe diese Regelung gebilligt (s. die Nachweise in vorstehendem Urteil), das BVerfG habe Verfassungsbeschwerden nicht zur Entscheidung angenommen (vgl. **BVerfG**, Beschl. v. 12.07.2000 – 1 BvR 2260/97 -, v. 07.08.2000 – 1 BvR 73/00 - u. v. 21.06.2001 – 1 BvR -). Die **Honorarkürzung nach dem HVM** müsse, wenn auch bei großen bzw. größeren Praxen eine kumulierende Wirkung eintrete, **nicht berücksichtigt** werden:

"Die Kammer folgt zwar nicht der vom **LSG Bremen** (Urteil vom 29.11.2000, L 1 KA 27/99, Seite 21 - Anm: RID 01-03-52) vertretenen Auffassung, dass eine kumulierende Wirkung schon deshalb außer Betracht zu bleiben habe, weil der Gesetzgeber die verschiedenen, unterschiedlichen Zwecken dienenden Kürzungs- und Begrenzungsregelungen nebeneinander gestellt und eine gegenseitige Berücksichtigung nicht vorgeschrieben habe.

Vorliegend fehlt jedoch nicht allein eine Rechtsgrundlage für eine Anrechnung HVM-bedingter Honorarkürzungen; eine Anrechnung widerspräche vielmehr dem Gesetz. Dies ergibt sich zwingend aus § 85 Abs. 4e Satz 2 SGB V.

Danach erfolgt die Durchführung der Vergütungs-minderung durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung durch Absenkung der *vertraglich vereinbarten Punktwerte* ab dem Zeitpunkt der jeweiligen Grenzwertüberschreitungen nach Absatz 4b. Bei den *vertraglich vereinbarten Punktwerten* kann es sich allein um die zwischen den Krankenkassenverbänden und der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen in den Gesamtvergütungsvereinbarungen festgelegten Punktwerte (bzw. die sich bei Vorliegen aller für die Gesamtvergütungsvereinbarung relevanten Daten – Gesamtvergütungshöhe und abgerechnete Leistungsmenge – rechnerisch ergebenden Punktwerte) handeln. Das Gesetz stellt somit ausdrücklich nicht auf die für den konkreten Vergütungsanspruch des Vertragszahnarztes maßgeblichen, ggf. durch Honorarbegrenzungsregelungen im HVM verringerten, Punktwerte ab.

Im übrigen wäre für die Krankenkassen, denen die Zahlungen zufließen sollen, die Degressionsberechnung nicht mehr überprüfbar, wenn der Berechnung an Stelle der vertraglich vereinbarten Punktwerte die sich als Ergebnis ggf. komplizierter Honorarverteilungsregelungen und zudem ggf. nur vorläufig ergebenden Punktwerte zugrunde gelegt würden.

Der Kläger wird durch das Zusammentreffen beider Regelungen auch nicht unzumutbar in seiner Berufsausübung behindert, da ihm ausweislich der Quartalsabrechnung trotz der Kürzungen im Quartal IV/99 noch Brutto-Einnahmen aus vertragszahnärztlicher Tätigkeit in Höhe von ca. DM 245.000.- verblieben sind und die HVM-Einbehalte mit DM 3.100,40 eine zu vernachlässigende Größe darstellen.

Nicht folgen konnte die Kammer auch der weiteren Argumentation des Klägers, dass Leistungen, welche allein eine Ersatzbeschaffung für von den Patienten zu verantwortende Beschädigungen und Verluste von Behandlungsmitteln betreffen, aus der Degressionsberechnung herauszunehmen seien..."

7. REGELLEISTUNGSVOLUMEN FÜR ZAHNÄRZTE UND KIEFERORTHOPÄDEN

11 *SG Magdeburg, Urt. v. 10.04.2002 - S 17 KA 95/00 -*

Kieferorthopäde, Vertragszahnarzt, Zahnarzt, Regelleistungsvolumen, Abstaffelungsregelung, Honorarabstaffelung, Honorarverteilung, Honorarverteilungsgerechtigkeit, Degression, angemessenes Honorar SGB V § 85 IV, IVb

Eine **Honorarverteilung** der Zahnärzte kann eine quartalsweise geltende, **abgestaffelte**, mit zunehmenden Umsatz steigende **Verringerung** des Auszahlungsanspruchs vorsehen. Dabei ist **kein spezielles Regelleistungsvolumen für Kieferorthopäden** vorzusehen.

Es bestehen keine Bedenken, der gesetzlichen **Degression** dergestalt den **Vorrang** einzuräumen, dass sich die Basis für die Abstaffelungsregelung dann reduziert, wenn der Vergütungsanspruch von der gesetzlichen Degression erfaßt wird.

Ein **durchschnittliches Honorar für Kieferorthopäden** in Sachsen-Anhalt im Jahr 1999 von 507.600 DM (gesetzliche Degression durchschnittlich 25.975 DM, HVM-Abstaffelung 9.480 DM) und Betriebskosten von 67 %) führt zu einem Einnahmeüberschuss von etwa **150.000 DM**, der noch als **angemessen** bezeichnet werden kann.

8. RÜCKWIRKENDE INKRAFTSETZUNG EINES HVM

12 *LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urt. v. 10.04.2002 - L 1 KA 21/00 -*

Revision anhängig: B 6 KA 41/02 R

Benennen, Rückwirkung, Honorarverteilungsmaßstab, Vertrauensschutz, Pathologe, Interventionspunkt看wert SGB V § 85 IV

Ein HVM kann im Wege unechter Rückwirkung geändert werden, soweit vertrauensschutzbegründende Gesichtspunkte fehlen.

Nach *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 16.05.2001 - L 5 KA 3783/00 - RID 01-04-11 ist eine (unecht) rückwirkende Änderung des HVM im Umlaufverfahren rechtmäßig; *BSG*, Urt. v. 26.06.2002 - B 6 KA 28/01 R - hat diesen in der Revision nicht mehr angegriffenen Teil der Entscheidung bestätigt.

Nach *SG Hannover*, Urt. v. 20.03.2002 - S 16 KA 1135/99 - RID 02-04-11 führt die verspätete Veröffentlichung einer Änderung eines HVM allenfalls zur Rechtswidrigkeit eines Honorarbescheids, nicht aber zu seiner Nichtigkeit.

Zum Sachverhalt:

Die Kl., Pathologen, wandten sich u.a. gegen die Honorarbescheide für die Quartale I u. II/98, weil mit Beschl. der Vertreterversammlung d. Bekl. v. 04.04.1998 der Interventionspunkt看wert von 6 Pfg. für histologische und zytologische Leistungen rückwirkend zum Quartal I/98 zu ihren Ungunsten verändert worden war. *SG Schwerin*, Urt. v. 20.09.2000 - S 1 KA 20/99 - wies die Klage ab. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

LSG Mecklenburg-Vorpommern hält zwar die generelle **nachträgliche Herstellung des Benehens** für gesetzeswidrig, was aber dann unbeachtlich sei, wenn sich hierauf kein Kassenverband berufe.

Die **unechte Rückwirkung** des geänderten HVM sei zulässig. Anders als Korrekturen im Bewertungsgefüge des EBM knüpfe der HVM an der Verteilung der Gesamtvergütung an und habe eine geringere steuernde Wirkung. Dennoch bedürfe es sachgemäßer Gründe und einer Abwägung aller Umstände des Einzelfalles. Die begrenzte zur Verteilung anstehende Geldmenge rechtfertige die Rückwirkung, wenn auch d. Bekl. es nicht vermocht habe, zwingende Gründe für die Abschaffung der Mindestinterventionspunktwerte darzulegen. Ausnahmsweise komme es hierauf aber nicht an, da objektiv feststehe, dass das "eingesparte Honorar" anderen Arztgruppen zugute komme und **vertrauensschutzbegründende** Gesichtspunkte entfielen, da die Kl. ihre Leistungen in keiner anderen Weise durchgeführt hätten; auch hätten sie keine Nachteile genannt.

II. PRAXIS- UND ZUSATZBUDGETS

Das **BSG** hat bisher **entschieden** über die bis II/97 geltenden **Teilbudgets** (vgl. Urt. v. 08.03.2000 - B 6 KA 8 u. 16/99 R - <BSGE 86, 30 = SozR 3-2500 § 83 Nr 1>, RID 00-02-02 u. 03; Urt. v. 06.09.2000 - B 6 KA 37, 40 <BSGE 87, 112 = SozR 3-2500 § 87 Nr 26> u. 41/99 R -, RID 01-01-41 bis 43; Urt. v. 16.05.2001 - B 6 KA 69/00 R -; aus der instanzgerichtl. Praxis s.a. RID 00-03-12 u. 13), über das ab III/97 geltende **Praxisbudget** (vgl. Urt. v. 08.03.2000 - B 6 KA 7/99 R - <BSGE 86, 16 = SozR 3-2500 § 87 Nr 23> RID 00-02-04) sowie verschiedenen **Zusatzbudgets** (Urt. v. 16.05.2001 B 6 KA 53/00 R - <SozR 3-2500 § 87 Nr 31> und B 6 KA 47/00 R - < SozR 3-2500 § 87 Nr 30>; **BSG**, Urt. v. 15.05.2002 - B 6 KA 33/01 R < zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen> - u. - B 6 KA 21/00 R - hat entschieden, dass die Bemessung des **Praxisbudgets** für die **Hautärzte** einschließlich des dabei einberechneten **Kostensatzes** von 54,1 % für die Quartale I bis III/98 nicht zu beanstanden war. Allerdings wird der Bewertungsausschuss im Hinblick auf die seitdem eingetretenen weiteren Veränderungen verpflichtet sein, bis zum 01.01.2003 den für die Hautärzte festgelegten Kostensatz zu überprüfen und ggf. neu festzusetzen (zu weiteren Revisionsverfahren vgl. Anhang I); zur **Instanzenpraxis** s. zuletzt RID 02-04-16, RID 02-03-A II (S. 17 ff.) und RID 02-02-17.

Zur **Systematik der Praxis- u. Zusatzbudgets** s. die Kommentierung v. Wezel/Liebold, Handkomm. zum EBM, BMÄ, EGO u. GOÄ, S. 8-33 ff.; danach (S.8-41) ergeben sich bis zu 73 qualifikationsbezogene und 16 bedarfsabhängige Zusatzbudgets; zur Problematik der Kostensätze s. bereits *Hesral*, NZS 2000, S. 596 ff.

1. UNTERSCHIEDLICHE BUDGETVORGABE (HAUSÄRZTLICHE INTERNISTEN/ALLGEMEINÄRZTE)

13 *LSG Niedersachsen-Bremen*, Urt. v. 26.06.2002 - L 3 KA 104/01 -

Revision anhängig: B 6 KA 37/02 R

Praxisbudget, Honorarverteilung, Gleichbehandlungsgebot, Bewertungsausschuss, hausärztlich tätiger Internist, Allgemeinarzt, Anfangs- und Erprobungsregelung
SGB V §§ 73 I 2, Ia, 85 IV, 87 II u. IIa; GG Art. 3 I; EBM Nr. 1.5 u. 3 Allg. Best. Teil B

Leitsatz:

Zur Unzulässigkeit unterschiedlicher Budgetvorhaben für Allgemeinärzte und für ebenfalls an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Internisten.

Zum Sachverhalt:

Der Kl., ein hausärztlich tätiger Internist, wandte sich gegen die unterschiedliche Höhe des von ihm jeweils überschrittenen Praxisbudgets ab dem Quartal III/97 gegenüber Allgemeinärzten. Nach dem EBM beträgt dieses für Internisten im Bereich R/M 1.035 u. 655 Punkte gegenüber 1.175 (um 13,5 % erhöht) u. 585 Punkte für Allgemeinärzte, aufgrund regionaler Fallpunktzahlen (Nr. 3 der Allg. Best. A I Teil B) nur 1.011,30 u. 527,70 gegenüber 1.375,60 (um 36 % erhöht) u. 538,60 Punkte. Im Quartal III/97 betrug sein Praxisbudget 504.466 Punkte gegenüber dem von ihm begehrten, auf der Grundlage der Werte für Allgemeinärzte berechneten Praxisbudget von 621.268 Punkten. *SG Hannover*, Urt. v. 31.10.2001 - S 5 KA 466/98 - wies die Klage ab. Das **LSG** verurteilte die bekl. KV zur Neubeseidung ab dem Quartal II/98.

LSG Niedersachsen-Bremen sieht einen Verstoß gegen das **Gleichbehandlungsgebot** nach Art. 3 I GG durch den **Bewertungsausschuss**, weil es an sachlichen Gründen für die unterschiedliche Behandlung beider Gruppen fehle. Ab dem Quartal II/98 hätte aufgrund der Beobachtungs- und Reaktionspflicht eine Änderung des EBM erfolgen müssen. Beide Arztgruppen hätten **gleiche Behandlungs- und Abrechnungsmöglichkeiten**. Das Ziel der Punktwertstabilisierung rechtfertige keine abweichende Budgetberechnung. Diese beruhe auf einem **atypischen regionalen Abrechnungsverhalten** in der Vergangenheit, für das jedenfalls hinsichtlich des Ausmaßes der Differenzen keine plausiblen Gründe erkennbar seien und auch von den Beteiligten nicht hätten aufgezeigt werden können. Aus der Steuerungsfunktion des EBM und aus der annähernd gleichen Kostenstruktur ergebe sich kein Grund. Der Bewertungsausschuss müsse zunächst eine grundgesetzkonforme Neuregelung vornehmen, danach habe die Bekl. neu zu bescheiden. Für die Quartale III/97 bis I/98 sei die Regelung als Anfangs- und Erprobungsregelung hinzunehmen.

2. ERWEITERUNG VON ZUSATZBUDGETS

Zur Erweiterung von Zusatzbudgets vgl. zuletzt RID 02-04-A II 1.

A) BERÜCKSICHTIGUNG VON RENTNERFÄLLEN

14 *LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 20.08.2002 - L 6 KA 82/01 -*

Revision anhängig: B 6 KA 47/02 R

Zusatzbudget, Honorarverteilung, Allgemeinarzt, Rentneranteil, Rentnerfälle, Versorgungsschwerpunkt, Praxis-schwerpunkt, Fallpunktzahl

SGB V §§ 85 IV, 87 II u. IIa; EBM A.I. Teil B Nr. 4.3

Es ist nicht zu beanstanden, dass der EBM für die Zusatzbudgets einheitliche Fallpunktzahlen für Rentner und Mitglieder vorsieht.

S. bereits zu der ähnl. Problemlage bei Teilbudgets *LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 11.09.2001 - L 6 KA 81/00 - RID 02-03-16 (Revision anhängig: B 6 KA 13/02 R)*.

Zum Sachverhalt:

Der Kl., ein praktischer Arzt, begehrte ohne Erfolg ab dem Quartal III/97 eine Erhöhung bedarfsabhängiger Zusatzbudgets (Betreuung in beschützenden Einrichtungen, Phlebologie, Allergologie und Pneumologie) wegen eines überdurchschnittlichen Rentneranteils (nach seinem Vortrag zwischen 52,6 % und 67,9 % gegenüber 28,5 % und 38,5 % der Fachgruppe). *SG Kiel, Urt. v. 29.08.2001 - S 15 KA 137/00 -* wies die Klage ab. Die *Berufung* blieb ohne Erfolg.

LSG Schleswig-Holstein sieht im **erhöhten Rentneranteil** d. Kl. keinen Schwerpunkt i.S.d. Vorschriften zur **Budgeterweiterung** des EBM (Allg. Best. A I B 4.3), die auf spezifische Krankheitsfälle oder Betreuungsleistungen und nicht auf die abgerechneten Leistungsnn. abstellten. Es könne dahinstehen, ob eine Grenze von 30 oder 20 v.H. maßgebend sei, da d. Kl. diese nicht annähernd erreiche. Soweit d. Kl. einen **Strukturmangel** wegen **einheitlicher Fallpunktzahlen** für alle Versichertengruppen rüge, begründe dieser nicht die beim Kl. bei allen Gruppen festzustellende erhöhte Leistungsanforderung. Der Vortrag d. Kl. überzeuge auch aus anderen Gründen nicht:

"So verkennt er, dass der Normgeber des EBM einen erhöhten Rentneranteil der einzelnen Praxis bereits durch die Zuerkennung einer erheblich **höheren Fallpunktzahl für Rentner im Praxisbudget** berücksichtigt hat. Hier weist der Kläger selbst auf die Punktzahl 1.360 für Rentner gegenüber 533 Punkten für Mitglieder und Familienversicherte hin. Gegenüber diesen Punktzahlen stellen bereits die Zusatzbudgets nur einen sehr geringen Anteil dar. So lag das Zusatzbudget im Bereich der Pneumologie bei 7 Punkten und bei der Sonographie bei 35 Punkten. Von einem gleichheitswidrigen Strukturmangel des EBM kann schon aus diesen Gründen, jedenfalls in Beziehung auf den Kläger, keine Rede sein."

14a *Parallelentscheidung: LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 20.08.2002 - L 6 KA 86/01 -*

Revision anhängig: B 6 KA 48/02 R

B) UNTERGRUPPENEINTEILUNG

AA) STEIGERUNGSMÖGLICHKEIT FÜR KLEINE PRAXEN

15 *LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 26.06.2002 - L 3 KA 55/01 -*

Revision anhängig: B 6 KA 38/02 R

Zusatzbudget, Honorarverteilung, Allgemeinarzt, Untergruppe, Budgeterweiterung, kleine Praxis, Fallpunktzahl
SGB V §§ 85 IV, 87 II u. IIa 8; EBM A.I. Teil B Nr. 4.3

Leitsatz:

Die in der Anlage 4 Abs. 3 zum Abschnitt A I. Allgemeine Bestimmungen Teil B des EBM i.d.F. vom 01.07.1997 bei der Berechnung von Fallpunktzahlen für Zusatzbudgets vorgesehene Möglichkeit einer Differenzierung nach unter- und überdurchschnittlichem Punktzahlfallwert aus Leistungen des Zusatzbudgets muss Ärzten mit einem unterdurchschnittlichen Gesamthonorar die Chance eines Wechsels in die Untergruppe mit überdurchschnittlichem Punktzahlfallwert vermittelt einer Leistungs- und Fallzahlausweitung im Bereich der Zusatzbudgets belassen.

Zum Problem der Änderung des Abrechnungsverhaltens s. *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 15.08.2001 - L 5 KA 4203/00 - RID 02-01-18.

Zum Sachverhalt:

Der klagende Facharzt für Allgemeinmedizin wandte sich gegen die ab dem Quartal IV/97 geltende Zuordnung seines Zusatzbudgets "Psychosomatik, übende Verfahren" zur - unterdurchschnittlichen - Untergruppe mit einer Fallpunktzahl von 6,5 (Gesamtdurchschnitt: 17,6; überdurchschnittliche Untergruppe: 40,2). Er rechnete in den Quartalen I/96 bis IV/97 durchschnittlich (Nrn. 850/851 EBM) je Fall 14,4, 8,7, 21,1, 55,3, 66,5, 62,1, 62,1 und 71,0 Punkte ab. Im Quartal IV/97 wurden von 55.000 angeforderten Punkten im Zusatzbudget 5.037,5 Punkte angerechnet (Quote: 9,1591 %). Im Jahr 1997 betrug sein Gesamthonorar 225.036,21 DM bei unterdurchschnittlicher Fallzahl gegenüber der Fachgruppe von 355.167,14 DM. Von Nov. 1993 bis Feb. 1997 war er wegen einer Depression mit ausgeprägten Zwangsstörungen in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung. *SG Hannover*, Urt. v. 16.05.2001 - S 5 KA 705/98 - wies die Klage ab. Die *Berufung* führte zur Verurteilung, das Honorar unter zugrundelegung der Fallpunktzahl 40,2 für das Zusatzbudget erneut festzusetzen.

LSG Niedersachsen-Bremen hält das **Anknüpfen an** die Abrechnung in den **Bezugsquartalen I u. II/96 nur mit Einschränkungen** für **zulässig**. Unter Hinweis auf *BSG*, Urt. v. 16.05.2001 - B 6 KA 47/00 R - SozR 3-2500 § 87 Nr. 30 u. Urt. v. 21.10.1998 - B 6 KA 71/97 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 28 legt der Senat dar, dass insb. Praxisanfängern und - wie hier - **kleineren Praxen** die Chance belassen werden müsse, das **durchschnittliche Umsatzniveau** einer Arztgruppe zu erreichen. D. Kl. müsse durch eine Ausweitung speziell seiner vom Zusatzbudget erfassten Leistungen in die Untergruppe der Ärzte mit überdurchschnittlichem Punktzahlfallwert wechseln können, um auf diesem Wege dem durchschnittlichen Gesamthonorar der Fachgruppe näher zu kommen. Die Steigerung seines Punktzahlfallwertes auf 71 in IV/97 sei auch in erster Linie auf eine Steigerung der Zahl der Patienten zurückzuführen, gegenüber denen d. Kl. von dem Zusatzbudget erfasste Leistungen erbracht habe.

BB) PRAXISSCHWERPUNKT

16 SG Hamburg, Urt. v. 30.10.2002 - S 27 KA 54/99 -

Zusatzbudget, Honorarverteilung, Allgemeinarzt, Untergruppe, Budgeterweiterung, Praxisschwerpunkt, Behandlungsschwerpunkt, Psychosomatik

SGB V §§ 85 IV, 87 II u. IIa 8; EBM A.I. Teil B Nr. 4.3

Ein besonderer Behandlungsschwerpunkt i.S.d. Erweiterungsvorschrift nach Nr. 4.3 Allg. Best. Teil B EBM liegt jedenfalls dann nicht vor, wenn der Anteil der Zusatzbudget-Leistungen an der Gesamtpunktzahlanforderung 8,06 % und damit erheblich unter 10 % beträgt.

Zum Sachverhalt:

Die klagende Ärztin für Allgemeinmedizin war für das qualifikationsgebundene Zusatzbudget Psychosomatik der höheren Untergruppe ("Überschnitt"), 64 Punkte je Fall (demgegenüber "Unterschnitt": 10 Punkte), zugeordnet worden. Sie begehrte für die Quartale ab III/97 erfolglos eine Erweiterung nach Nr. 4.3 Allg. Best. Teil B EBM. Unter Hinweis auf die Verlagerung des Praxisschwerpunktes und Spezialisierung erhob sie Klage, die das SG abwies.

SG Hamburg legt u.a. dar, dass für die Frage des **Schwerpunkts** der Anteil der Zusatzbudget-Leistungen an der Gesamtpunktzahlanforderung und nicht allein an den im Praxisbudget angeforderten Leistungen maßgebend sei. Auszugehen sei somit nicht von einem Anteil von durchschnittlich 16,73, sondern von 10,03 % bis 6,08 %, durchschnittlich in III/97 bis II/98 von 8,06 % und damit erheblich unter 10 %. Wenn d. Kl. auch den Fachgruppenanteil um ein Mehrfaches übersteige, so sei dies mit dem "Überschnitt" bereits zu einem erheblichen Teil berücksichtigt. Ein besonderer Behandlungsschwerpunkt i.S.d. Erweiterungsvorschrift liege damit nicht vor.

CC) NICHT REPRÄSENTATIVE VERGLEICHSQUARTALE

17 SG Hamburg, Urt. v. 30.10.2002 - S 27 KA 122/99 -

Zusatzbudget, Honorarverteilung, Allgemeinarzt, Untergruppe, Budgeterweiterung, Praxisschwerpunkt, Behandlungsschwerpunkt, Psychosomatik, Sonographie

SGB V §§ 85 IV, 87 II u. IIa 8; EBM A.I. Teil B Nr. 4.3; A.I. Teil B Anl. 4 Abs. 1 u. 3

Für die Zuordnung zu einer Untergruppe eines Zusatzbudgets kommt es angesichts der Vorgaben im EBM auf die Repräsentativität der Vergleichsquartale nicht an.

Zum Sachverhalt:

Die klagenden Ärzte für Allgemeinmedizin begehrten erfolglos eine Erweiterung der qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets "Psychosomatik" und "Sonographie", bei denen sie der Untergruppe mit unterdurchschnittlichem Punktzahlfallwert ("Unterschnitt" mit 10 bzw. 23 Punkten) zugeordnet waren. Sie wiesen darauf hin, die Abrechnung der maßgebenden Vergleichsquartale I u. II/96 sei nicht repräsentativ gewesen. Das SG wies die Klage ab.

SG Hamburg führt u.a. aus, auf die **Repräsentativität der Vergleichsquartale** komme es angesichts der für die bekl. KV maßgebenden Vorgaben im EBM nicht an, weshalb nicht darauf eingegangen werden müsse, ob die Nr. 851 von d. Kl. offenbar zu Unrecht nicht abgerechnet worden sei. Es fehle auch an ernsthaften Anhaltspunkten für wesentliche Änderungen in den tatsächlichen Verhältnissen. Ein besonderer **Behandlungsschwerpunkt** i.S. eines messbaren Einflusses auf den Anteil der auf den Spezialisierungsbereich entfallenden abgerechneten Punkte an der Gesamtpunktzahl der Praxis liege mit Abrechnungsanteilen von 3,2 bis 5,5 % und durchschnittlich 4,3 % im Bereich Psychosomatik und nur 2,0 bis 2,9 % und durchschnittlich 2,3 % im Bereich Sonographie nicht vor.

III. SACHLICH-RECHNERISCHE BERICHTIGUNG

1. HONORARRÜCKFORDERUNG WEGEN UNZULÄSSIGER GEMEINSCHAFTSPRAXIS

18 *LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 13.08.2002 - L 3 KA 161/02 ER* - MedR 2002, 540

Gemeinschaftspraxis, freie Praxis, Vertragsarztsitz, Freiberufler, Nullbeteiligungsgesellschaft
SGB V §§ 85 IV, 103 IV, VI; Ärzte-ZV §§ 32, 33; GG Art. 3 I; 12 I

Eine **Gemeinschaftspraxis** setzt **keine Gleichberechtigung** ihrer Mitglieder in dem Sinne voraus, dass vertraglich gleiche Rechte und Pflichten der Teilhaber in Berufsausübung und Praxisführung vereinbart sind.

Diese Wertung obliegt dem Gesetzgeber; er hat jedoch versäumt, durch konkreter gefasste normative Vorgaben seine Wertungsentscheidung zu verdeutlichen. Jedenfalls unter Berücksichtigung der nachhaltigen Grundrechtsrelevanz ist es den Gerichten verwehrt, das Fehlen klarer gesetzgeberischer Vorgaben durch eigene Wertfestlegungen zu ersetzen und aufgrund eigenständiger Gewichtung **Nullbeteiligungsgesellschaften** für unzulässig zu erklären. Dafür ist um so weniger Raum, als das Ausmaß der Beteiligung am Gesellschaftsvermögen und am Gewinn und Verlust der Praxis als solches keinen unmittelbaren Rückschluss auf das Maß der persönlichen und wirtschaftlichen Unabhängigkeit zulässt. Das Maß der persönlichen Freiheit und Unfreiheit eines Partners in einer Gemeinschaftspraxis beurteilt sich keineswegs allein nach prozentualen Anteilen am Gesellschaftsvermögen und an den Gesellschaftseinkünften, diese Positionen bilden vielmehr nur einzelne Punkte, die neben anderen Faktoren bei der gebotenen Gesamtbetrachtung zu berücksichtigen wären. Eine Beteiligung an einer Gemeinschaftspraxis im Rahmen eines **anstellungsähnlichen Verhältnisses** ist grundsätzlich zulässig. Selbst bei Unzulässigkeit einer solchen Gemeinschaftspraxis ist es fraglich, ob erbrachte Leistungen nicht zu vergüten sind. Schließlich spricht im Rahmen der vorliegend allein möglichen summarischen Beurteilung der Rechtslage Überwiegendes dafür, auch die Zulässigkeit der Übertragung eines im Rahmen einer anstellungsähnlichen Beteiligung an einer Gemeinschaftspraxis ohne persönliche Teilhabe am Praxisvermögen wahrgenommenen Vertragsarztsitzes im Rahmen von § 103 IV und VI SGB V zu bejahen. Ist der ausscheidende Vertragsarzt weder am Vermögen noch am Gewinn der Gemeinschaftspraxis und damit auch nicht an dem sog. Goodwill beteiligt, hat dies freilich zur Folge, dass der Vertragsarztsitz als solcher auch keinen vom Übernehmer abzugeltenden Verkehrswert aufweist.

Nach *OLG Koblenz*, Beschl. v. 02.03.2000 - 2 Ws 92, 93 u. 94/00 - Juris u. MedR 2001, 144 begeht ein Arzt, der die Kassenzulassung von bei ihm im Angestelltenverhältnis beschäftigten Ärzten durch Vorlage von **Scheinverträgen** über ihre Aufnahme als Freiberufler in eine Gemeinschaftspraxis erschleicht und die von ihnen erbrachten Leistungen als solche der Gemeinschaftspraxis abrechnet, einen **Betrug** zum Nachteil der KV.

2. ORTHOPÄDIE NR. 462 EBM

19 *SG Reutlingen, Urt. v. 17.07.2002 - S 1 KA 402/00* - (rechtskräftig)

Ischiofemorale Blockade, Plexusanästhesie, Leitungsanästhesie, Orthopädie
EBM Nrn. 451, 462, 463, 490

Eine ischiofemorale Blockade erfüllt als Plexusanästhesie die Nr. 462 EBM und ist nicht als geringer bewertete Leitungsanästhesie nach Nr. 451 EBM abzurechnen.

SG Dortmund, Urt. v. 28.06.2000 - S 9 KA 306/99 - RID 01-02-25 setzt sich bereits ausführlich mit dem Leistungsinhalt der Nr. 462 EBM (Plexus- oder Spinal- oder Periduralanästhesie) auseinander; zur Abgrenzung der Nrn. 443 u. 462 EBM s. *BSG*, Urt. v. 12.12.2001 - B 6 KA 88/00 R - SozR 3-5533 Nr 443 Nr 1.

3. ZAHNÄRZTE

A) ANTRAGSFRIST DER KRANKENKASSE OHNE DRITTSCHÜTZENDEN CHARAKTER

20 LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 08.05.2002 - L 5 KA 2881/01 -

Antragsfrist, Antrag, sachlich-rechnerische Berichtigung, Krankenkasse, Wurzelspitze Wurzelspitzenresektion
BMV-Z § 19; EKV-Z § 12; BEMA-Z Nrn. 54b, 54c

Weder aus § 19 BMV-Z noch aus § 12 EKV-Z ergibt sich, dass eine sachlich-rechnerische Berichtigung nur auf Antrag einer Krankenkasse erfolgen darf.

§ 12 EKV-Z schließt lediglich nach zwei Monaten nach Eingang der Abrechnungsunterlagen einen Antrag der Krankenkasse aus, wenn die KZV selbst eine Berichtigung nicht für erforderlich hält. Diese Antragsfrist hat keine den Vertragszahnarzt schützenden Charakter. Sie dient lediglich der Verwaltungsabwicklung der KZV, die nach Fristablauf Anträge der Krankenkasse nicht mehr bearbeiten muss.

Nrn. **54b und 54c BEMA-Z** können nur einmal je Zahn, nicht je Wurzelspitze abgerechnet werden.

Vorinstanz: SG Karlsruhe, Urt. v. 23.05.2001 - S 1 KA 1153/00 -, Klageabweisung; das **LSG** wies die Berufung zurück.

Nach **BSG**, Urt. v. 27.06.2001 - B 6 KA 66/00 R - SozR 3-2500 § 106 Nr 53 dürfen in einer auf § 106 III SGB V beruhenden **Prüfvereinbarung** die Anforderungen an das Vorliegen eines wirksamen Prüfantrags nicht durch fristgebundene Begründungs- und Beibringungspflichten des Antragstellers verschärft werden.

Zur Berichtigung der **Nrn. 54 BEMA-Z** vgl. zuletzt **BSG**, Beschl. v. 15.05.2002 - B 6 KA 82/01 B - RID 02-03-50; zur **Instanzenpraxis** s. ferner RID 01-03-A V 3.

B) NR. 56C (ZY 3) - MINDESTGRÖÖE EINER ZYSTE

21 LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 19.04.2002 - L 6 KA 34/99 -

Zyste, Zystektomie, Röntgenbild, Pathologiebericht, sachlich-rechnerische Berichtigung, Wundversorgung, Operationsleistung, Wurzelspitzenresektion, Lippenbändchen
BEMA-Z Nr. 56c, 57; GoÄ 1965 Nrn. 168, 169, 175

Nr. 56c BEMA-Z ist bei kleinen Zysten nicht abrechenbar.

Maßgebend ist, ob mit der Entfernung der Zyste ein zusätzlicher operativer Aufwand verbunden ist. Dies ist der Fall, wenn Zysten einen Durchmesser über 10 mm haben, da dann eine Entfernung durch das 5 bis 6 mm große Knochenfenster nicht möglich ist. Nr. 56c kann dann ohne weiteres abgerechnet werden. Klein sind damit stets Zysten mit einem Durchmesser von 6 mm und weniger. Im Bereich von 6 bis 10 mm hat der Vertragszahnarzt den erhöhten Mehraufwand nachzuweisen. Die Angabe der Diagnose reicht hierfür regelmäßig nicht aus. Der Nachweis kann durch Röntgenbilder erfolgen, in besonderen Fällen auch durch den Pathologiebericht, auch durch Angaben des Vertragszahnarztes selbst. Die KZV kann im Einzelfall eine besondere Begründung verlangen.

Die **Nr. 57 BEMA-Z** ist auch für die Durchtrennung des Lippenbändchens im Zusammenhang mit einer Wurzelspitzenresektion oder anderen ortsnah durchgeführten Operationen abrechenbar, wenn ein korrekturbedürftiger Zustand am Lippenbändchen unabhängig von der Operation bestand.

Die **Wundversorgung** gehört zur Operationsleistung selbst, auch wenn sie nicht ausdrücklich aufgeführt ist, und wird mit dieser abgegolten. Die grundsätzlich abrechenbaren Nrn. Ä 168, A 169 u. Ä 175 GoÄ 1965 können dann nicht abgerechnet werden.

Vorinstanz: SG Kiel, Urt. v. 30.04.1999 - S 13 KA 42/98 - Klageabw., das **LSG** verurteilte zur Neubeseidung bzgl. der Nr. 56c BEMA-Z u. z.T. der Nr. 57 BEMA-Z und wies im übrigen die Berufung zurück.

BSG, Beschl. v. 13.12.2000 - B 6 KA 28/00 B -RID 01-02-66 bestätigt **LSG Rheinland-Pfalz**, Urt. v. 24.02.2000 - L 5 Ka 50/97 - RID 00-02-33, wonach die Abrechnung der Nr. 56c (Zy 3) nur dann möglich ist, wenn es sich um eine Zyste von einiger Größe handelt und sie röntgenologisch nachweisbar ist.

c) BERATUNG UND INDIVIDUALPROPHYLAXE

22 SG Freiburg, Urt. v. 17.07.2002 - S 1 KA 3397/00 - Berufung zugelassen

Individualprophylaxe, Individualprophylaxevereinbarung, Beratung, Akuterkrankung, IP-Leistungen
Vereinbarung über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen; BEMA-Z Nrn. IP 1 bis IP 5; Ä 1

Die zahnmedizinische Individualprophylaxe dient der Vorbeugung gegen Karies und Parodontal-Erkrankungen und umfasst daher nicht die Behandlung akuter Erkrankungen mit allen dazu erforderlichen Maßnahmen. In ihrem Mittelpunkt steht die Beratung, weshalb die Ä 1 insoweit in den IP-Leistungen enthalten ist. Bei einer gleichzeitigen Akuterkrankung kann sie aber gesondert abgerechnet werden.

d) MKG-CHIRURG: Ä 175, Ä 195, Ä 634, Ä 642

23 SG Freiburg, Urt. v. 17.07.2002 - S 1 KA 257/99 -

Kieferhöhle, Hautlappenplastik, Aufklappung, Nervlösung, Operation, MKG-Chirurg
GOÄ 1965 Nrn. Ä 175, Ä 195, Ä 634, Ä 642

Neben der Nr. Ä 642 (Aufmeißelung einer Kieferhöhle) ist zeitgleich und im gleichen Gebiet nicht die Nr. Ä 634 (Einfache Eröffnung der Kieferhöhle) abrechenbar.

Die zusätzliche Abrechnung einer Hautlappenplastik nach Nr. Ä 175 im Zusammenhang mit Operationen, die eine Aufklappung erfordern, ist in der Regel ausgeschlossen.

Die Abrechnung einer Nervlösung nach Nr. Ä 195 im Zusammenhang mit anderen Operationen ist nicht separat abrechenbar.

IV. FACHKUNDE - THEORIENACHWEIS PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUT

24 SG Hamburg, Urt. v. 30.10.2002 - S 3 KA 381/01 -

Fachkundenachweis, Psychotherapie, Theorienachweis, Arztregister, Ausbildungsinstitut, Richtlinienverfahren
SGB V §§ 95 II 2, 95c Satz 1; PsychThG § 12

Die theoretische Fachkunde Psychologischer Psychotherapeuten kann auch an nicht von der KBV anerkannten Instituten erworben worden sein.

In den Urteilsgründen weist SG Hamburg auf **SG Köln**, Urt. v. 03.05.2000 - S 19 KA 86/99 - RID 00-03-06 (P.u.R 2001, 33) hin, wonach die Ausbildung nicht allein an KBV-anerkannten Instituten erfolgen müsse; zweifelnd auch **LSG Bayern**, Beschl. v. 26.10.2000 - L 12 B 205/00 KA ER -RID 01-03-12; anders **SG Dortmund**, Urt. v. 09.01.2001 - S 26 KA 117/00 - RID 01-03-08 (MedR 2001, 382).

Nach **BSG**, Urt. v. 06.11.2002 - B 6 KA 37 u. 38/01 R - (vgl. Presse-Mitteilung Nr. 54/02) ist die **KV als Registerstelle** an die Erteilung der **Approbation** durch die zuständige Landesbehörde **gebunden**. Diese Bindung gilt nicht nur in der Weise, dass sie den Tatbestand einer erteilten Approbation nicht in Frage stellen darf. Sie **hindert** sie darüber hinaus, die für die Approbation nachgewiesene Qualifikation in der Sache einer **erneuten Prüfung** zu unterziehen. Im Rahmen der ihr originär obliegenden **Fachkundeprüfung** hat sie zu klären, ob die für die Approbation nachzuweisenden Behandlungen in einem zur Leistungspflicht der Krankenkassen gehörenden **Behandlungsverfahren** durchgeführt worden sind. In diesem Rahmen darf sie die Fachkunde verneinen, wenn die im Approbationsverfahren nachgewiesenen Behandlungsstunden bzw die vorgelegten Falldokumentationen formal den gesetzlichen Anforderungen nicht entsprechen, also etwa die vorgegebenen Fallzahlen nicht erreicht sind; dann ist nämlich nicht nachgewiesen, dass in hinreichendem Umfang Behandlungen in einem anerkannten Verfahren durchgeführt worden sind. Abgesehen von dieser Ausnahmelage ist die KV zu einer (erneuten) Prüfung der materiellen Voraussetzungen der Approbation nicht berechtigt.

Zum Fachkundenachweis (vom Verwaltungsleiter einer Klinik unterschriebene Bescheinigung über 4000 Behandlungsstunden) vgl. zuletzt **LSG Bayern**, Urt. v. 06.03.2002 - L 12 KA 42/00 - RID 02-04-24

Zum Sachverhalt:

Die Kl., eine approbierte Psychologische Psychotherapeutin, beantragte im März 2000 bei der bekl. KV die Eintragung in das Arztregister. Dies lehnte die KV wegen des fehlenden Fachkundenachweises ab. Von den in der Klinik, in der d. Kl. beschäftigt war, bescheinigten 288 Theoriestunden im Rahmen der klinikinternen wie externen Fortbildung seien 2/5 von Frau Dr. H. durchgeführt worden, die weder eine Weiterbildungsermächtigung besessen habe noch sonst von der KBV anerkannt worden sei. Das **SG** verurteilte zur Eintragung in das Arztregister.

SG Hamburg bejaht den **Fachkundenachweis** (§§ 95 II 2, 95c Satz 1 SGB V). Unstreitig sei die **theoretische Ausbildung** in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, einem **Richtlinienverfahren**, erfolgt. Eine weitere Einschränkung nehme das Gesetz nicht vor. Insbesondere folge aus der Bezugnahme auf vom Bundesausschuss anerkannte Verfahren nicht zugleich, dass nur Ausbildungen an Instituten mit **KBV-Anerkennung** angerechnet werden könnten, was die Kammer näher begründet. Die Ausbildung durch Frau Dr. H., einer Ärztin für Psychotherapie, reiche aus.

V. WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG

1. WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG UND EBM-BUDGETIERUNG

25 *SG für das Saarland*, Urt. v. 19.06.2002 - S 2 KA 164/01 -

Revision anhängig: B 6 KA 55/02 R

Wirtschaftlichkeitsprüfung, Budgetierung, Praxisbudget, Honorarquote
SGB V § 106; GG Art. 3 I

Es ist nicht zu beanstanden, dass die Wirtschaftlichkeitsprüfung erst nach zuvor erfolgter Budgetierung durchgeführt wird, denn die Budgetierung begrenzt nicht die Anzahl der abrechenbaren Leistungen, sondern lediglich das Ausmaß, bis zu dem Leistungen in voller Höhe vergütet werden, so dass das auf die einzelnen Leistungen entfallende Honorar abhängig von der Zahl der insgesamt erbrachten Leistungen sinkt. Eine Berechnung der Kürzungssumme ist rechtmäßig, soweit die aufgrund der Budgetierung bereits punktzahlmäßig reduzierten Leistungen gekürzt werden.

Zur **Instanzenpraxis** s. zuletzt *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 05.06.2002 - L 11 KA 10/02 u. 272/01 - RID 02-04-06 u. 07 (Revision anhängig) mit ausf. Hinweisen zur Rspr. und diese Ausgabe unter A I 6. Zulässige Kumulation bei Degressionskürzung.

Zum Sachverhalt:

Der Kl., ein Allgemeinarzt, wandte sich gegen die Kürzung der GO-Nr. 60 EBM auf 200 % des Durchschnitts (14,5 mal pro 100 Fälle gegenüber 96,9 beim Kläger, Überschreitung von 568,3 %) der ausführenden Ärzte (429 Praxen) im Quartal IV/99. Die Kürzung umfasste insgesamt 104.400,8 Punkte. Er trug vor, insgesamt 2.145.425,5 Punkte abgerechnet zu haben, von denen aber durch das Praxisbudget nur 971.662,6 Punkte anerkannt worden seien. Seine Abrechnung sei also um 1.153.761,6 Punkte (= 54,71 %) gekürzt worden. Kürzungen wegen Unwirtschaftlichkeit hätten vor der Budgetierung zu erfolgen. Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung unter den gegebenen Umständen sei ein reines Nullsummenspiel und verstoße daher gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB V. Die **Bekl. wandte ein**, die Budgetierung habe bei dem Kl. zur Folge, dass die Leistung nach der Nr. 60 EBM nicht mit 320, sondern mit 145,4 Punkten pro erbrachter Leistung vergütet würden. Dies entspreche einer Gesamtvergütung von rund 149.035 Punkten (145,4 Punkte mal 1.025 erbrachter Leistungen nach Nr. 60 EBM). Pro Behandlungsfall ergebe sich hieraus ein Fallwert von rund 140,9 Punkten (149.035 Punkte dividiert durch 1.058 Behandlungsfälle). Bei der Ermittlung der Gesamtkürzungssumme sei bei einer zu kürzenden Anzahl von 718,382 Leistungen nach Nr. 60 EBM auch die tatsächlich zur Vergütung anstehende Honorarforderung pro erbrachter Leistung von 145,4 Punkten heranzuziehen. Die Ausführung des Klägers, dass aufgrund der erfolgten Kürzung nach Budgetierung nicht einmal das normale Praxisbudget erreicht worden sei, berücksichtige nicht die Ziele einer Budgetierung. Die durch den EBM geregelten Budgets stellten lediglich die höchstmögliche Gesamtvergütung dar. Das **SG** wies die Klage ab.

SG für das Saarland legt zunächst dar, dass die **Wirtschaftlichkeitsprüfung** rechtmäßig sei. Nicht zu beanstanden sei auch, dass die Wirtschaftlichkeitsprüfung erst **nach zuvor erfolgter Budgetierung** durchgeführt worden sei. Die rechtmäßige Budgetierung begrenze nicht die Anzahl der abrechenbaren Leistungen, sondern lediglich das Ausmaß, bis zu dem Leistungen in voller Höhe vergütet würden, so dass das auf die einzelnen Leistungen entfallende Honorar abhängig von der Zahl der insgesamt erbrachten Leistungen sinke (vgl. hierzu **BSGE** 86, 16, 18 f. => SozR 3-2500 § 87 Nr 23>):

"Das **Bundessozialgericht** hat in neueren Entscheidung vom 15.05.2002 (vgl. Urteil im Verfahren B 6 Ka 30/00 R), das allerdings zum Zeitpunkt der vorliegenden Entscheidung nur in Form einer Presseveröffentlichung bekannt war, das **Verhältnis zwischen Budgetierung und Wirtschaftlichkeitsprüfung** dahingehend charakterisiert, dass nach dem Sinn und Zweck der Wirtschaftlichkeitsprüfung deren Ergebnis auch bei Ausschöpfung der Budgets spürbar sein muss, da nur so die wiederholt vom Bundessozialgericht betonte Pflicht, das Wirtschaftlichkeitsgebot durch Wirtschaftlichkeitsprüfungen um- und durchzusetzen, genüge getan werden kann (vgl. insoweit Pressemitteilung Nr. 25/02 vom 17.05.2002). Zwar bezieht sich diese Entscheidung auf die Frage der Verrechenbarkeit von Praxis- und Zusatzbudgets im Zusammenhang mit der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Allerdings beinhaltet sie die - ebenso von der Kammer getragene - grundsätzliche Aussage, dass auch bei der

Anwendung der Regelungen über Praxis- und Zusatzbudgets nach Abschnitt A. I. Teil B die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V als Ausdruck des in § 12 Abs. 1 SGB V grundsätzlich verankerten Wirtschaftlichkeitsgebotes **nicht leerlaufen darf**. Genau dieses würde aber im vorliegenden Fall geschehen, soweit unwirtschaftliches Handeln bei Überschreitung der Budgetgrenze keinerlei Auswirkungen mehr hätte. Dies hätte nach Auffassung der Kammer im Übrigen zur Folge, dass ein Verstoß gegen Art. 3 GG (Gleichheitsgrundsatz) vorliegen würde. Grundsätzlich ist hiernach Gleiches gleich und Ungleiches ungleich zu behandeln. Wieso ein Arzt, der sich bemüht, im Rahmen der Budgetgrenzen zu bleiben, darüber hinaus unter Umständen noch das Risiko einer weiteren Honorarkürzung hinzunehmen haben sollte, während der Arzt, der, ohne auf Budgetgrenzen zu achten, letztlich risikolos unwirtschaftliche Leistungen erbringen könnte, da bei Wirtschaftlichkeitsprüfung vor Budgetierung maximal ohnehin nur das Budget ausgezahlt werden kann, ist unter Beachtung dieses **Gleichheitsgrundsatzes** nicht hinnehmbar. In der Überschreitung bzw. Nichtüberschreitung der Budgetgrenze liegt insbesondere auch kein derart abweichender Sachverhalt, dass hier im Rahmen des Art. 3 GG eine Ungleichbehandlung geradezu zwingend geboten wäre. Vielmehr ist darauf abzustellen, dass in beiden Fällen eine nachgewiesene unwirtschaftliche Behandlungsweise vorliegt, die im Rahmen der gesetzlichen Systematik zu einer Kürzung der Leistung führen muss.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass dem Prüfungsausschuss bzw. dem Beklagten auch in der **Berechnung der Kürzungssumme** keine Fehler vorzuwerfen sind. Gekürzt wurden ausweislich der vorgelegten Verwaltungsakte nämlich die aufgrund der Budgetierung bereits punktzahlmäßig reduzierten Leistungen."

2. VERGLEICHSGRUPPE/EINZELLEISTUNGSVERGLEICH UND MINDESTABRECHNUNGSHÄUFIGKEIT

Nach **BSG**, Urt. v. 11.12.2002 - B 6 KA 1/02 R - müssen die Prüfungsgremien bei Ärzten für Orthopädie mit der Zusatzbezeichnung "Psychotherapie" keine engere Vergleichsgruppe bilden; das Führen einer Zusatzbezeichnung kann für die Prüfungsgremien Anlass sein zu klären, ob die Praxis des betroffenen Arztes eine von der Typik seiner Arztgruppe abweichende Behandlungsausrichtung erkennen lässt, die sich auf die Höhe der Honorarforderung in bestimmten Leistungssparten oder bei bestimmten Einzelleistungen auswirkt. (vgl. Pressemitteilung 63/02).

A) ALLGEMEINARZT UND SPRECHENDE MEDIZIN

26 LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 27.09.2001 - L 5 KA 72/00 -

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 45/02 R

Standardleistung, Wirtschaftlichkeitsprüfung, statistischer Kostenvergleich, Pauschalkürzung, Einzelleistung, Abrechnungshäufigkeit, sprechende Medizin, Vergleichsgruppe
SGB V § 106

Soweit der Einwand eines Praxisschwerpunktes "sprechende Medizin" nicht durch eine besondere Patientenstruktur oder Patientenschaft belegt ist, muss keine engere Vergleichsgruppe gebildet werden; die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis kann bei Einzelleistungen mit einer Abrechnungshäufigkeit bis zu 4,08 Leistungen pro 100 Fällen jedenfalls nicht ohne nähere Begründung auf 50 % festgesetzt werden; eine pauschale Kürzung aufgrund eines statistischen Kostenvergleichs von Einzelleistungen setzt eine Mindestabrechnungshäufigkeit der Fachgruppe voraus.

Zum Sachverhalt:

Bei dem Kläger, einem Allgemeinarzt, wurde im Quartal IV/95 ein Arzneikostenregress bei Rentnerfällen (Überschreitung gesamt: 58 %; bei Rentnern: 104 %; Regressbetrag: 18.475,26 DM; Kürzung auf 50 %) und in den Quartalen I u. II/96 eine Honorarkürzung bei den Leistungen nach Nrn. 11, 18, 19, 21, 26 u. 42 EBM (10.407,95 DM bzw. 5.338,31 DM) vorgenommen. **SG Mainz**, Urt. v. 11.10.2000 - S 1 KA 264/99 - wies die Klage zurück. Die **Berufung** führte zur Aufhebung des Bescheides d. bekl. Beschwerdeausschusses, soweit die Nrn. 18, 19, 21, 26, 42 u. 801 gekürzt worden waren.

LSG Rheinland-Pfalz hält den Arzneikostenregress und die Honorarkürzung im Bereich der **Nr. 11 EBM** für rechtmäßig. Der Einwand eines Praxisschwerpunktes "**sprechende Medizin**" rechtfertige keine engere Vergleichsgruppe, da weder eine besondere Patientenstruktur noch Patientenschaft belegt sei. Die Nr. 11 EBM sei von 577 bzw. 569 Ärzten der Fachgruppe (ca. 600 Ärzte) 8,09 bzw. 7,37 mal pro 100 Patienten abgerechnet worden. Dies erlaube einen statistischen Kostenvergleich. Die Grenze von 60 v.H. zum offensichtlichen Missverhältnis sei nicht zu beanstanden, da diese Leistung eine spezifische Indikation voraussetze und dem Arzt nur ein geringer Spielraum verbleibe. Eine Grenze von 40 v.H. habe der **Senat** hier noch für zulässig erachtet (Urt. v. 21.06.2001 - L 5 KA 45/00 -).

Die Kürzung der Leistungen nach **Nrn. 18, 19, 21, 26, 42 u. 801** sei aber zu **beanstanden**, weil sie mit durchschnittlich **0,8 bis 4,07 Ansätzen** der abrechnenden Ärzte pro 100 Fällen so **selten** seien, dass schon geringe absolute Überschreitungen zu erheblichen Überschreitungsprozentzahlen führten. Auch sei die Grenze zum **offensichtlichen Missverhältnis** mit 50 v.H. (Nr. 18 u. 19 EBM) bzw. 40 v.H. zu gering. Auch das **BSG** (z.B. Urt. v. 09.03.1994 - B 6 RKa 17/92 -) akzeptiere solche Grenzwerte nur bei Standardleistungen des jeweiligen Fachgebiets.

B) ORTHOPÄDE - ZUSATZBEZEICHNUNG CHIROTHERAPIE

27 LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 20.06.2002 - L 5 KA 33/01 -

Revision anhängig: B 6 KA 44/02 R

Standardleistung, Wirtschaftlichkeitsprüfung, statistischer Kostenvergleich, Pauschalkürzung, Einzelleistung, Abrechnungshäufigkeit, Vergleichsgruppe, Orthopäde, Chirotherapie, Zusatzbezeichnung
SGB V § 106

Die Prüfungsgremien sind nicht zur Bildung einer engeren Vergleichsgruppe verpflichtet, wenn der betroffene Gebietsarzt (hier: Orthopäde) eine Zusatzbezeichnung (hier: Chirotherapie) führt; die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis kann bei Einzelleistungen mit einer Abrechnungshäufigkeit bis zu sieben Leistungen pro 100 Fällen jedenfalls nicht ohne nähere Begründung auf 100 % festgesetzt werden.

Zum Sachverhalt:

Bei dem Kläger, einem Orthopäden mit der Zusatzbezeichnung Chirotherapie, wurde in den Quartalen I/96 bis II/97 eine Honorarkürzung bei verschiedenen Einzelleistungen vorgenommen. **SG Mainz**, Urt. v. 07.03.2001 - S 1 KA 577/99 - wies die Klage zurück. Die **Berufung** führte zur Verpflichtung d. bekl. Beschwerdeausschusses zur Neubescheidung.

LSG Rheinland-Pfalz geht zunächst von einer **Vergleichbarkeit** mit der **Fachgruppe** der ca. 60 Orthopäden aus, da eine Spezialisierung aufgrund der **Zusatzbezeichnung** nicht belegt sei. Auch sei die Beteiligung an der **Schmerztherapievereinbarung** wegen der geringen Patientenzahl unbeachtlich, ebenso der Hinweis d. Kl. auf den **zivilrechtlichen Haftungsmaßstab**, da diesem sämtliche Vertragsärzte unterlägen.

Bei einem **Einzelleistungsvergleich** dürfe jedoch ein **offensichtliches Missverhältnis** **nicht** schon bei Überschreitungswerten von **40 %** - so der Bekl. für Leistungen, die von 75 % und mehr der verfeinerten Fachgruppe erbracht worden seien - **bis 80 %** - so für Leistungen, die von weniger als 75 % erbracht worden seien - angenommen werden. Hierfür bedürfe es zumindest einer ausreichenden **Begründung**, soweit es sich nicht um Besonderheiten wie z.B. die Nrn. 11 u. 60 EBM handele. Auch die dann durch Teilanerkennnis vorgenommene Grenzziehung bei **100 %** sei zu beanstanden, da die Einzelleistungen nur **geringe Ansatzhäufigkeiten** aufwiesen, so die **Nrn. 439, 443, 450** nur zwischen 2 und 7 pro 100 Fällen bei den abrechnenden Ärzten, bei **Nr. 851** nur 0,6. Die Abrechnung dieser Leistungen

sei so **selten**, dass schon geringe absolute Überschreitungen zu erheblichen Überschreitungsprozentzahlen führten. Der Bekl. werde daher zu prüfen haben, ob die Leistungen überhaupt mit Hilfe eines statistischen Kostenvergleichs geprüft und ob die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis bereits bei 100 % festgesetzt werden könne.

C) SCHWERPUNKT- UND ÜBERWEISUNGSPRAXIS (HÄMATOLOGE)

28 SG Kiel, Urt. v. 06.11.2002 - S 15 KA 71/02 -

Hämatologe, Onkologe, Immunologe, Überweisungsanteil, Internist, statistische Vergleichbarkeit, Vergleichspraxis, Vergleichsgruppe
SGB V §106

Der Beschwerdeausschuss kann eine statistische Wirtschaftlichkeitsprüfung ablehnen, wenn es für die Schwerpunktpraxis mit einem Überweisungsanteil von ca. 90 % keine Vergleichsgruppe gibt.

BSG, Urt. v. vom 12.12.2001 - B 6 KA 7/01 R - < SozR 3-2500 § 106 Nr. 55 S. 309> hat darauf hingewiesen, Zielsetzung des Gesetzes sei es, dass das Abrechnungs- und Ordnungsverhalten aller Ärzte zu jeder Zeit einer effektiven Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen muss (unter Hinweis auf BSGE 84, 85, 87 = SozR 3-2500 § 106 Nr 47 S 250 f; BSG SozR 3-2500 § 106 Nr 51 S 274; BSG SozR 3-2500 § 106 Nr 53).

Zum Sachverhalt:

Der Beigeladene ist Arzt für Innere Medizin und Hämatologe. Auf seinen Widerspruch hob der bekl. **Beschwerdeausschuss** eine Honorarkürzung der Leistungen nach Nrn. 17, 18, 21, 60, 378, 801 u. 851 EBM für die Quartale I/98 bis I/01 in Höhe von 318.247,31 DM auf, weil eine statistische Vergleichbarkeit mangels Vergleichspraxen nicht gegeben sei. Unter Heranziehung der Statistiken anderer KVen ergebe sich, dass die Ansatzfrequenzen der Leistungen zwischen 1 % und 100 % lägen; im Bezirk gebe es auch nur drei weitere Praxen, die schwerpunktmäßig onkologisch tätig seien. Hiergegen erhob die **KV die Klage** unter Hinweis auf verschiedene Vergleichsmöglichkeiten. Das **SG** wies die Klage ab.

Nach **SG Kiel** habe d. Bekl. zutreffend eine Vergleichbarkeit mit den Internisten verneint, da d. Beigel. aufgrund seiner hämatologischen, onkologischen und immunologischen Schwerpunkte einen Überweisungsanteil von ca. 90 % habe. Ein Vergleich mit der Praxis des im Verwaltungsverfahren als Gutachter herangezogenen Arztes sei unzulässig. Wenn der Bekl. auch eine andere Entscheidung habe treffen können, so sei die angegriffene Entscheidung noch vertretbar.

3. SPRECHSTUNDENBEDARF (ZAHNÄRZTE) - VERORDNUNG FÜR KOOPERIERENDE FREMDPRAXEN

29 SG Frankfurt a. M., Urt. v. 20.11.2002 - S 27 KA 1724/02 -

Sprechstundenbedarf, Vierteljahresbedarf, Kooperation, Gemeinschaftspraxis, Wirtschaftlichkeitsprüfung
SGB V §106

Die Verordnung von Sprechstundenbedarf ist nur für die eigene Praxis zulässig. Für den Ersatzkassenbereich folgt dies bereits aus den bundesmantelvertraglichen Richtlinien für die Verordnung von Arzneimitteln, wonach nur das verordnet werden kann, was zur Behandlung einer Mehrzahl von Versicherten benötigt wird und die Verordnung nur einem Vierteljahresbedarf entsprechen soll. Insoweit erhält das Vertragszahnarztrecht verbindliche

Vorgaben, die ggf. bei der zivilrechtlichen Ausgestaltung zulässiger Kooperationen zu beachten sind. Es steht insbesondere nicht im Belieben eines Vertragszahnarztes, sich die aus seiner Sicht vorteilhafte Regelung auszusuchen, also darauf zu verweisen, man müsse wie eine Gemeinschaftspraxis behandelt werden, ohne aber diese Rechtsform gewählt zu haben. Insofern ist es unbeachtlich, ob eine zivilvertragliche Absprache besteht, nach der eine Praxis den Sprechstundenbedarf für weitere Praxen mitbestellt.

4. WIDERSPRUCHSVERZICHT ZU PROTOKOLL/NR. 40 BEMA-Z (INFILTRATIONSANÄSTHESIE)

30 SG Frankfurt a. M., Urt. v. 20.11.2002 - S 27 KA 3237/01 -

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 7 KA 11/03 -

Protokoll, Beschwerdeausschuss, Prüfsitzung, öffentliche Urkunde, sachlich-rechnerische Berichtigung, Infiltrationsanästhesie

ZPO § 415; SGG § 118 I; Bema-Z Nr. 40 (I)

Bei dem Protokoll des Beschwerdeausschusses über eine Prüfsitzung handelt es sich um eine öffentliche Urkunde iSd § 415 ZPO iVm § 118 I SGG. Zu Protokoll gegebene Erklärungen gelten, soweit es an gegenteiligen Beweismitteln fehlt, als abgegeben und ersetzen die Abgabe einer schriftlichen Erklärung. Erkennt danach ein Vertrags(zahn)arzt Berichtigungen an, so sind diese Teilmaßnahmen abgeschlossen und können mit der Klage nicht mehr angefochten werden.

Verweist der Beschwerdeausschuss darauf, dass eine fallbezogene Dokumentation in der Karteikarte für die Abrechnung einer Zweitanästhesie erforderlich sei und dass diese Leistung nicht schon dann, wenn weitere Anästhesien zur vollständigen Betäubung erforderlich seien, erneut abgerechnet werden könne, so handelt es sich um eine sachlich-rechnerische Berichtigung der Nr. 40 (I) Bema-Z (Infiltrationsanästhesie). Entgegen der Kommentarliteratur ist eine Falldokumentation jedenfalls dann erforderlich, soweit sich nicht aus der Operationstypik von vornherein ergibt, dass eine herkömmliche Anästhesie für die Dauer der Operation nicht ausreicht.

VI. RÜCKFORDERUNG EINES KASSENANTEILS FÜR ZAHNERSATZ

1. EINGLIEDERUNG NACH SECHS MONATEN

31 LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 24.10.2002 - L 11 KA 198/00 -

Zahnersatz, Teilleistung, Annahmeverzug, Schadensersatz, Vergütungsanspruch
BGB § 628

Der Vergütungsanspruch eines Vertragszahnarztes entsteht nur dann, wenn der Zahnersatz innerhalb von sechs Monaten in der vorgesehenen Weise eingegliedert wird. Dabei ist es unerheblich, ob innerhalb des Zeitraumes von sechs Monaten Teilleistungen erbracht werden. Es ist dabei unerheblich, ob sich der Versicherte im Annahmeverzug befand und/oder zum Schadensersatz gemäß § 628 BGB verpflichtet ist. Denn diese allein das Rechtsverhältnis des Vertragszahnarztes zum Versicherten betreffenden möglichen Ansprüche haben nach den

allein verbindlichen Vorschriften des BMV-Z keinerlei Auswirkungen auf den Vergütungsanspruch des Vertragszahnarztes gegenüber den an der vertragszahnärztlichen Versorgung Beteiligten.

Vorinstanz: *SG Düsseldorf*, Urt. v. 25.10.2000 - S 2 KA 35/99 -, Klageabweisung; das **LSG** wies die Berufung zurück.

2. MÄNGELRÜGE, GUTACHTER UND NACHBEHANDLUNG BEI ZAHNERSATZ

32 LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 08.05.2002 - L 5 KA 3983/01 -

Zahnersatz, Gutachter, Prothetik, Schadensersatz, Beweiswürdigung, Kronenrand, Krone, Nachbesserungsmöglichkeiten, Nachbehandlungen
BMV-Z Anl. 12 §§ 3 II 1, 4

Die Anrufung eines **Gutachters** unterbricht die **Frist von 24 Monaten**, innerhalb der Mängelansprüche bei prothetischen Leistungen bei einem Prothetik-Einigungsausschuss geltend gemacht werden müssen. Der Prothetik-Einigungsausschuss muss nicht bei jeder Mängelrüge eine eigene Untersuchung durchführen. Es gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung.

Wird von erfahrenen Gutachtern die **Unterfahrbarkeit des Kronenrandes** als der wesentliche Mangel angesehen, sind sie von einem nicht mehr tolerierbarem Umfang ausgegangen. Besteht der Mangel nach mehreren Nachbesserungsmöglichkeiten fort, ist der Patient berechtigt, weitere **Nachbehandlungen** durch diesen Vertragszahnarzt abzulehnen.

Vorinstanz: *SG Stuttgart*, Urt. v. 25.07.2001 - S 10 KA 2848/98 -, Klageabweisung; das **LSG** wies die Berufung zurück.

Zum **Schadensersatz** bei fehlerhaftem Zahnersatz vgl. zuletzt *RID 01-03-A VIII*; zur Zumutbarkeit einer **Nachbehandlung** s. *SG Kiel* RID 01-02-43.

VII. OBERGUTACHTEN BEI BEREITS BEGONNENER PAR-BEHANDLUNG

33 SG Köln, Urt. v. 22.5.2002 - S 19 KA 118/00 -

PAR-Behandlung, Parodontal-Behandlung, Begutachtung, Obergutachten, Kostenübernahmeerklärung
SGB V §§ 92 VIII, 95 III; EKV-Z § 9; Behandlungs-RL Nr. 21

Eine nachträgliche Begutachtung ist bei veränderten Verhältnissen, insbesondere bei bereits durchgeführter Parodontal-Behandlung, nicht möglich. Ein Anspruch auf ein Obergutachten besteht dann nicht. Die Behandlung "soll" erst nach Abgabe der Kostenübernahmeerklärung erfolgen (§ 9 Nr. 4 Abs. 2 EKV-Z). "Soll" bedeutet gebundenes Ermessen, der Vertragszahnarzt darf davon nur aus besonderem Grund abweichen, z.B. zu Schmerzbeseitigungen (Nr. 9). Terminschwierigkeiten des Patienten zählen nicht zu solchen Ausnahmen.

VIII. HERANZIEHUNG ZUM NOTFALLDIENST IN FREMDEN BEZIRK

34 SG Dortmund, Urt. v. 17.01.2003 - S 26 KA 44/02 -

Notfalldienst, Notdienst, Notfalldienstordnung, Gesetzesvorbehalt, Rechtsgrundlage, Zuständigkeitsbereich, Zulassungsstatus

SGB V §§ 75 I 2, 95 I 2, III, 105; GG Art. 12 I

Für die Heranziehung zu einem "grenzüberschreitenden" Notfalldienst im Zuständigkeitsbereich einer Nachbar-KV ist eine gesetzliche Grundlage erforderlich.

Zum Notfalldienst s. zuletzt RID 01-04-A IX; zur Haftung im Notarztdienst (Rettungsdienst) s. diese Ausgabe unter C III 5. BGH: Amtshaftungsanspruch bei Pflichtverletzung des Notarztes.

Zum Sachverhalt:

Der Kl., ein Internist, wandte sich gegen die Mitversorgung angrenzender Dörfer eines benachbarten KV-Bezirks im Notdienst. Dies war 1985 mehrheitlich von den am Notfalldienst teilnehmenden Ärzten beschlossen worden. Das **SG** verurteilte die bekl. KV unter Abänderung des Heranziehungsbescheids, den Kl. ab 01.07.2003 nicht zum ärztlichen Notfalldienst auf dem Gebiet der Nachbar-KV heranzuziehen.

SG Dortmund folgert aus dem **Zulassungsstatus** nur die Pflicht d. Kl., vertragsärztliche Aufgaben im **Bereich der für ihn zuständigen KV** zu übernehmen. Für die Heranziehung zu einem "grenzüberschreitenden" Notfalldienst im Zuständigkeitsbereich einer Nachbar-KV finde sich keine gesetzliche Grundlage. In der gemeinsamen Notfalldienstordnung von Ärztekammer und KV sei dies nur vorgesehen, müsse aber gesondert vereinbart werden, woran es fehle. Zweifelhaft sei aber, ob eine solche Vereinbarung eine Verpflichtung begründen könne. Zur Umstellung der Notfalldienstpläne werde eine Übergangsfrist bis zum 30.06.2003 eingeräumt.

IX. ZULASSUNGSRECHT

1. PSYCHOTHERAPEUTEN

A) BEDARFSABHÄNGIGE ZULASSUNG - REGIONSTYPEN NACH BEDARFSPLRL-Ä

35 SG Freiburg, Urt. v. 17.07.2002 - S 11 KA 3453/00 -

Revision anhängig: B 6 KA 53/02 R

Bedarfsplanung, Regionstypen, Stadtkreise, Landkreise, Psychotherapeut, Zulassung
SGB V §§ 92 I Nr. 9, 95 XII, 103

Die Differenzierung zwischen den verschiedenen Regionstypen nach der BedarfsplRL-Ä ist nicht willkürlich.

Zum Sachverhalt:

Unter Hinweis auf den Versorgungsgrad von 178,8 % lehnte der bekl. Berufungsausschuss die Zulassung des Kl., eines Psychologischen Psychotherapeuten ab. Mit seiner Klage wandte er sich gegen die unterschiedlichen Regionaltypen, die in seinem Landkreis auf 16.615 Einwohner, in denen des Regierungsbezirks Freiburg auf 8.389 Einwohner und der Stadt Freiburg auf 3.203 Einwohner einen Psychotherapeuten vorsähen. Hierfür fehle ein sachlich rechtfertigender Grund. Das **SG** wies die Klage ab.

SG Freiburg hält die **Differenzierung** zwischen den verschiedenen **Regionstypen** für sachgerecht. Der Bedarf werde nicht nur durch die Häufigkeit des Auftretens von Erkrankungen beeinflusst, sondern hänge auch von der tatsächlichen Nachfrage und diese von der Bereitschaft, eine Therapie in Anspruch zu nehmen, ab. Stadt- und Landbevölkerung

verhielten sich hier unterschiedlich, auch übernehme die Stadt teilweise die Versorgung ländlicher Räume. Soweit im Einzelfall weitere Kostenerstattungen erfolgten, könne trotz Überversorgung ein Sonderbedarf gegeben sein. Zu unterstellen sei auch, dass die Psychotherapeuten ihrer Pflicht zur Versorgung nachkämen.

B) BEDARFSUNABHÄNGIGE ZULASSUNG

AA) FEHLENDE APPROBATIONSVORAUSSETZUNGEN

36 LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 17.07.2002 - L 11 KA 54/01 -

Revision entschieden: B 6 KA 42/02 R (Termin: 05.02.2003)

Österreichische Psychotherapeutenliste, Psychotherapeut, Approbation
SGB X § 95 X Nr. 1; PsychThG § 2 II

Ein Diplom-Sozialpädagoge, der in die österreichische Psychotherapeutenliste eingetragen ist, hat keinen europarechtlichen Anspruch auf Zugang zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland; der Ausschluss von Nichtpsychologen aus der psychotherapeutischen Versorgung ist verfassungsgemäß.

BSG, Urt. v. 05.02.2003 - B 6 KA 42/02 R - hat mittlerweile das **Urteil des LSG aufgehoben** und d. Bekl. zur Neubescheidung verpflichtet, da eine Bindung nur an **bestandsfeste Approbationen** besteht. Ist bereits das Verfahren zur Rücknahme der Approbation eingeleitet, mangelt es an einer ausreichenden Grundlage für eine - auf Dauer angelegte - Zulassung. Dies war hier der Fall. Unter Beachtung dieser Vorgaben muss d. Bekl. erneut in das Widerspruchsverfahren eintreten. Er kann eine abschließende Entscheidung auf gesicherter Grundlage erst nach rechtskräftigem Abschluss des verwaltungsgerichtlichen Verfahrens treffen, das die Anfechtung der Rücknahme der Approbation betrifft (vgl. *Presse-Mitteilung Nr. 5/03*).

Das BSG, Urt. v. 06.11.2002 - B 6 KA 37/01 R - hat zuvor bereits entschieden, dass für die Eintragung in das Arztregister als Psychologische Psychotherapeutin die KV als Registerstelle an die Erteilung der Approbation durch die zuständige Landesbehörde gebunden ist und die für die Approbation nachgewiesene Qualifikation in der Sache einer erneuten Prüfung nicht unterziehen darf (vgl. *Presse-Mitteilung Nr. 54/02*).

Zur **Anerkennung einer österreichischen Vortätigkeit** nach Praxisverlegung auf das sog. **Zeitfenster** s. **LSG Bayern**, Beschl. v. 20.12.2000 - L 12 B 327/99 KA ER - RID 01-01-07.

Nach **VG München**, Urt. v. 16.10.2001 - M 16 K 00.1312 - juris verschafft ein **ausländisches Diplom** (hier: Österreich) nur dann einen Anspruch auf Approbation als Psychologischer Psychotherapeut nach § 2 II 1 PsychThG, wenn es den Erwerb einer Ausbildung bestätigt; nach **VGH Baden-Württemberg**, Beschl. v. 08.05.2001 - 9 S 2576/00 - juris verstößt es nicht gegen Art 3 I GG iVm Art. 12 I GG, dass nach § 12 PsychThG für die Erteilung der Approbation als Psychologischer Psychotherapeut ein abgeschlossenes **Psychologiestudium** erforderlich ist, während für die Erteilung der Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ein abgeschlossenes Studium der Pädagogik oder Sozialpädagogik genügt; dies lässt sich ohne weiteres aus der zum PsychThG ergangenen Rspr. d. BVerfG entnehmen; ähnl. **VG Gießen**, Beschl. v. 13.02.2001 - 10 G 174/01 - juris.

Zum Sachverhalt:

Der Kl. hat den akademischen Grad eines **Diplom-Sozialpädagogen (FH)** abgelegt. Er verfügt über eine Berechtigung, in **Österreich** nach dem dortigen Gesetz über die Ausübung der Psychotherapie <Psychotherapiegesetz> vom 07.06.1990 selbständig die Psychotherapie auszuüben. Hierzu ist er in die **Psychotherapeutenliste** eingetragen. Nach österreichischer Rechtsansicht stellt die Eintragung in die Psychotherapeutenliste ein Diplom im Sinne des Art. I der Richtlinie 89/48/EWG des Rates vom 21.12.1988 über eine allgemeine Regelung zur Anerkennung der Hochschuldiplome, die eine mindestens dreijährige Berufsausbildung abschließen, dar. Am 01.01.1999 erteilte die Bezirksregierung dem Kläger die **Approbation** als Psychologischer Psychotherapeut, die sie im Folgejahr, nach der Entscheidung des Zulassungsausschusses, **zurücknahm**; die Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut lehnte sie ab. Hiergegen läuft noch ein **Klageverfahren (VG Düsseldorf – 3 K 3231/00 -)**. Seinen Antrag auf bedarfsunabhängige Zulassung als Psychologischer Psychotherapeut, hilfsweise als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut bzw. auf Ermächtigung lehnte der **Zulassungsausschuss** ab, weil er kein Diplom-Psychologe sei und die Approbations-Urkunde als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut nicht vorgelegt habe. Unter Hinweis auf die

Begründungsfrist wies der bekl. **Berufungsausschuss** den Widerspruch als unzulässig zurück. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 07.02.2001 – S 2 (25) KA 58/00 - RID 01-03-07 wies die Klage ab, weil es an den Voraussetzungen der Approbation nach § 12 PsychThG (§ 95 X Nr. 1 SGB V) fehle, da d. Kl. nicht am Delegationsverfahren teilgenommen habe (Abs. 1) und nicht Diplom-Psychologe sei (Abs. 2 bis 4). Die **Berufung** blieb ohne Erfolg. Zur **Revisionsentscheidung** s.o.

LSG Nordrhein-Westfalen geht davon aus, dass eine Bindung an die Entscheidung der Approbationsbehörde nicht besteht, da es der Gesetzgeber ansonsten bei der Vorlage der Approbation habe bewenden lassen können. Die Voraussetzungen für die Approbation hätten aber nicht vorgelegen. Auf § 2 II PsychThG könne sich der Kl. nicht berufen, da dieser in § 12 PsychThG nicht in Bezug genommen werde. Auch sei die Eintragung in die österr. Therapeutenliste kein Diplom iSd genannten Richtlinie. Sein Psychologiestudium habe er erst nach dem Stichtag abgeschlossen. Der Ausschluss von Nichtpsychologen aus der psychotherapeutischen Versorgung sei verfassungsgemäß.

BB) ZEITFENSTER

37 SG Hamburg, Urt. v. 16.10.2002 - S 3 KA 1659/00 -

Psychologischer Psychotherapeut, bedarfsunabhängige Zulassung, Zeitfenster, Teilnahme
SGB V § 95 X 1 Nr. 3

Eine Ganztätigkeit als angestellter Psychotherapeut im sog. Zeitfenster schließt eine "Teilnahme" bei 297 Behandlungsstunden als selbständiger Psychotherapeut aus.

Zur Rspr. d. **BSG** zum **Zeitfenster** s. die Urt. v. 08.11.2000 – B 6 KA 52/00 R <BSGE 87, 158= SozR 3-2500 § 95 Nr 25> u.a. –, die Nichtannahmebeschlüsse d. **BVerfG** RID 01-02-02 u. 03 und **BSG**, Urt. v. 11.09.2002 - B 6 KA 41/01 R <nicht veröffentlicht> - sowie aus der Instanzenpraxis zuletzt RID 02-03-33 bis 35, RID 01-04-A I 3 a (S. 8 ff.).

Zum Sachverhalt:

Die **klagende KV** wendet sich gegen eine Entscheidung des bekl. Berufungsausschusses. Dieser hatte den beigel. approbierten Psychologischen Psychotherapeuten, der vom 01.07.1996 bis 28.02.2001 an einer Klinik als Angestellter ganztags tätig war, (unter der Bedingung der Beschäftigungsaufgabe) zugelassen. Daneben war er seit 1994 selbständig tätig und behandelte vier gesetzlich versicherte Patienten mit insgesamt 297 Stunden. Das **SG** verurteilte zur **Neubescheidung**.

SG Hamburg verneint die vom **BSG** für das sog. **Zeitfenster** (§ 95 X 2 Nr. 3 SGB V) aufgestellten Voraussetzungen, da nicht die ambulante Behandlungstätigkeit in der Praxis, sondern die Beschäftigung des Beigel. als **angestellter Psychotherapeut** den deutlichen **Schwerpunkt seiner beruflichen Tätigkeit** im Zeitfenster dargestellt habe. Dies folge aus dessen Ganztätigkeit. Auch bedeuteten die sich über den gesamten Zeitraum des sog. Zeitfensters gleichmäßig verteilten 297 Behandlungsstunden eine durchschnittliche Behandlungstätigkeit von zwei Wochenstunden keinen gleichgewichteten Schwerpunkt der beruflichen Tätigkeit.

C) TÄTIGKEIT ÜBER DIE ALTERSGRENZE VON 68 JAHREN HINAUS

38 SG Stuttgart, Urt. v. 16.10.2002 - S 10 KA 1167/02 -

Psychologischer Psychotherapeut, Altersgrenze, Zulassung, Vertrauensgesichtspunkte, Zulassungsentziehung
SGB V § 95 VI, VII; GSG Art. 33 § 1; GG Art. 12 I

Bei der 68 Jahre-Altersgrenze nach § 95 VII 3 SGB V handelt es sich nicht um eine absolute Altersgrenze; die Verlängerungsmöglichkeit gilt auch für Vertragspsychotherapeuten, die im Zeitpunkt ihrer Zulassung bereits das 68. Lebensjahr vollendet, nicht jedoch 20 Jahre lang als Vertragspsychotherapeut tätig gewesen sind.

Nach **BSG**, Urt. v. 08.11.2000 - B 6 KA 55/00 R <BSGE 87, 184 = SozR 3-2500 § 95 Nr 26> – ist die für Zulassungen zur vertragsärztlichen Versorgung geltende Altersgrenze von 68 Jahren auch auf Psychologische Psychotherapeuten anzuwenden. Auf den 20-Jahres-Zeitraum, um den die Altersgrenze hinausgeschoben werden kann, sind vor dem 1.1.1999 zurückgelegten Tätigkeiten im Delegations- und Kostenerstattungsverfahren anzurechnen; nach **BSG**, Urt. v. 12.09.2001 - B 6 KA 45/00 R - <SozR 3-2500 § 95 Nr 32> sind bei der Verlängerung der Zulassung über das 68. Lebensjahr hinaus für Ärzte, die noch nicht 20 Jahre zugelassen waren, solche Zeiten anzurechnen, in denen sie aufgrund einer Ermächtigung in niedergelassener Praxis mit voller Arbeitskraft Versicherte der Primär- und Ersatzkassen behandeln konnten.

Zu den Voraussetzungen eines Gerichtsbescheids s. **BSG**, Beschl. v. 11.12.2002 - B 6 KA 13/02 B - RID 03-01-00, diese Ausgabe unter A XII 4. Gerichtsverfahrensrecht - Bedeutung der mündlichen Verhandlung.

Zum Sachverhalt:

Der am 03.10.1929 geb. Ast. ist seit 1974 Diplom-Psychologe. Er war zuletzt bis zum Juni 1987 als Leitender Psychologe in einer Fachklinik beschäftigt. Daneben hatte er seit 1983 mit gelegentlichen Psychotherapien begonnen, seit 1987 war er nur noch in eigener Praxis tätig. Bis 1998 erbrachte er im sog. Kostenerstattungsverfahren mehr als 4.000 Stunden ambulanter Psychotherapien zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen. Nach Approbation wurde er im März 1999 bedarfsunabhängig als Psychologischer Psychotherapeut zugelassen. Nach der Entscheidung des **BSG** zur Altersgrenze v. 08.11.2000 stellte der **Zulassungsausschuss** am 14.11.2001 fest, die **Zulassung** d. Ast. **ende** zum **31.12.2001**, da die Altersgrenze nach § 95 VII SGB V absolut ohne Härtefallausgleich sei. Bereits zuvor hatte d. Ast. die **Verlängerung** seiner **Zulassung** bis 2003, dann bis zum 30.09.2007 im Hinblick auf den nebenberuflich unerheblichen Umfang seiner Tätigkeit von 1983 bis 1987 beantragt. Seinen **Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung** mit dem Begehren, ihn bis zur Entscheidung über seinen Verlängerungsantrag zuzulassen, wies **SG Stuttgart**, Beschl. v. 19.12.2001 – S 10 KA 82/02 ER-B – zurück. Mit Beschl. vom Februar 2002 bestätigte der **Berufungsausschuss**, der Ag., die Beendigung der Zulassung und ordnete den sofortigen Vollzug an. Die **Beschwerde** d. Ast. führte durch **LSG Baden-Württemberg**, Beschl. v. 05.06.2002 - L 5 KA 115/02 ER-B - RID 02-03-29 zur **aufschließenden Wirkung** der dagegen erhobenen Klage bis zur rechtskräftigen Entscheidung im Hauptsacheverfahren, längstens bis zum 30.06.2007, da nicht auszuschließen sei, dass solche Psychotherapeuten, die bereits zum Stichtag vom 1. Januar 1999 das 68. Lebensjahr vollendet hätten, aber noch nicht 20 Jahre im Delegations- oder Kostenerstattungsverfahren tätig gewesen seien, aus verfassungsrechtlichen Gründen aufgrund einer entsprechenden Anwendung des Art. 33 § 1 GSG über das 68. Lebensjahr hinaus vertragspsychotherapeutisch tätig sein dürfen. Das **SG** verurteilte nunmehr zur Verlängerung der Zulassung d. Kl. bis zum 30.06.2007.

SG Stuttgart verneint einen Grund zur **Entziehung der Zulassung** nach § 95 VI SGB V, weil entgegen d. Ansicht d. Bekl. u. d. KV die **"Verlängerungsmöglichkeit"** nach § 95 VII 3 SGB V auch für Vertragspsychotherapeuten Gültigkeit habe, die im Zeitpunkt ihrer Zulassung bereits das 68. Lebensjahr vollendet, nicht jedoch 20 Jahre lang als Vertragspsychotherapeut tätig gewesen seien, was die Kammer ausführlich unter Hinweis auf **BSG**, Urt. v. 08.11.2000 - B 6 KA 55/00 R – <BSGE 87, 184 = SozR 3-2500 § 95 Nr 26>, die Entstehungsgeschichte, Vertrauensschutzgesichtspunkte und die abstrakte Möglichkeit des Aufbaus einer Alterssicherung begründet.

2. ÜBERÖRTLICHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS

Zum Problem von Zweigpraxen und ausgelagerten Praxisräumen s. *Engelmann*, MedR 2002, S. 561 ff.

A) ÄRZTE FÜR LABORATORIUMSMEDIZIN

39 SG *Detmold*, Urt. v. 28.06.2002 - S 12 KA 8/01 - juris

Revision anhängig: B 6 KA 34/02 R

Laboratoriumsmedizin, Gemeinschaftspraxis, überörtliche Gemeinschaftspraxis, Vertragsarzt, Berufsausübungsfreiheit, Genehmigung

SGB V § 98; Ärzte-ZV §§ 24, 33 II; GG Art. 12 I

Fachärzte für Laboratoriumsmedizin haben einen Rechtsanspruch auf die Genehmigung der gemeinsamen Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in einer überörtlichen Gemeinschaftspraxis.

Zum Sachverhalt:

Die Kläger sind Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, die Kl. zu 1) und 2) mit Praxissitz in P und der Kläger zu 3) mit Praxissitz in B. den Antrag d. Kl. zu 1) und 2) zur Führung einer überörtlichen Gemeinschaftspraxis mit dem Kl. zu 3) lehnten die Zulassungsgremien ab. Das **SG** verurteilte zur Erteilung der Genehmigung.

SG Detmold verweist auf § 33 II **Ärzte-ZV**, der mit § 98 SGB V und Art. 12 I GG in Einklang stehe. Danach bedarf die gemeinsame Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit, die nur unter Vertragsärzten zulässig ist (Satz 1), der vorherigen Genehmigung durch den Zulassungsausschuss (Satz 2). Die Genehmigung darf nur versagt werden, wenn die Versorgung der Versicherten beeinträchtigt wird oder landesrechtliche Vorschriften über die ärztliche Berufsausübung entgegenstehen (Satz 4). Eine ausdrückliche Bestimmung, die in jedem Fall eine gemeinsame Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit nur für einen gemeinsamen Praxissitz vorsehe, sei dieser gesetzlichen Regelung nicht zu entnehmen.

"Auch unter **systematischen Gesichtspunkten** lässt sich entgegen der Ansicht des Beklagten ein Anspruch auf Genehmigung einer überörtlichen Gemeinschaftspraxis nicht generell ausschließen. Zwar trifft es zu, dass § 24 **Ärzte-ZV** das Gebot der Konzentration vertragsärztlicher Tätigkeit sowie der ärztlichen Tätigkeit überhaupt auf den Ort der Niederlassung zu entnehmen ist. Aspekte der Bedarfsplanung könnten vollständig unterlaufen werden, wenn Ärzte wichtige Teile ihres Leistungsangebotes ohne Prüfung eines entsprechenden Bedarfs an mehreren Orten den Patienten zugänglich machen und lediglich formal darauf hinweisen, Sprechstunden fänden allein am Hauptsitz ihrer Praxen statt. Die danach geforderte grundsätzliche Bindung der ärztlichen Tätigkeit an den Praxissitz steht auch im Einklang mit weiteren Regelungen des ärztlichen Berufsrechts. Nach § 22 der Muster-BO und -- in deren Folge -- der BOen zahlreicher Ärztekammern sind zur gemeinsamen Berufsausübung von Ärzten, die in Kapitel D Nr. 7 bis 11 geregelten Berufsausübungsgemeinschaften von Ärzten (Gemeinschaftspraxis, Ärztepartnerschaft), Organisationsgemeinschaften unter Ärzten (z.B. Praxisgemeinschaften, Apparategemeinschaften) und die Medizinischen Kooperationsgemeinschaften sowie der Praxisverbund zugelassen. Nach Kapitel D Nr. 8 Abs. 2 Satz 1 Muster-BO ist die Berufsausübungsgemeinschaft nur an einem gemeinsamen Praxissitz zulässig. Satz 2 a.a.O. lässt allerdings begrenzt Ausnahmen für die Ärzte zu, die ihrem typischen Fachgebietsinhalt nach regelmäßig nicht unmittelbar patientenbezogen tätig sind. Daraus ist abzuleiten, dass jedenfalls bezogen auf die unmittelbar patientenbezogene Tätigkeit auch die neueren ärztlichen Kooperationsformen nach wie vor an den Praxissitz als Ort der Behandlung gebunden sind (vgl. BSG, Urteil vom 12.9.2002, B 6 KA 64/00 R <SozR 3-2500 § 135 Nr 20>).

Die Kläger werden als Fachärzte für Laboratoriumsmedizin jedoch gerade **nicht unmittelbar patientenbezogen tätig**, weil sie lediglich Proben zur Untersuchung erhalten. Aus diesem Grunde sind im Gegensatz zu patientenbezogenen tätigen Vertragsärzten die besonderen Belange des § 24 **Ärzte-ZV nicht auf die Bildung einer überörtlichen Praxisgemeinschaft von Labormedizinern heranzuziehen**. Die Regelung über den Vertragsarztsitz des § 24 Abs. 1 **Ärzte-ZV** ist nämlich in Zusammenhang mit § 24 Abs. 2 **Ärzte-ZV** zu sehen. Der Vertragsarzt muss danach am Vertragsarztsitz seine Sprechstunden halten und in räumlicher Nähe hierzu seine Wohnung nehmen. Insgesamt regeln die Vorschriften über den Vertragsarztsitz den Ort der ärztlichen Leistungserbringung. Im Interesse der Patienten und der gesamten ärztlichen Versorgung dienen die Vorschriften über den Vertragsarztsitz der Sicherstellung der örtlichen Versorgung der Patienten. Sie stehen der gemeinsamen überörtlichen Berufsausübung nicht patientenbezogen tätiger Ärzte deshalb nicht zwingend entgegen. Diese

Ärzte halten nämlich gerade keine Sprechstunden ab (s. **BSG**, Urteil vom 05.11.1997 - 6 RKa 52/97 in NJW 1998, 3442, 3443 <BSGE 81, 143 = SozR 3-2500 § 95 Nr 16>). Ein besonderes Bedürfnis für die Erreichbarkeit des niedergelassenen Arztes an seinem Praxissitz besteht daher für nicht unmittelbar patientenbezogen tätige Ärzte gerade nicht."

Wenn das **ärztliche Berufsrecht** trotz der Niederlassungspflicht für die nach dem Fachgebietsinhalt nicht unmittelbar patientenbezogen tätigen Ärzte eine gemeinsame Berufsausübung in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft zulasse (D II Nr. 8 BO), zeige dies, dass die Pflicht des einzelnen Arztes zur Niederlassung und zur Tätigkeit an seinem Praxissitz einer gemeinsamen Berufsausübung in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft gerade nicht entgegenstehe. Versorgungsgesichtspunkte stünden dem ebf. nicht entgegen.

B) ZUSAMMENSCHLUSS ZWEIER EINZELPRAXEN (RADIOLOGEN)

40 *SG Hamburg, Urt. v. 16.10.2002 - S 3 KA 1365/00 -*

Gemeinschaftspraxis, Zweigpraxis, Radiologe, Praxissitz, ausgelagerte Räume
GG Art. 12 I; Ärzte-ZV § 33 II; Hamburgische ÄrzteG v. 22.05.1978 i.d.F. v. 21.12.1999 §§ 4, 5; Berufsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen v. 27.03.2000

Eine Gemeinschaftspraxis ist nur an einem gemeinsamen Praxissitz zulässig; für Radiologen bestehen hiervon keine Ausnahmen.

Zum Sachverhalt:

Der Kl. zu 1 war als Facharzt für Radiologie und Nuklearmedizin in der A-Straße, der Kl. zu 2 als Facharzt für Radiologie in der etwa 10 km entfernten B-Straße zugelassen. Sie schlossen im Mai 2000 einen Vertrag über die Errichtung einer Gemeinschaftspraxis. Darin hieß es u.a. (§ 1 Vertragszweck): "Ab 1.7.2000 verbinden sich die Vertragspartner zur gemeinsamen Ausübung der kassenärztlichen und privatärztlichen Tätigkeit und betreiben zu diesem Zweck eine Praxis für Radiologie als Gemeinschaftspraxis in Hamburg. Der bisherige Vertragsarztsitz (des Kl. zu 2 in der B-Straße) ist der Praxissitz. Die Räume am bisherigen Vertragsarztsitz (des Kl. zu 1 in der A-Straße) soll mit seiner dortigen Ausstattung (CT und NUK) zunächst als ausgelagerter Praxisteil bestehen, bis eine Zusammenführung technisch und vertragsrechtlich möglich..." Ihren Antrag auf Zulassung einer Gemeinschaftspraxis lehnten die Zulassungsgremien ab, weil eine gemeinsame Nutzung von Praxisräumen und -einrichtungen vorerst nicht beabsichtigt sei. **SG Hamburg** wies die Klage ab.

SG Hamburg hält die **Feststellungsklage** für unbegründet. § 33 II 2 u. 4 Ärzte-ZV gelte auch für jegliche Art gemeinschaftlicher Berufsausübung durch Vertragsärzte. Der bekl. Berufungsausschuss dürfe **berufsrechtliche Hürden** selbst prüfen. Der Genehmigung stünden das Hamburgische Ärztegesetz vom 22.05.1978 i.d.F. vom 21.12.1999, welches in § 5 I 1 bestimme, dass das Nähere zu § 4 [Berufspflichten] die Berufsordnung regele, und die Berufsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen (BO) vom 27.03.2000 entgegen. Danach seien Berufsausübungsgemeinschaften nur zulässig an einem **gemeinsamen Praxissitz**. Ausnahmen gälten nur für regelmäßig nicht unmittelbar patientenbezogen tätige Ärzte, somit nicht für Radiologen:

"Sowohl für einzeln tätige Vertragsärzte als auch für vertragsärztliche Gemeinschaftspraxen gilt somit das Gebot der **Konzentration** der vertragsärztlichen wie der ärztlichen Tätigkeit überhaupt auf den **Ort der Niederlassung** (**BSG**, Urteil vom 12.9.2001, B 6 KA 64/00 R S. 8, 9 <SozR 3-2500 § 135 Nr 20>; siehe schon **BSG**, Urteil vom 20.12.1995, 6 RKa 55/94 = BSGE 77, 188 = SozR 3-2500 § 75 Nr 7). Der ärztliche Beruf soll nicht nur überhaupt ortsgebunden, sondern er soll obendrein nur an einem Ort ausgeübt werden (**VGH Mannheim**, MedR 2000, 439, 440). Zweck dieser Beschränkungen ist es, im Interesse der Patienten sicherzustellen, dass der Arzt räumlich erreichbar ist und nicht zum Pendler wird (**VGH Mannheim** a.a.O., 440). Die aus dem Dienstleistungsbereich bekannten Filialstrukturen haben keinen Eingang in das ärztliche Berufsrecht gefunden (**BSG**, Urteil vom 12.9.2001, B 6 KA 64/00 S. 9).

Auch eine Gemeinschaftspraxis ist daher nur unter Vertragsärzten, die für den gleichen Vertragsarztsitz zugelassen sind, zulässig (**Liebold-Zalewski**, Kassenarztrecht, § 33 Ärzte-ZV, RdNr. E 252); eine überregionale Gemeinschaftspraxis ist grundsätzlich ausgeschlossen (**BSG**, Urteil vom 12.9.2001, B 6 KA 64/00 R S. 8 f.;

| Wigge in Schnapp/Wigge, Hdb. des VAR, § 5 RdNr. 12 und 42; Schirmer, MedR 1995, 341, 349; jetzt auch Engelmann a.a.O. S. 571)." |

Die von den Kl. vorgesehene Konstruktion erfülle weder die Anforderungen an einen gemeinsamen Praxissitz noch entspreche sie überhaupt dem Bild einer Gemeinschaftspraxis, was die Kammer im Einzelnen ausführt. Die Praxis des Kl. zu 1 könne auch nicht als – genehmigungsfreier - **ausgelagerter Praxisraum** im Sinne des § 18 II 1 BO angesehen werden. Die Frage der räumlichen Nähe könne dahinstehen. Angesichts des zunächst beabsichtigten Fortbestandes beider Praxen fehle schon die Voraussetzung, dass nur spezielle Untersuchungen oder Behandlungen unter Nutzung des besonderen Geräts oder des besonders ausgestatteten Raumes ausgelagert würden, dass aber die ärztliche Behandlung der Patienten im übrigen in den eigentlichen Praxisräumen erfolge; dies gelte nicht nur für den Erstkontakt, sondern ggf. auch für eine nachsorgende Behandlung, die zur Behandlungspflicht des Arztes gehöre (*VGH Mannheim*, MedR 2000, 439, 441), was die Kammer weiter ausführt.

3. SONDERBEDARFSZULASSUNG FÜR DIABETOLOGISCHE GEMEINSCHAFTS-PRAXIS

41 *SG Kiel, Urt. v. 20.11.2002 - S 15 KA 331/02 -*

Sonderbedarfszulassung, Zulassung, Sonderbedarf, Diabetologe, Gemeinschaftspraxis, Internist
SGB V §§ 95 II, 101 IV; BedarfsPIRL Nr. 24c

Die Sonderbedarfszulassung einer Internistin für solche Leistungen, die im Zusammenhang mit der Führung einer diabetologischen, 1.500 Diabetiker betreuenden Gemeinschaftspraxis, stehen, ist nicht zu beanstanden.

Zur Sonderbedarfszulassung vgl. zuletzt RID 01-03-A XII.

Zum Sachverhalt:

Die beigeladene Ärztin für Innere Krankheiten wurde vom Zulassungsausschuss im Rahmen einer Sonderbedarfsfeststellung nach Nr. 24c BedarfsPIRL als hausärztlich tätige Ärztin für solche Leistungen zugelassen, die im Zusammenhang mit der Führung der diabetologischen Gemeinschaftspraxis mit Dr. M. stünden. Dieser hatte angegeben, er betreue 1.500 Patienten, wovon 99 % Diabetiker seien. Den **Widerspruch** der KV wies der bekl. Berufungsausschuss zurück, weil eine durchschnittliche Praxis etwa 650 Fälle abrechne. Die bestehenden Praxen seien am Ende ihrer Leistungsfähigkeit, so dass ein quantitativer Bedarf bestehe. Die **Klage** der KV blieb ohne Erfolg.

SG Kiel bestätigt die Entscheidung d. Bekl. Diese sei vollständig ermittelt und nachvollziehbar begründet.

4. RUHEN DER ZULASSUNG

42 *LSG Berlin, Urt. v. 24.04.2002 - L 7 KA 15/01 -*

Ruhen, Ruhensgrund, Zulassung, Vertragsarztstatus, Sicherstellungsauftrag, Fortsetzungsfeststellungsklage
SGB V § 96 V; Ärzte-ZV § 26

Soll das Ruhen nur dem Zweck dienen, den Vertragsarztstatus als "Hülse" zu erhalten, um sich im Falle eines an sich angezeigten Zulassungsverzichts später nicht nochmals einem

Zulassungsverfahren mit möglicherweise verschärften Anforderungen stellen zu müssen, kommt ein Ruhen nicht (mehr) in Betracht.

Insbesondere nach Einführung des Planungsrechts (vgl. § 103 SGB V) ist **das Ruhen der Zulassung** von Bedeutung, da es die Zulassung auch in einem überversorgten Gebiet erhält. Die Zulassung ruht auf Beschluss des Zulassungsausschusses, wenn der Vertragsarzt seine Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht ausübt, ihre Aufnahme aber in **angemessener Frist** zu erwarten ist (§ 95 VI SGB V) und Gründe der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung nicht entgegenstehen (§ 26 I Ärzte-ZV). Als unproblematisch wird eine **einjährige Ruhenszeit** mit einmaliger Verlängerung bei aner kennenswerten Gründen angesehen (so Krauskopf in: Laufs/Uhlenbruck, Hdb. d. ArztR, 2./1999, § 27 Rdnr. 78).

Zum Zusammenhang zwischen Zulassungsentziehung wegen Nichtausübung der ärztlichen Tätigkeit und Ruhen der Zulassung s. **SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 14.06.2000 - S 28 KA 2499/99 - RID 00-04-42, wonach die anhaltende Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit nur dann nicht zur Zulassungsentziehung führt, wenn sie durch eine erfolgte Anordnung des Ruhens der Zulassung gerechtfertigt ist; die Anordnung des Ruhens der Zulassung setzt sowohl bei Nichtaufnahme als auch bei Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit voraus, dass deren Aufnahme in angemessener Frist zu erwarten ist; als Orientierungspunkt für die Definition einer angemessenen Frist kann § 81 V 2 SGB V herangezogen werden.

Zum Sachverhalt:

Der 1957 geb. Kl. war ab 01.10.1993 als Arzt zugelassen. Die Praxis führte er zuletzt mit 15 Wochenstunden ohne Hilfspersonal. Seinem Ruhensantrag v. März 1997 gab der Zulassungsausschuss bis zum September 1998 statt, lehnte dann aber eine Verlängerung um ein Jahr ab, weil Gründe hierfür nicht ersichtlich seien. D. Kl. hatte wiederum angegeben, er müsse sich um mehrere schwer erkrankte Personen in seinem persönlichen Umfeld kümmern, was er aber wegen der ärztlichen Schweigepflicht nicht näher erläutern könne. In seinem Widerspruch wies d. Kl. dann auf einen von einem Dritten verursachten Behandlungsfehler bei der Adoptivmutter seiner Lebensgefährtin hin, mit dessen Ursachen und Folgen er sich seit 1996 befasse. Der bekl. Berufungsausschuss wies den Widerspruch zurück und bestätigte die Ablehnung eines weiteren Verlängerungsantrags (bis März 2000). Hiergegen erhob d. Kl. die Klage. Der Zulassungsausschuss lehnte eine weitere Verlängerung (bis Sept. 2000) ab und entzog d. Kl. wegen der Praxisaufgabe im April 1997 die Zulassung, wogegen er ebf. Widerspruch und Klage erhob, über die - ebenso wie über einen weiteren Verlängerungsantrag - noch nicht entschieden ist. **SG Berlin**, Urt. v. 14.02.2001 - S 71 KA 13/99 - und - S 71 KA 13/99 - wies die Klagen bzgl. der beiden ersten beiden Verlängerungsanträge als unzulässig ab. Die **Berufung** blieb ohne Erfolg.

LSG Berlin hält die nunmehr nur noch auf eine Fortsetzungsfeststellungsklage beschränkte Klage für zulässig, da die Frage des Ruhensanspruch präjudiziell für die Entziehung der Zulassung sei.

Die Klagen seien aber nach § 96 V SGB V iVm § 26 Ärzte-ZV unbegründet, da der vom Kl. angegebene **Ruhensgrund** sich in **zeitlicher Hinsicht** nicht **eingrenzen** lasse. Auch durch die Praxisaufgabe habe er frühzeitig nach außen dokumentiert, dass der Zeitpunkt der Wiederaufnahme seiner vertragsärztlichen Tätigkeit völlig offen sei. Die 1½-jährige Ruhenszeit erweise sich jedenfalls als ausreichend. Die Zulassung beinhalte auch die **Verpflichtung zur Teilnahme** an der vertragsärztlichen Versorgung, wovon nur in engen zeitlichen Grenzen suspendiert werden dürfe. Solle das Ruhen nur dem Zweck dienen, den Vertragsarztstatus als "Hülse" zu erhalten, um sich im Falle eines an sich angezeigten Zulassungsverzichts später nicht nochmals einem Zulassungsverfahren mit möglicherweise verschärften Anforderungen stellen zu müssen, komme ein Ruhen nicht (mehr) in Betracht.

Die Nichtzulassungsbeschwerde des Kl. hatte keinen Erfolg (Beschl. des BSG vom 18.12.2002 - B 6 KA 45/02 B).

5. ERMÄCHTIGUNG - TRANSPLANTATIONSVORSORGE

43 SG Kiel, Urt. v. 19.12.2002 - S 15 KA 13/02 -

Ermächtigung, Immunologe, Laborleistung, HLA-Typisierung, Organübertragung, Organtransplantation, Transplantationsvorsorge, vertragsärztliche Versorgung, Sicherstellungsauftrag
SGB V §§ 72, 75, 115a II, 116

Die Leistungen, die zur medizinischen Behandlung und Kontrolle der Wartelistepatienten für eine Organübertragung notwendig sind, werden vom vertragsärztlichen Sicherstellungsauftrag umfasst.

Zum Sachverhalt:

Der Ast. ist Direktor eines Universitätsinstituts für Immunologie, dessen **Ermächtigung** ab Oktober 2002 für bestimmte Laborleistungen auf Überweisung (u.a. HLA-Typisierung bei Patienten, die zur Organ-, Knochenmark- oder Stammzellentransplantation anstehen sowie deren Angehörige) verlängert wurde. Hiergegen legte die beigel. **KV Widerspruch** ein, weil die Transplantationsvorsorge nicht in den vertragsärztlichen Sicherstellungsbereich falle und das Operationszentrum die erforderlichen Vor- und Nachuntersuchungen sowie die übrigen Kontrollen sicherstellen müsse. Das **SG** ordnete die sofortige Vollziehung der Ermächtigung bis zur Entscheidung über den Widerspruch an.

SG Kiel ordnet die sofortige Vollziehung nach § 86b I Nr. 1 SGG an, weil nach § 115a II SGB V die **vor- und nachstationäre Behandlung** bei **Organübertragungen** zeitlich begrenzt sei. Hier gehe es aber um Untersuchungen, die Monate, teils Jahre vor der stationären Behandlung der Organübertragung durchgeführt werden müssten. Auch die ständige Kommission Organtransplantationen der **Bundesärztekammer** habe die Auffassung vertreten, dass die medizinischen Leistungen, die zur medizinischen Behandlung und Kontrolle der Wartelistepatienten notwendig seien, von dazu berechtigten Laboratorien als ambulante Leistungen zu erbringen und berechnen seien. Wegen der Spezialität der Leistungen sei auch ein Bedarf gegeben (§ 116 SGB V).

6. WIDERSPRUCHSVERFAHREN

A) ZULASSUNGSENTZIEHUNG - WIDERSPRUCH OHNE EINWILLIGUNG DES BETREUERS

44 SG Berlin, Urt. v. 25.09.2002 - S 79 KA 477/00 -

Betreuung, Vermögensangelegenheit, Einwilligungsvorbehalt, Zulassungsentziehung,
SGB V § 95 VI; BGB § 1903

Besteht eine Betreuung für die Wahrnehmung der Vermögensangelegenheiten mit einem Einwilligungsvorbehalt, so ist ein Widerspruch gegen die Zulassungsentziehung durch den Zulassungsausschuss ohne Einwilligung des Betreuers unzulässig, da auch Streitigkeiten über die Zulassung Vermögensangelegenheiten sind, denn die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung eröffnet die Möglichkeit, Rechtsansprüche auf Zahlung von Vergütungen für vertragsärztliche Leistungen zu erwerben.

B) BEGRÜNDUNGSFRIST

45 *SG Kiel, Urt. v. 20.11.2002 - S 15 KA 700/01 -*

Widerspruch, Begründungspflicht, Berufungsausschuss, sozialrechtlicher Herstellungsanspruch

SGB V §§ Ärzte-ZV § 44

Im Anschluss an **BSG**, Urt. v. 09.06.1999 - B 6 KA 76/97 R <SozR 3-5520 § 44 Nr 1> ist ein Widerspruch gegen eine Entscheidung des Zulassungsausschusses innerhalb eines Monats zu begründen (§ 44 Ärzte-ZV).

Bittet ein Verfahrensbevollmächtigter am 11.04. innerhalb der Widerspruchsfrist (16.03. bis 15.04.) um ein vorläufiges Absehen von der Entscheidung, da eine Begründung bis Ende Mai folge, was der Berufungsausschuss mit Datum v. 18.04. bestätigt mit der Ankündigung, bis dahin abzuwarten, so wird darin nicht der Anschein gesetzt, es werde auf das Erfordernis der Begründung innerhalb eines Monats verzichtet. Darin liegt keine Pflichtverletzung, weshalb ein sozialrechtlicher Herstellungsanspruch nicht besteht. Eine Verwerfung des Widerspruchs als unzulässig ist nicht zu beanstanden.

Nach **LSG Sachsen-Anhalt**, Beschl. v. 24.04.2001 - L 4 B 6/01 KA ER - RID 01-03-69 ist die besondere Begründungspflicht innerhalb der Monatsfrist in die Rechtsbehelfsbelehrung nicht aufzunehmen und wird hierdurch kein Wiedereinsetzungsgrund begründet.

X. GESAMTVERGÜTUNG

1. GESAMTVERGÜTUNG OST 1996 U. 1997 - RSA, CHIPKARTENEFFEKT U.A.M.

46 *LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urt. v. 22.05.2002 - L 1 KA 17/00 -*

Revision anhängig: B 6 KA 39/02 R

47 *LSG Mecklenburg-Vorpommern, Urt. v. 22.05.2002 - L 1 KA 14/00 -*

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 67/02 R

Rechtsschutzbedürfnis, Risikostrukturausgleich, Gesamtvergütung, Schiedsspruch, Chipkarteneffekt, Vergütungsniveau, KVdR, Ersatzkassen, Grundsatz der Beitragssatzstabilität, ambulantes Operieren, Präventionsleistung, Sonnabendsprechstunde, Beitragsentwicklung

SGB V §§ 71, 85, 89, 291

46 Die Auswirkungen des Risikostrukturausgleichs und des sog. Chipkarteneffekts sind grundsätzlich bei der Festsetzung der Gesamtvergütung durch einen Schiedsspruch zu berücksichtigen.

S. a. **LSG Mecklenburg-Vorpommern**, Urt. v. 22.05.2002 - L 1 KA 13/00 - RID 02-04-45 m.w.N. aus der Instanzenpraxis (*Revision* anhängig: B 6 KA 29/02 R; Vorinstanz: **SG Schwerin**, Urt. v. 23.02.2000 - S 3 KA 12/98 - RID 00-03-09).

46 Zum Sachverhalt:

Die KV klagte gegen das Landesschiedsamt, das mit Schiedsspruch die Gesamtvergütung für die Jahre 1996 und 1997 bzgl. des beigel. BKK-Landesverbandes Nord festgesetzt hatte. **SG Schwerin**, Urt. v. 23.02.2000 - S 3 KA 93/98 - verpflichtete zur Neubescheidung. Die *Berufung* d. Kl. führte zur Verpflichtung zur Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des LSG, die Berufung d. Beigel. wurde zurückgewiesen.

LSG Mecklenburg-Vorpommern bejaht ein **Rechtsschutzbedürfnis** d. Kl., da das SG der Kl. nur bzgl. des Risikostrukturausgleichs, nicht aber der übrigen Einwände gefolgt sei.

Der Senat begründet dann in der insgesamt 51 Seiten umfassenden Entscheidung, weshalb sich die einzelne Krankenkasse nicht auf den Grundsatz der Beitragssatzstabilität berufen könne und dass die Absenkung der Gesamtvergütung um 1 % wegen des **Risikostrukturausgleichs** in Übereinstimmung mit der Vorinstanz rechtswidrig sei. Dessen Berücksichtigung sei zwar geboten, jedoch habe d. Bekl. den Sachverhalt nur unzureichend aufgeklärt. Die erhöhten standardisierten Leistungsausgaben im vertragsärztlichen Bereich müssten genauer belegt werden, auch sei dies für die anderen Bereiche zu prüfen. Deshalb sei auch die Berufung d. Beigel. unbegründet.

D. Bekl. habe auch die Einwände d. Kl. betreffend des sog. **Chipkarteneffekts** zu beachten. **Nicht zu beanstanden** sei der Schiedsspruch, soweit für das **Jahr 1996** das **ambulante Operieren** nicht mit einem Interventionspunktwert gefördert worden und soweit eine Förderung von **Präventionsleistungen** und **Sonnabendsprechstunden** und sowie eine Anpassung des Vergütungsniveaus um 5 % an das **Vergütungsniveau "West"** unterblieben sei. Nicht zu beanstanden sei der Schiedsspruch ferner, soweit für das **Jahr 1997** beim **allgemeinen Anpassungsfaktor** auf die Beitragsentwicklung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung Ost einschl. der KVdR abgestellt worden sei, soweit wiederum eine Anpassung des Vergütungsniveaus um 5 % an das Vergütungsniveau "West" und eine Förderung von Sonnabendsprechstunden unterblieben sei.

47 Zum Sachverhalt:

Die KV klagte gegen das Landesschiedsamt, das mit Schiedsspruch die Gesamtvergütung für die Jahre 1996 und 1997 bzgl. des beigel. IKK-Landesverbandes Nord festgesetzt hatte. **SG Schwerin**, Urt. v. 23.02.2000 - S 3 KA 94/98 - wies die Klage ab. Die **Berufung** d. Kl. führte zur Verpflichtung zur Neubescheidung.

LSG Mecklenburg-Vorpommern verpflichtet in der 35-seitigen Entscheidung d. Bekl., die Einwände d. Kl. betreffend des sog. **Chipkarteneffekts** zu beachten. **Nicht zu beanstanden** sei der Schiedsspruch, soweit eine Anpassung des Vergütungsniveaus um 5 % an das Vergütungsniveau "West" unterblieben, beim allgemeinen Anpassungsfaktor auch die Beitragsentwicklung der KVdR berücksichtigt worden sei, eine Förderung von Sonnabendsprechstunden und für das Jahr 1996 die Berücksichtigung eines unteren Interventionspunktwertes beim ambulante Operieren sowie eine Förderung von Präventionsleistungen unterblieben sei.

2. WEGFALL DER GESCHÄFTSGRUNDLAGE (§ 59 SGB X)

48 **SG München**, Urt. v. 27.06.2002 - S 33 KA 5287/98 -

Wegfall der Geschäftsgrundlage, Mitgliederzahl, Vertragsverhältnis, öffentlich-rechtlicher Vertrag, Schiedsvereinbarung, Gesamtvergütung
SGB V §§ 82, 84; SGB X § 59

Ein Wegfall der Geschäftsgrundlage (hier: wegen **BSG**, Urt. v. 02.10.1996 - 6 RKa 28/96 - <SozR 3-2500 § 85 Nr 17>, wonach die Berechnung der Gesamtvergütung für 1993 ohne die Berücksichtigung der Veränderungen bei der Mitgliederzahl zu erfolgen hat) nach § 59 SGB X ist bei bereits abgewickelten Vertragsverhältnissen unerheblich. Sind Schiedsvereinbarungen, die Rechtsgrundlagen der Gesamtvergütung in den Jahren 1993 und 1994 waren, bereits in vollem Umfange erloschen, so scheidet eine Anpassung aus.

XI. ERHÖHUNGSGEBÜHR BEI GEMEINSCHAFTSPRAXIS (§ 6 BRAGO)

49 LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 18.10.2001 – L 6 KA 45/01 - (rechtskräftig)
Geschäftsgebühr, Erhöhungsgebühr, Gemeinschaftspraxis, BGB-Gesellschaft
BRAGO §§ 6, 12 I, 118 I

Leitsätze:

1. Eine Untätigkeitsklage darf auf eine Entscheidung in der Sache gerichtet werden.
2. Die Inhaber einer vertragsärztlichen Gemeinschaftspraxis sind im Rahmen der Honorarabrechnung nicht "mehrere Auftraggeber" eines Rechtsanwalts, so dass diesem keine Erhöhungsgebühr nach § 6 Abs. 1 BRAGO zusteht.

Zu § 6 BRAGO vgl. zuletzt RID 01-04-54 und SG Hamburg RID 02-02-37.

XII. ENTSCHEIDUNGEN DES BSG

1. BERICHTIGUNG - ZUSCHLAG FÜR ANÄSTHESISTEN BEI WEITERBILDUNG (NR 90 EBM)

50 BSG, Urt. v. 26.06.2002 - B 6 KA 6/01 R - zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen

Leitsatz:

Den Anästhesie-Zuschlag der Nr 90 EBM-Ä können auch solche Ärzte beanspruchen, die vertragsärztlich als Allgemein- und Praktische Ärzte zugelassen sind, sofern sie über die berufsrechtliche Anerkennung als Ärzte für Anästhesiologie verfügen.

2. ZULASSUNGSRECHT

A) PSYCHOTHERAPEUT - ZEITFENSTER UND VERTRAUENSSCHUTZ

51 BSG, Urt. v. 11.09.2002 - B 6 KA 41/01 R -

An der Rechtsprechung zur **Teilnahme** (§ 95 X SGB X) wird festgehalten (vgl. BSG, Urt. v. 08.11.2000 - B 6 KA 52/00 R - <BSGE 87, 158 = SozR-2500 § 95 Nr 25> u.a.).

Wurde die selbstständige Erwerbstätigkeit überhaupt erstmals im Mai 1997 zu einem **beruflichen Schwerpunkt** und die Praxis gegen Ende des Zeitfensters am 24. Juni 1997 noch nicht für volle drei Monate betrieben, kann in diesem Stadium nicht bereits von einem dauerhaft geschützten Praxisbestand ausgegangen werden.

Die Übergangsregelung nach § 95 X 1 Nr. 3 SGB V verstößt nicht gegen den im Rechtsstaatsprinzip des Art 20 III GG wurzelnden **Vertrauensgrundsatz** und steht auch nicht in Widerspruch zu Art 3 I GG, weil bei Einführung der Bedarfsplanung für Vertragsärzte 1992/93 großzügigere Übergangsregelungen Anwendung gefunden hatten.

Die sofortige Inanspruchnahme einer nur **einstweilen**, d.h. unter dem Vorbehalt der Überprüfung im Hauptsacheverfahren und auf der Grundlage glaubhaft gemachten Tatsachenvortrags sowie einer summarischen tatsächlichen und rechtlichen richterlichen Prüfung **erteilten Berechtigung**, stellt ein **Handeln auf eigene Gefahr** dar. Es birgt daher für den Betroffenen regelmäßig das von ihm selbst zu tragende Risiko, dass später im Hauptsacheverfahren unter Anwendung der dafür geltenden prozessualen und materiellen Prüfungsmaßstäbe ein auch gegenteiliges Endergebnis zu Stande kommen kann.

In Ansehung der sich durch eine sofortige Beendigung der Praxistätigkeit für den Kläger und vor allem für die aktuell in seiner Behandlung befindlichen Versicherten der GKV ergebenden **Härten** kann es geboten sein, zur Abwicklung bereits begonnener Psychotherapien eine geräumige

Auslauffrist für die vertragspsychotherapeutische Praxistätigkeit zu gewähren (hier: bis zum 30.06.2003).

Die Verfassungsbeschwerde wurde vom BVerfG nicht zur Entscheidung angenommen (BVerfG -Kammer - Beschl. v. 06.12.2002 - 1 BvR 2021/02).

B) ZULASSUNGSHINDERNIS - BESCHÄFTIGUNGSVERHÄLTNIS ÜBER 13 STUNDEN

52 BSG, Urt. v. 11.09.2002 - B 6 KA 23/01 R -

Leitsätze:

Die sich aus § 20 Abs 1 Ärzte-ZV ergebende Beschränkung, dass die in abhängiger Beschäftigung ausgeübte Tätigkeit eines Zulassungsbewerbers nicht mehr als 13 Stunden wöchentlich betragen darf, gilt auch für Ärzte, die für eine ausschließlich psychotherapeutische Tätigkeit bei Kindern und Jugendlichen zugelassen werden wollen (Bestätigung und Fortführung von BSG vom 30.1.2002 - B 6 KA 20/01 R = BSGE 89, 134 = SozR 3-5520 § 20 Nr 3).

Die Verfassungsbeschwerde wurde vom BVerfG nicht zur Entscheidung angenommen (BVerfG -Kammer - Beschl. v. 12.02.2003 - 1 BvE 59/03).

3. BEWERTUNGSAUSSCHUSS ALS BETEILIGTER/BARIUMHALTIGE KONTRASTMITTEL

53 BSG, Urt. v. 11.09.2002 - B 6 KA 34/01 R -

Leitsätze:

1. Der Bewertungsausschuss ist im sozialgerichtlichen Verfahren beteiligtenfähig.
2. Klagen von Personen und Institutionen, die nicht an der Vereinbarung des EBM-Ä beteiligt sind, auf Änderung oder Ergänzung des EBM-Ä sind gegen die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung und nicht gegen den Bewertungsausschuss zu richten.
3. Die Regelung in der Präambel zu Kap Q Abschn I EBM-Ä über die Abgeltung der Kosten für bariumhaltige Kontrastmittel durch die vertragsärztliche Vergütung verletzt geschützte Positionen der Hersteller dieser Mittel nicht.

4. GERICHTSVERFAHRENSRECHT - BEDEUTUNG DER MÜNDLICHEN VERHANDLUNG

54 BSG, Beschl. v. 11.12.2002 - B 6 KA 13/02 B -

Die mündliche Verhandlung ist das "Kernstück" des gerichtlichen Verfahrens.

Weist ein Verfahrensbeteiligter auf einen rechtlichen Aspekt hin, der im bisherigen Verfahrensgang ersichtlich keine besondere Rolle gespielt hat (hier: Auffassung, die Vorschriften des nationalen Rechts über die Beendigung der vertragszahnärztlichen Zulassung mit Vollendung des 68. Lebensjahres stünden mit Art. 6 II EGV nicht im Einklang) und dessen Erörterung nicht von vornherein entbehrlich erscheint, so kann nicht einfach durch Gerichtsbescheid des LSG entschieden werden. Es muss zuvor entweder mündlich verhandelt oder den Beteiligten zu erkennen gegeben werden, weshalb kein Erörterungsbedarf besteht.

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. VERTRAGS(ZAHN)ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

1. IMPLANTATION VON INTRAOKULARLINSEN

55 LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.10.2002 - L 16 KR 177/01 - juris

Krankenversicherung, Kostenerstattung, Intraokularlinse, Fehlsichtigkeit, Astigmatismus, refraktive Augen-
chirurgie, neue Behandlungsmethode

SGB V §§ 13 III, 92 I 2 Nr. 5, 135 I; BUBRL-Ä Anl B Nr 13; NUBRL Anl 2 Nr 13

Die Implantation von Intraokularlinsen bei starker Fehlsichtigkeit und Astigmatismus zählt nicht zu den vertragsärztlichen Leistungen und ist daher als neue Behandlungsmethode im Sinne des § 135 I SGB V anzusehen; diese Therapie ist unter dem synonymen Begriff der refraktiven Augen Chirurgie durch Beschluss des Bundesausschusses vom 11.05.1993 aus der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen worden.

Vorinstanz: SG Duisburg, Urt. v. 23.08.2001 - S 7 (27) KR 156/99 -, Klageabweisung; das **LSG** wies die Berufung zurück.

2. LASERINDUZIERTE THERMOTHERAPIE (LITT)

56 LSG Sachsen, Urt. v. 18.09.2002 - L 1 KR 39/01 - juris

Laserinduzierte Thermotherapie, LITT, Systemmangel

SGB V §§ 13 III, 27 I 1, I 2 Nr. 1, 135 I

Leitsatz:

Leistungen der ambulant durchgeführten Lasertherapie (LITT) stehen derzeit nicht in der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen.

Vorinstanz: SG Chemnitz, Urt. v. 24.07.2001 - S 13 KR 106/00 -, Klageabweisung; das **LSG** wies die Berufung zurück.

Ebs. **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 25.10.2001 - Az: L 2 KN 97/01 KR - juris; **LSG Rheinland-Pfalz**, Urt. v. 06.06.2002 - L 5 KR 7/02 - RID 02-04-61.

3. BRUSTVERGRÖßERUNG

57 LSG Sachsen, Urt. v. 14.08.2002 - L 1 KR 3/02 - juris

Brustvergrößerung, psychische Erkrankung, Operation

SGB V §§ 13 III, 27 I, GG Art 2 I, II 1

Leitsätze:

Soweit bei einer Frau die operative Vergrößerung der Brust nicht aus medizinischen Gründen erforderlich ist, besteht kein Anspruch auf operative Korrektur auf Kosten einer gesetzlichen Krankenkasse. Eine psychische Erkrankung rechtfertigt insoweit die Kostenübernahme nicht.

Vorinstanz: SG Dresden, Gerichts. v. 14.01.2002 - S 18 KR 356/01 -, Klageabweisung; das **LSG** wies die Berufung zurück.

Zur Ablehnung einer Magenbandoperation (Gastric-Banding) zur **mittelbaren Behandlung einer anderen Krankheit** (psychogenen Eßstörung bzw. morbidem Adipositas) s. **LSG Rheinland-Pfalz**, Urt. v. 06.06.2002 - L 5 KR 114/01 - RID 02-04-62 (**Revision** anhängig: B 1 KR 25/02 R - Termin 19.02.2003).

4. AKUPUNKTURBEHANDLUNG

58 LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.08.2002 - L 16 KR 44/02 - juris
Akupunktur, Akupunkturbehandlung, Bundesausschuß, Kostenerstattung
SGB V §§ 2, 13 III, 135 I Nr. 1; BUB-RL Anl. B Nr. 31

Ein Anspruch auf Kostenerstattung für eine in der Zeit vom 15.03. bis 05.07.2001 durchgeführte Akupunkturbehandlung besteht nicht, weil der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen in seiner Sitzung am 16.10.2000 beschlossen hat, die Akupunktur in die Anlage B (nicht anerkannte Methoden) der BUB-Richtlinien zu übernehmen. Ausnahmen sind lediglich zur Behandlung im Rahmen von Modellversuchen bei bestimmten Indikationen zugelassen worden. Erfolgt die Behandlung nicht im Rahmen eines genehmigten Modellversuches und liegen die Voraussetzungen für die Teilnahme an einem Modellversuch nicht vor, besteht kein Kostenerstattungsanspruch.

Vorinstanz: SG Aachen, Gerichtsbb. v. 18.01.2002 - S 13 KR 90/01 -, Klageabweisung; das **LSG** wies die Berufung zurück.

Zur Akupunkturbehandlung vgl. zuletzt **SG Kassel**, Urt. v. 22.10.2001 - S 12 KR 1102/01 - RID 02-02-50 m. ausf. Hinweisen auf die Instanzenpraxis.

5. IMPLANTATVERSORGUNG UND SUPRAKONSTRUKTION

Zur **Rechtslage und Rspr.** beim implantatgestützten Zahnersatz s. RID 01-01-B II; das **BSG** hat mit mehreren Urteilen vom 19.06.2001 über Rechtsfragen der Implantatversorgung entschieden; danach ist in der gesetzlichen Krankenversicherung der Anspruch auf implantologische Leistungen regelmäßig ausgeschlossen und gehört eine Kieferatrophie nicht zu den vom Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten besonders schweren Fällen, in denen seit 1.7.1997 ausnahmsweise eine Leistungspflicht besteht. Die darin liegende Beschränkung des Krankenversicherungsschutzes verletzt kein höherrangiges Recht (**B 1 KR 4/00 R <BSGE 88, 166 = SozR 3-2500 § 28 Nr 5>**; zur Frage der Verfassungsmäßigkeit s. a. **B 1 KR 27/00 R - <MedR 2002, 599>**).

Nach **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 18.12.2001 – L 5 KR 39/00 – (**Revision** anhängig: B 1 KR 9/02 R) RID 02-02-53 gehörten in der Zeit vom **01.01. bis 30.06.1997** implantologische Leistungen nicht zur zahnärztlichen Behandlung und ist eine Zuschussgewährung deshalb auch für **Folgebehandlungen**, die aufgrund einer vorherigen, von der Krankenkasse bezuschussten Implantatversorgung anfallen, ausgeschlossen; ebs. **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 19.02.2002 - L 5 KR 223/00 - (**Revision** anhängig: B 1 KR 18/02 R) RID 02-03-60 für die Zeit vom **01.01.1997 bis 31.12.1999**.

A) FOLGEBEHANDLUNG EINER BEZUSCHUSSTEN IMPLANTATVERSORGUNG (1998)

59 SG Mainz, Urt. v. 30.04.2002 - S 6 KR 40/02 -

60 LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 10.10.2002 - L 5 KR 61/02 -

Zahnärztliche Behandlung, implantologische Leistung, Implantatversorgung, Zahnersatz, Kieferatrophie, Vertrauensschutz

SGB V § 28 II 8, 9; Richtlinien des Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung B VII bzw. Nrn. 28-31

In der Zeit vom 01.01.1997 bis 31.12.1999 gehörten implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion nur in Ausnahmefällen, nicht jedoch bei einer Kieferatrophie, zur zahnärztlichen Behandlung; eine Zuschussgewährung ist deshalb auch für Folgebehandlungen, die aufgrund einer vorherigen, von der Krankenkasse bezuschussten Implantatversorgung anfallen, ausgeschlossen.

Zum Sachverhalt:

Die bei der bekl. Krankenkasse versicherte Kl. ließ 1991 eine Zahnimplantatversorgung am Unterkiefer wegen einer starken Atrophie durchführen, die von d. Bekl. bezuschusst wurde. Im August 1998 ließ sie sich eine neue Unterkieferprothese eingliedern. Hierbei handelte es sich um eine Suprakonstruktion (1.208,36 DM), die auf die vorhandenen Implantate aufgebracht wurde. D. Bekl. lehnte eine zuvor beantragte Bezuschussung ab. Das **SG** wies die Klage unter Hinweis auf die Gesetzeslage ab. Die **Berufung** blieb ohne Erfolg.

LSG Rheinland-Pfalz verweist ebf. auf § 28 II SGB V und die Richtlinien des Bundesausschusses. Die **frühere Bezuschussung** sei unerheblich, denn jedenfalls durch die Änderung des § 28 II SGB V mit Wirkung ab 01.07.1997 sei eine Leistungsgewährung für Suprakonstruktionen, die auf bereits vorher eingegliederten Implantaten aufbauten, generell ausgeschlossen.

B) IMPLANTATVERSORGUNG (2000) UND BESONDERS SCHWERER FALL

61 SG Oldenburg, Urt. v. 08.08.2002 - S 62 KR 34/02 -

Berufung anhängig: LSG Niedersachsen-Bremen - L 4 KR 155/02 -

Zahnärztliche Behandlung, implantologische Leistung, Implantatversorgung, Zahnersatz, Kieferatrophie, besonders schwerer Fall, Kolophonium, Palladiumchlorid, Zahnfüllstoff
SGB V § 28 II 8, 9; Richtlinien des Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung B VII bzw. Nrn. 28-31

Eine geringgradige Allergie gegen Kolophonium, das in Zahnabdruckfüllungen enthalten ist, und Palladiumchlorid (Zahnfüllstoff) stellt keinen "besonders schweren Fall" iSd § 28 II 9 SGB V dar.

Zum Sachverhalt:

Die 1937 geb. Kl. hatte bereits 1996 erfolglos die Kostenübernahme für implantologische Leistungen beantragt. Einen Antrag vom Januar 2000 (Kosten: 12.505,38 DM) lehnte die bekl. Krankenkasse ebf. ab. Nach Bestandskraft stellte d. Kl. erfolglos einen Überprüfungsantrag nach § 44 SGB X, wogegen sie klagte. Das **SG** wies die Klage ab.

SG Oldenburg verneint einen Anspruch nach § 28 II 9 SGB V in der aktuellen Fassung, weil eine **Kieferatrophie** nicht zu den **Ausnahmeindikationen** nach den Richtlinien des Bundesausschusses zähle. Die bei d. Kl. bestehende geringgradige Allergie gegen Kolophonium, das in Zahnabdruckfüllungen enthalten sei, und Palladiumchlorid (Zahnfüllstoff) stelle keinen "besonders schweren Fall" iSd § 28 II 9 SGB V dar, da es nicht dauerhaft verwendet werde bzw. Behandlungsalternativen bestünden.

II. AUSKUNFTSANSPRUCH EINES VERSICHERTEN GEGENÜBER VERTRAGSARZT

62 LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 12.11.2002 - L 5 KR 185/01 -
Revision anhängig: B 1 KR 38/02 R

Auskunftsanspruch, Rechtsweg, Informationspflicht, Vertragsarzt
SGB V § 305 II; SGG § 51 I

Der Versicherte hat gegenüber dem behandelnden Vertragsarzt einen unmittelbaren Auskunftsanspruch auf die abgerechneten Leistungen.

Nach **BSG**, Urt. v. 25.10.1995 - 5 RJ 40/93 - SozR 3-2200 § 1303 Nr. 4 = NZS 1996, 446 ist der **Rechtsweg** zu den Sozialgerichten eröffnet, wenn gem. § 15 I auf Auskunft über Angelegenheiten aus dem Sozialrechtsverhältnis geklagt wird.

Das **GRG 1989** schuf mit § 305 SGB V zur Stärkung des Kostenbewusstseins der Versicherten und Erhöhung der Transparenz eine **Auskunftspflicht** der Krankenkassen gegenüber den Versicherten; ein Auskunftsanspruch gegenüber der KV sollte durch die Gesamtvertragsparteien geregelt werden. Das **GSG 1992** verpflichtete in der Neufassung die KVen zur Übermittlung der erforderlichen Daten an die Krankenkassen, bis das **2. GKV-NOG 1997** die bisherige Fassung in Abs. 1 übernahm und Abs. 2 anfügte.

§ 305 II 1 bis 3 SGB V lautet: *Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen unterrichten die Versicherten schriftlich über die zu Lasten der Krankenkassen abgerechneten Leistungen und die von den Krankenkassen zu zahlenden Entgelte innerhalb von vier Wochen nach Ablauf des Quartals, in dem die Leistungen in Anspruch genommen worden sind. Satz 1 gilt auch für Vertragszahnärzte. Das Nähere regelt die Vertragspartner nach § 82 in den Bundesmantelverträgen.*

Zum **Herausgabeverlangen von Krankenunterlagen** vgl. **AG Ibbenbüren** u. **LG Münster**, RID 01-04-122 u. 123; gegenüber Krankenhaus s. **LG München I**, Urt. v. 15.11.2000, - 9 O 12451/00 - MedR 2001, 524; zur **Übermittlung der Patientendaten** in verschlüsselter Form an KV und Krankenkassen vgl. zuletzt **BVerfG**, 1. Kammer des Ersten Senats, Beschl. v. 29.11.2000 – 1 BvR 630/93 – RID 01-04-118; s.a. RID 00-03-A XI; zur disziplinarrechtlich ahnbaren **Auskunftspflicht gegenüber Dritten** s. **Berufsgericht für Heilberufe bei dem VG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 14.11.2001 - 21 BG 3410/00(V) - RID 02-01-110.

Zum Sachverhalt:

Der gesetzlich krankenversicherte Kl. wurde von dem bekl. Facharzt für radiologische Diagnostik, einem Vertragsarzt, am 28.09.2000 behandelt. Gegenüber dem Kl. lehnte der Bekl. eine Kostenaufstellung ab. **SG Aachen**, Urt. v. 13.11.2001 - S 13 KR 20/01 - RID 02-01-75 verurteilte antragsgemäß auf schriftliche Unterrichtung der zu Lasten der Krankenkassen abgerechneten Leistungen. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

Nach **LSG Nordrhein-Westfalen** ist **§ 305 II SGB V** keine bloße Rahmenvorschrift, sondern begründet einen **unmittelbaren Auskunftsanspruch**. Dies ergebe sich aus Wortlaut und Entstehungsgeschichte der Vorschrift, was der Senat ausführlich darlegt. Der Arzt könne die Auskunft auf der Grundlage des letzten bekannten Abrechnungspunktwertes unter Hinweis auf die Vorläufigkeit des Betrages erteilen. Der Anspruch des Versicherten hänge von einer vertraglichen Ausgestaltung nicht ab.

III. VERTRAGSZAHNARZT UND GENEHMIGUNG FÜR HEIL- UND KOSTENPLAN

63 LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 03.04.2001 - L 1 KR 49/00 -

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 29/02 R

Vertragszahnarzt, Heil- und Kostenplan, Zahnersatz, Parodontosebehandlung, Genehmigung, Krankenkasse, subjektives Recht

SGB V §§ 30 I, IV 3, 72 II, 73 II 1 Nr. 2, 82 I, 85 IV; BMV-Z § 26, Anlage 12

Leitsätze:

1. Die Wirkung der Genehmigung eines Heil- und Kostenplanes beschränkt sich auf das Verhältnis Versicherter und Versicherungsträger. Der Vertragszahnarzt kann, jedenfalls nicht unmittelbar, keine Rechte daraus herleiten und insbesondere nicht aus eigenem Recht auf eine Genehmigung klagen.
2. Zur Kostenentscheidung in solchen Verfahren.

Zum Sachverhalt:

Die Klägerin, eine **Vertragszahnärztin** erhielt am 12.12.1996 einen Heil- und Kostenplan für die Eingliederung von Zahnersatz (ZE) im OK-Bereich bei der beigel. Versicherten von der bekl. Krankenkasse zurück, weil nach Aussage des eingeholten Gutachtens zunächst eine parodontale Vorbehandlung (PA) notwendig sei, die sie bewilligte. Am 23.12.1996 gliederte d. Kl. den ZE ein. Nach Auskunft der Versicherten gegenüber d. Bekl. erfolgte die PA-Behandlung lediglich am 04.12.1996. Mit Bescheid vom 19.02.1997 lehnte die Bekl. eine **Beteiligung an den Kosten des ZE** mit der Begründung ab, nach der PA-Abrechnung sei die PA-Behandlung am 16.01.1997 beendet, der ZE jedoch bereits am 23.12.1996 eingegliedert worden. Damit habe d. Kl. gegen § 2 der Anlage 12 BMV-Z verstoßen. Hiergegen legte d. Kl. Widerspruch ein und trug vor, sie habe fernab von bürokratischen Formfragen wegen des Zeitdrucks im Interesse der Patientin die Arbeit begonnen und die bereits zuvor von ihr geplante PA-Behandlung im OK durchgeführt, so dass der ZE pünktlich zur Zufriedenheit der Patientin vor den Weihnachtsfeiertagen habe eingegliedert werden können. Von der KZV erhielt die Bekl. im September 1997 den Hinweis, sie erkenne eine Rückrechnung der Parodontoseabrechnung in Höhe von 1.386,40 DM an. D. Bekl. wies den Widerspruch insb. wegen der fehlenden Genehmigung zurück. **SG Kiel**, Gerichtsbb. v. 07.02.2000 - S 13 KA 240/99 - wies die Klage ab, weil ein Vergütungsanspruch nur gegenüber der KZV bestehe und Klage aus abgetretenem Recht nicht erhoben worden sei. Mit der **Berufung** beantragte d. Kl. nunmehr die Feststellung, dass die Beklagte **verpflichtet sei, nachträglich eine Genehmigung für den Heil- und Kostenplan zu erteilen**. Hierzu stellte sie in der mündlichen Verhandlung klar, dass sie als Rechtsverhältnis den versicherungsrechtlichen Anspruch der Versicherten gegenüber der Bekl. sehe und ein **eigenständiges Rechtsschutzinteresse** betreffend die Feststellung dieses Verhältnisses in Anspruch nehme. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

LSG Schleswig-Holstein entschied in der Besetzung eines **Krankenversicherungsse-nats**, da es sich nicht (mehr) um eine Angelegenheit des Kassenarztrechts handele, nachdem die Kl. nicht mehr die Kosten für ZE einfordere. Die Klageänderung sei auch sachdienlich.

Für den Anspruch auf Genehmigung des Heil- und Kostenplanes **fehle** es allerdings an einer **Anspruchsgrundlage** im Gesetz. Aus der Genehmigung könne der Vertragszahnarzt keine unmittelbaren Rechte herleiten und nicht aus eigenem Recht auf eine Genehmigung klagen. Ein Honoraranspruch bestehe allein gegenüber der KZV (§ 85 IV iVm § 72 II SGB V). In das **Rechtsverhältnis der Versicherten zur Krankenkasse** sei d. Kl. aber nicht einbezogen, so dass sie keinen Anspruch daraus ableiten könne. Eine Abtretung liege nicht vor. Eine rechtliche Position der sogenannten **Drittbetroffenheit** scheide deshalb ebf. aus.

Der Gesetzgeber habe jetzt in § 30 IV 3 SGB V idF G. v. 19.12.1998 die vertragliche Regelung der vorherigen Genehmigung aufgenommen. Mithin sei die von der Kl. begehrte Genehmigung zum jetzigen Zeitpunkt auch aus den gesetzlichen (bzw. vertraglichen) Vorschriften ausgeschlossen.

IV. BEHANDLUNG DURCH NICHTVERTRAGSBEBANDLER

1. PRIVATARZT

A) ZULÄSSIGE EINSCHRÄNKUNG DER FREIEN ARZTWAHL BEI FREIWILLIG VERSICHERTEN

64 *LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 19.08.2002 - L 5 KR 65/02* - juris
Nichtvertragsarzt, Arztwahl, freie Arztwahl, gesetzliche Krankenversicherung
SGB V §§ 13 II, 76 I 2; GG Art. 14 I; 20 III

Ein Kostenerstattungsanspruch freiwillig Versicherter besteht nicht, wenn sie Ärzte in Anspruch nehmen, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligt sind. Diese Einschränkung der freien Arztwahl verstößt nicht gegen Verfassungsrecht.

Vorinstanz: *SG Düsseldorf*, Urt. v. 17.12.2001 - S 4 KR 208/99 -, wies u.a. die Feststellungsklage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

B) ZULÄSSIGE EINSCHRÄNKUNG DER FREIEN ARZTWAHL BEI PFLICHTVERSICHERTEN

65 *SG Freiburg, Urt. v. 16.10.2002 - S 11 KR 1934/01* -
Nichtvertragsarzt, Arztwahl, freien Arztwahl gesetzliche Krankenversicherung
SGB V §§ 2 II, 13 III, 27 I 2 Nr. 2, 28 II, 76 I 2; GG Art. 14 I; 20 III

Es besteht kein Kostenerstattungsanspruch (hier: 270,68 DM) eines Pflichtversicherten für eine privat Zahnärztliche Behandlung, wenn die Behandlung auch durch einen niedergelassenen Vertrags Zahnarzt hätte erbracht werden können (hier: eine in der Zahnklinik behandelte Zahntasche aufgrund einer Vorschädigung durch den extrahierten und damals akut vereiterten Zahn 45 im Zusammenhang mit einer privat Zahnärztlichen Implantatversorgung).

C) BESCHRÄNKTE ARZTWAHL KEIN VERSTOß GEGEN GEMEINSCHAFTSRECHT

66 *LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 06.06.2002 - L 16 KR 94/00* - juris
Nichtvertragsarzt, Arztwahl, freie Arztwahl gesetzliche Krankenversicherung, Kostenerstattung, freiwilliges Mitglied, Notfall, Heilanästhesie, Akupunktur, Gesamt-Thymus-Extrakt, Eigenblutinjektion
SGB V §§ 13 II, 76 I 2; GG Art. 14 I; 20 III

Auch im Rahmen der Kostenerstattung des § 13 II SGB V können freiwillige Mitglieder von Krankenkassen nur zwischen zugelassenen oder ermächtigten Ärzten wählen (§ 76 I SGB V; s. *BSG*, Urt. v. 10.05.1995 - 1 RK 14/94 - SozR 3-2500 § 13 Nr. 7).

Der Umstand, dass nur ein Nichtvertragsarzt das ganzheitliche Behandlungskonzept mit Gesamt-Thymus-Extrakt, Eigenblutinjektion, Heilanästhesie und Akupunktur anbietet, begründet keinen **Notfall**, jedenfalls soweit eine ausreichende Behandlung im vertragsärztlichen System möglich war. Eine Vorabentscheidung des *EuGH* scheidet schon deshalb aus, da nicht ersichtlich ist, dass die Regelung des § 76 I SGB V gegen Vorschriften oder Rechtsgrundsätze des Gemeinschaftsrechts verstößt. Insoweit bleibt es vielmehr bei dem Grundsatz, dass das Gemeinschaftsrecht die Zuständigkeit der Mitgliedsstaaten zur Ausgestaltung ihrer Systeme der sozialen Sicherheit unberührt lässt und das Recht des jeweiligen Mitgliedsstaates beschränkt, unter welchen Voraussetzungen ein Leistungsanspruch besteht.

Vorinstanz: *SG Aachen*, Gerichtsbb. v. 13.06.2000 - S 13 KR 23/00 -, Klageabweisung; das *LSG* wies die Berufung zurück.

2. HEILPRAKTIKER

67 *LSG Brandenburg, Urt. v. 11.12.2002 - L 4 KR 31/01* - <http://www.brandenburg.de/~lsgbb>
Heilpraktiker, Schulmedizin, alternative Heilmethode, gesetzliche Krankenversicherung
SGB V §§ 13 I, 27, 28, 72

Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker werden in der gesetzlichen Krankenversicherung regelmäßig nicht übernommen.

Der Kläger leidet an einer therapieresistenten Pollenallergie und begab sich, nachdem er über 20 Jahre lang - seiner Auffassung nach erfolglos - von "Schulmedizinern" behandelt worden war, in die Behandlung einer **Heilpraktikerin**. Dabei sei nach 5 Jahren eine Besserung erzielt worden.

D. Kl., der freiwilliges Mitglied einer Betriebskrankenkasse ist und als Leistungsart Sach- oder Dienstleistung gewählt hat, beantragte im Mai 2000 bei seiner Krankenkasse die Erstattung von ca. 630 € für Untersuchung, Beratung, Eigenblutinjektion und Akupunktur bei Pollenallergie, chronischer Sinusitis und Desensibilisierung.

Nachdem die beklagte Kasse dies mit der Begründung abgelehnt hatte, bei der in Anspruch genommenen Therapeutin habe es sich um eine Heilpraktikerin und somit um eine nicht zugelassene Behandlerin gehandelt, hat d. Kl. sein Begehren vor dem **SG Cottbus** weiter verfolgt. Dieses hat mit Urteil vom 20. Juni 2001 die Klage abgewiesen und zur Begründung auf die Ausführungen der Beklagten verwiesen und ausgeführt, von Heilpraktikern erbrachte Leistungen gehörten nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung. Der behandelnde Arzt des Klägers habe in seinem nachträglichen Attest die Durchführung derartiger Maßnahmen lediglich befürwortet, nicht jedoch verordnet.

Das **LSG** hat die Berufung des Klägers gegen dieses Urteil zurückgewiesen: Kosten für selbst beschaffte Leistungen seien nur dann zu erstatten, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbracht oder eine notwendige Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dem Versicherten dadurch Kosten entstanden sind (§ 13 I SGB V). Eine derartige unaufschiebbare Leistung habe nicht vorgelegen, da keine dringende Behandlungsbedürftigkeit bestanden habe, der Kläger hätte im Notfall seinen behandelnden Arzt aufsuchen können. Der Kläger habe die Sachleistung auch nicht im Vertrauen darauf entgegen genommen, dass sie von der Kasse übernommen werde.

Zitiert nach *Presseerklärung* vom 13. Januar 2003 - <http://www.brandenburg.de/~lsgbb>

V. STATIONÄRE BEHANDLUNG

1. STATIONÄRE ENTBINDUNG IN GEBURTSHAUS

68 *SG Altenburg, Gerichtsb. v. 29.10.2002 - S 4 KR 1905/01 -*

Sprungrevision anhängig: B 1 KR 34/02 R

Andere Einrichtung, Geburtshaus, Kostenerstattung, Versorgungsvertrag, stationäre Entbindung
§§ 195 I Nr. 3, 197 Satz 1 RVO, 107, 108 SGB V

Die gesetzliche Krankenkasse muss die Kosten für eine stationäre Entbindung auch dann übernehmen, wenn sie in einer Einrichtung stattfindet, die zur stationären Behandlung von Versicherten nicht zugelassen ist.

Nach **BSG**, Urt. v. 09.10.2001 - B 1 KR 15/00 R - SozR 3-2200 § 197 Nr 2 (Parallelentscheidung - B 1 KR 1/01 R -) scheidet ein Anspruch nach § 197 RVO jedenfalls dann aus, wenn das sog. Geburtshaus keine gewerberechtliche Zulassung besitzt.

Einen Anspruch auf Übernahme der Kosten für ein sog. Geburtshaus bejahen **SG Altenburg**, Urt. v. 30.09.1999 - S 13 KR 1579/98 - RID 00-02-55; **SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 27.März 2000 - S 25 KR 3954/97 - RID 00-02-54; anders **LSG Sachsen**, Urt. v. 29.05.2002 - L 1 KR 66/01 - juris.

Einen **Beihilfeanspruch** für eine Geburt in einem nichtärztlich geleiteten Geburtshaus verneint **OVG Hamburg**, Urt. v. 07.12.2001 - 1 Bf 445/99 - juris u. NVwZ-RR 2002, 672; **VG Weimar** - aber anteilige Anerkennung dieser Kosten unter dem Gesichtspunkt einer Hausgeburt -, Urt. v. 12.09.2000 - 4 K 1313/98. We - juris u. NVwZ-RR 2001, 257.

Zur **Zulässigkeit** der Hausgeburtshilfe, der Geburtshilfe in Hebammenpraxen oder der **Geburtshilfe in sog Geburtshäusern** s. **VGH München**, Urt. v. 08.11.2001 - 22 B 01.1790 - juris.

Zum Sachverhalt:

Die Kl. befand sich vom 20.-24.06.2001 anlässlich einer Entbindung im Geburtshaus G. Das Geburtshaus G. ist eine von zwei Hebammen betriebene Einrichtung, in denen ambulante oder stationäre Entbindungen durchgeführt werden können. Die Hebamme D. erhielt vom Thüringer Landesverwaltungsamt unter dem Datum vom 06. August 1998 eine Konzession zum Betrieb einer Privatkrankenanstalt. Das Geburtshaus G. ist nicht im Krankenhausplan des Freistaates Thüringen aufgenommen worden und besitzt keine sonstige vertragliche Zulassung durch die gesetzlichen Krankenkassen zur Durchführung von ambulanten und stationären Geburten. Die bekl. Krankenkasse erstattete d. Kl. lediglich 247,00 DM (126,89 €) der beantragten 1.240,00 DM (634,00 €) (Tagessatz von 248,00 DM/126,80 €).

SG Altenburg bejaht einen Anspruch aus **§ 197 Satz 1 RVO**, da es sich bei dem Geburtshaus G. um eine **andere Einrichtung** handele. Es sei eine **Konzession** zum Betrieb einer Privatkrankenanstalt nach § 30 GewO vorhanden. Das Geburtshaus G. sei nicht als Krankenhaus anzusehen, da im Geburtshaus G. nicht ständig ein Arzt anwesend sei. Auf eine Zulassung nach §§ 107 ff. SGB V komme es nicht an, da der Kostenerstattungsanspruch nach § 197 Satz 1 RVO ein **völlig eigenständiger Anspruch** sei, auf den die Regelungen des SGB V über die Zulassung von Krankenhäusern in keinem Fall angewandt werden könnten, was die Kammer ausführlich nach dessen Wortlaut, seiner geschichtlichen Entwicklung und seiner systematischen Einordnung begründet. Auf Kapazitäten in anderen medizinischen Einrichtungen komme es nicht an. Die Versicherte habe nach § 197 Satz 1 RVO ein **Wahlrecht**, ob sie in einem Krankenhaus oder einer anderen Einrichtung (Geburtshaus) entbinden wolle. Ein vorheriger **Antrag** werde nicht verlangt und sei lebensfremd. Im Wege der richterlichen Schätzung (§ 202 SGG iVm § 287 II ZPO) seien die geltend gemachten Kosten angemessen.

Parallelentscheidung:

69 *SG Altenburg, Gerichtsb. v. 27.11.2002 - S 4 KR 1623/01 - juris (Ls.)*

Sprungrevision anhängig: B 1 KR 35/02 R

2. BEHANDLUNG IN NICHTVERTRAGSKRANKENHAUS

70 *SG Koblenz, Gerichtsb. v. 13.08.2002 - S 5 KR 24/02 -*

SGB V §§ 2, 13, 27 I 1, I 2 Nr. 1 u. 5, 39 I, 108

Vertragskrankenhaus, Nichtvertragskrankenhaus, Privatkrankenhaus, Kostenerstattung, Behandlungsalternative, Systemversagen, stationäre Versorgung

Es besteht kein Anspruch auf Behandlung in einem nicht zugelassenen Krankenhaus bzw. auf Kostenerstattung; soweit die Krankenkasse Behandlungsalternativen aufgezeigt hat, liegt auch ein Systemversagen nicht vor.

Zum Anspruch auf eine Sachleistung durch ein nicht zugelassenes Krankenhaus, wenn sie durch zugelassene Leistungserbringer nicht unter zumutbaren Bedingungen möglich ist, vgl. *LSG Brandenburg*, Urt. v. 12.06.2002 - L 4 KR 37/01 - RID 02-04-64 (hier verneint für eine Geschlechtsanpassung).

Zum Sachverhalt:

Die Kl. wurde nach einem Skiunfall 1990 mit einer schweren Knieverletzung operiert. Wegen weiterer Beschwerden beantragte sie im Februar 2001 die Kostenübernahme für eine stationäre Behandlung in einem Nichtvertragskrankenhaus (ATOS-Praxisklinik Heidelberg) zur erneuten Revision der vorderen Kreuzbandplastik am rechten Knie, was die bekl. Krankenkasse unter Verweis auf Behandlungsalternativen in Vertragskrankenhäusern ablehnte. Hiergegen erhob d. Kl. nach zwischenzeitlich erfolgter Operation die Klage auf Kostenübernahme (14.977,36 DM).

SG Koblenz verneint einen Anspruch auf Krankenbehandlung und Kostenerstattung (§§ 27 I 1, I 2 Nr. 1 u. 5, 2 II 1, 13 I, III, 39 I, 108 SGB V), weil es sich bei der gewählten Klinik um **kein zugelassenes Krankenhaus** handle. Ein **Systemversagen** liege nicht vor, weil d. Bekl. **Behandlungsalternativen** aufgezeigt habe. Frühere Kostenübernahmen für Aufenthalte in Privatkliniken seien unbeachtlich. Der Bekl. sei auch im Hinblick auf spätere Folgekosten oder im Sinne einer Kundenfreundlichkeit weder ein Beurteilungsspielraum noch ein Ermessen eingeräumt.

VI. ARZNEIMITTEL

1. OFF-LABEL-USE

Zu den **Kriterien** für die Leistungspflicht der Krankenkasse für eine Arzneitherapie außerhalb der zugelassenen Anwendungsgebiete s. **BSG**, Urt. v. 19.03.2002 - B 1 KR 37/00 R - <BSGE 89, 184 = NZS 2002, 646>; das BSG, ebd., verneint das Vorliegen hinreichend gesicherter Erkenntnisse über die Wirksamkeit einer Behandlung mit **Sandoglobulin**.

A) ILOMEDIN (INHALATIV)

71 LSG Brandenburg, Beschl. v. 16.09.2002 - L 4 B 33/02 KR ER -
Pulmonare Hypertonie, Ilomedin-Therapie, Wirksamkeitsnachweis
SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 31 I

Es ist hinreichend glaubhaft gemacht, dass es sich bei Ilomedin (inhalativ) um ein bei der primären pulmonalen Hypertonie wirksames Präparat handelt.

Zu **Ilomedin** s. die konträren Entscheidungen von **LSG Thüringen**, Beschl. v. 02.04.2002 – L 6 KR 145/02 ER - RID 02-03-64 (Breith 2002, 684) und **LSG Berlin**, Beschl. v. 29.05.2002 - L 9 B 20/02 KR ER - Anspruch auf Versorgung mit Ilomedin verneinend - RID 02-03-63 sowie verschiedene stattgebende Beschlüsse im einstweiligen Anordnungsverfahren, RID 02-01-B VI 2 (S. 58 ff.).

Mit Beschl. v. 22.11.2002 - 1 BvR 1586/02 - hat das **BVerfG** - 1. Kammer des 1. Senats - den Beschl. des LSG Berlin vom 29.05.2002 - L 9 B 20/02 KR ER - wegen eines Verstosses gegen das Grundrecht des Beschwerdeführers aus Art. 19 Abs 4 Satz 1 GG aufgehoben und die Sache an das LSG zurückverwiesen. Die vom Gericht durchgeführte summarische Prüfung der Erfolgsaussicht in der Hauptsache genüge angesichts der besonderen Umstände des Falles nicht dem Gebot effektiven Rechtsschutzes. Die Versagung vorläufigen Rechtsschutzes führe im vorliegenden Fall zu schweren und unzumutbaren Nachteilen für den Beschwerdeführer.

Zum Sachverhalt:

Die 1944 geb. Ast. leidet an einer primären pulmonalen Hypertonie (PPH) Stadium III/IV. Seit Sept. 1999 ist sie im Deutschen Herzzentrum in Behandlung und wurde im Rahmen einer 12-wöchigen klinischen Studie mit (dem hierfür nicht zugelassenen) Ilomedin (inhalativ) versorgt, wofür der Hersteller (Schering AG) aufkam. Seit Studienende im Juli 2000 wird sie weiterhin mit Ilomedin (inhalativ) behandelt. Eine weitere Kostenübernahme (monatlich 5.802,33 Euro) lehnte d. Bekl. im Januar 2000 ab. **SG Neuruppin**, Beschl. v. 31.01.2002 - S 9 KR 14/02 - verpflichtete im einstweiligen Anordnungsverfahren zur vorläufigen Kostenübernahme. Die **Beschwerde** führte zur Befristung bis zur Entscheidung über den Widerspruch.

LSG Brandenburg hält unter Hinweis auf **BSG**, Urt. v. 19.03.2002 - B 1 KR 37/00 R – <BSGE 89, 184 = NZS 2002, 646> einen **Off-Label-Use** für zulässig. Auf der Grundlage des mit der eidesstattlichen Versicherung des Prof. Dr. H. dargestellten klinischen Studiums und den Ausführungen zur Behandlungsmethode könne palliativ ein **Behandlungserfolg** mit einer begründeten Aussicht durch das begehrte Medikament angenommen werden. Nach den mit der Antragschrift eingereichten medizinischen Unterlagen zum Forschungsstand und der im Beschwerdeverfahren vorgelegten Veröffentlichung zu der klinischen Studie Phase III und der Zulassungsanträge der Herstellerfirma sei eine **therapeutische Wirksamkeit** und Unbedenklichkeit der Behandlung hinreichend belegt.

Auch liege ein **Anordnungsgrund** vor, insb. sei ein Therapiewechsel mit zu hohen Risiken belastet.

B) IMMUN-GLOBULINE

72 LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 08.10.2002 - L 1 KR 5/02 - juris (Ls)
Arzneimittelversorgung, Multiple Sklerose, Immunglobulin, Immun-Globuline, Immunglobulintherapie, Arzneimittelverordnung
SGB V §§ 2 I 3, 27 I 2 Nr. 3, 31 I; AMG §§ 21, 22, 29

Leitsatz:

Für die Basistherapie (Schubprophylaxe) der schubweise verlaufenden multiplen Sklerose besteht eine begründete Aussicht auf einen Behandlungserfolg mit dem nur für andere Indikationsbereiche zugelassenen Immunglobulin 7 S. Dem sogenannten off-label-use stehen insoweit keine rechtlichen Schranken entgegen (Konkretisierung von **BSG** vom 19.3.2002 - B 1 KR 37/00 R = BSGE 89, 184 = NZS 2002, 646).

Vorinstanz: *SG Schleswig*, Urt. v. 10.07.2001 - S 2 KR 86/99 -.

LSG Berlin, Beschl. v. 11.09.2002 - L 15 B 43/02 KR ER - RID 02-04-77 hat die Übernahme der Kosten für eine Behandlung gegen Multiple Sklerose mit Immun-Globulinen abgelehnt, da in der Ärzteschaft kein Konsens über den Nutzen dieser Medikamente besteht.

C) INHALATIONSTHERAPIE MIT PROLEUKIN (INTERLEUKIN-2)

73 LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 05.06.2002 - L 4 KR 33/02 ER - juris

Inhalationstherapie, Proleukin, Interleukin-2, Arzneimittelversorgung, Arzneiverordnung, Nierenzellkarzinom
SGB V §§ 27 I, 31 I, 135; GG Art. 19 IV

Leitsatz:

Zur Frage des Anspruches eines Versicherten gegen seine gesetzliche Krankenkasse auf Gewährung einer Inhalationstherapie mit Proleukin (Interleukin-2) bei metastasierendem Nierenzellkarzinom im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes.

Vorinstanz: *SG Oldenburg*, Beschl. v. 31.01.2002 - S 62 KR 24/02 ER -, Verpflichtung der Ag., das Arzneimittel Proleukin (Interleukin-2) für die weitere Durchführung einer Inhalationstherapie zu finanzieren, soweit die behandelnden Ärzte des Ast. diese Behandlung verordnen; das **LSG** wies die Beschwerde zurück, da es dem Umstand entscheidende Bedeutung zumesse, dass es sich bei Proleukin um ein zugelassenes Arzneimittel handle. Nach dem Vortrag der Ag. werde Proleukin in Pulverform in den Verkehr gebracht. Auch zur intravenösen und subkutanen Anwendung müsse es also aufbereitet werden. Der Versetzung des Pulvers einerseits mit Wasser (zur intravenösen und subkutanen Anwendung, so der Vortrag der Ag.), andererseits mit Humanserum-Albun-Lösung (bei inhalativer Anwendung) messe der Senat keine entscheidungserhebliche Bedeutung bei.

2. SILDENAFIL (VIAGRA)

74 SG Dortmund, Urt. v. 26.07.2002.- S 24 KN 81/01 KR - juris

Arzneimittel, Sildenafil, Viagra, Krankheit, Erektile Dysfunktion
SGB V §§ 27, 31, 92 I; AMRL Nr. 17.1

Der Ausschluss von Mitteln zur Behandlung der erektilen Dysfunktion steht nicht mit der Ermächtigungsgrundlage des § 92 I 1 SGB V in Einklang, da hieraus nicht die Befugnis des Bundesausschusses folgt, generell Krankheiten von der vertragsärztlichen Versorgung auszuschließen. Die Wirtschaftlichkeit der Verordnung und Versorgung mit Mitteln zur Behandlung der erektilen Dysfunktion ist durch den Bundesausschuss nicht konkretisierungsfähig (vgl. **BSG**, Urt. v. 30.09.1999 - B 8 KN 9/98 KR R - SKAT <BSGE 84, 126 = SozR 3-8575 Art 2 § 6 Nr 1>).

SG Berlin verurteilte zur Gewährung des Arzneimittels Viagra nach Maßgabe vertragsärztlicher Verordnung als Sachleistung sowie zur Kostenübernahme von 55,01 €.

Zur **Instanzenpraxis** vgl. zuletzt **SG Berlin**, Urt. v. 21.10.2002 - S 87 KR 1606/00 - RID 02-04-69 m. ausf. N. zur Rspr.; zum **Beihilferecht** s. a. diese Ausgabe unter C IX 2. Sildenafil (Viagra).

3. FEHLENDE ZULASSUNG NACH ÄNDERUNG DER DARREICHUNGSFORM - WOBE MUGOS E

75 *SG Landshut*, Urt. v. 05.06.2002 - S 4 KR 39/02 -

Berufung anhängig: LSG Bayern - L 4 KR 199/02 -

Arzneimittel, zulassungspflichtiges Medikament, Wobe Mugos E, Zulassungspflicht, Darreichungsform,
SGB V §§ 13, 27, 31; AMG §§ 4 I, 29

Ein Anspruch auf Sachleistung und ggf. auf Kostenerstattung für ein Arzneimittel scheidet aus, wenn dieses Mittel gem. den Vorschriften des AMG zulassungspflichtig ist, die Zulassung zum Verkehr aber förmlich versagt worden ist (*BSG* v. 08.06.1993 SozR 3-2200 § 182 Nr. 17; v. 08.03.1995 SozR 3-2500 § 31 Nr. 3). Dies muss auch dann gelten, wenn die ablehnende Entscheidung gegen den Hersteller noch nicht bestandskräftig geworden ist.

Das wegen Änderung der Darreichungsform (zunächst rektal, nunmehr orale Tablette) zulassungspflichtige Medikament Wobe Mugos E war spätestens ab 1989 nicht mehr verkehrsfähig und durfte in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr verordnet werden.

Ebs. verneint *LSG Rheinland-Pfalz*, Urt. v. 22.10.1998 - L 5 K 22/97 - juris einen Anspruch auf Kostenerstattung, worauf *SG Landshut* verweist.

S. a. diese Ausgabe unter A VII 2. BGH: In-Verkehr-Bringen von Arzneimitteln ohne Zulassung.

VII. BVERFG: FESTBETRÄGE FÜR ARZNEI- UND HILFSMITTEL

76 *BVerfG*, Urt. v. 17.12.2002 - 1 BvL 28, 29 u. 30/95 - <http://www.bverfg.de>

Arzneimittel, Hilfsmittel, Festbeträge
SGB V §§ 35, 36; GG Art. 12, 20, 80

Leitsatz:

Die in den §§ 35 und 36 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) enthaltene Ermächtigung der Krankenkassenverbände, für Arznei- und Hilfsmittel Festbeträge festzusetzen, ist mit dem Grundgesetz vereinbar.

Vorlagebeschlüsse des *BSG* v. 14.06.1995 - 3 RK 20, 21 u. 23/94

VIII. HILFSMITTEL

1. BLINDENFÜHRHUND

77 *SG Aachen*, Urt. v. 22.10.2002 - S 13 KR 30/02 -

Berufung anhängig: L 16 KR 221/02

Blindenführhund, Blindheit, Sache, Hilfsmittel, Blindenlangstock
SGB V §§ 2 II, 12 I, 33 I, BGB § 90a

Ein Blindenführhund ist ein "sächliches" Hilfsmittel; er ist auch dann erforderlich, wenn die Fortbewegung mit dem Blindenlangstock auf die nähere Umgebung beschränkt ist.

Nach *SG Frankfurt a. M.*, Urt. v. 21.02.2002 - S 25 KR 2166/99 - RID 02-03-65 ist ein Blindenführhund des billigsten Anbieters nicht unbedingt die ausreichende und zweckmäßigste Versorgung; nach *SG Hamburg*, Gerichtsbb. v. 26.09.2001 - S 23 KR 672/99 - juris m. Bespr. Riederle, SGB 2002, 96 zählt die Ausstattung mit einem Blindenführhund bei Blinden, welche die iS eines Basisausgleichs für die ausreichende Orientierung und Fortbewegung mithilfe eines Langstocks beherrschen oder erlernen können, grundsätzlich nicht zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung; nach *BSG*, Urt. v. 20.11.1996 - 3 RK 5/96 <BSGE 79, 261 = SozR 3-2500 § 33 Nr 21> ist ein Blindenführhund ein Hilfsmittel iS des Rechts der Krankenversicherung; vgl. *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 22.05.2002 - L 16 KR 129/01 - juris zur Kostenübernahme eines durch eine Blindenführhundscheule ausgebildeten und einem Versicherten übereigneten Blindenführhunds durch die Krankenkasse.

Zum Sachverhalt:

Die bekl. Krankenk. lehnte die Bewilligung eines Blindenführhundes ab, weil der erblindete Kl. erfolgreich an einem Orientierungs- und Mobilitätstraining teilgenommen habe und weil es sich nach § 90a BGB nicht um eine Sache handle. Das *SG* verurteilte d. Bekl., dem Kl. einen Blindenführhund zur Verfügung zu stellen.

SG Aachen bejaht einen Anspruch nach § 33 I 1 SGB V. Es handle sich auch um eine "sächliche" medizinische **Leistung** nach Nr. 2 HilfsmittelRL. § 90a BGB beruhe auf dem Tierschutzgedanken und habe nicht von der Leistungspflicht befreien wollen. Nach § 90a Satz 2 BGB seien auch die Vorschriften für Sachen insoweit anzuwenden. Der Blindenführhund sei auch **erforderlich**. Er ermögliche allgemeine Verrichtungen des täglichen Lebens - so insb. die Teilnahme des Blinden am Straßenverkehr - und diene damit elementaren Grundbedürfnissen. Mit dem Blindenlangstock könne sich d. Kl. zwar in seiner Wohnung und der näheren Umgebung, nicht aber in unbekannter Umgebung bewegen. Es komme hinzu, dass er wegen Berufstätigkeit seiner Frau tagsüber alleine sei und mithilfe des Langstocks kaum Gelegenheit habe, in Kommunikation mit anderen zu treten und so seiner Vereinsamung vorzubeugen.

2. ROLLSTUHL-HAND-BIKE

78 *LSG Sachsen*, Urt. v. 29.10.2001 - L 1 KR 50/00 -

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 33/02 R

Rollstuhl-Hand-Bike, Rollstuhl-Bike, Hand-Bike, Einhängefahrrad, Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens, Grundbedürfnis, Fahrrad, Rollstuhl
SGB V §§ 33 I, 34

Ein erwachsener Versicherter hat keinen Anspruch auf Kostenübernahme eines Rollstuhl-Hand-Bikes durch die Krankenkasse.

Nach *BSG*, Urt. v. 16.09.1999 - B 3 KR 8/98 R - <SozR 3-2500 § 33 Nr 31> kann ein Erwachsener - anders als ein Jugendlicher - die zusätzliche Ausrüstung seines Rollstuhls mit einer fahrradgleichen

mechanischen Zugvorrichtung (**Rollstuhl-Bike**) als Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung nicht beanspruchen (Fortführung von BSG vom 16.4.1998 - B 3 KR 9/97 R = SozR 3-2500 § 33 Nr 27).

Zur Rspr. d. **BSG** zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit behindertengerechtem Fahrrad bzw. Dreirad und Erwachsener mit einem Tandem vgl. RID 02-04-A IV 1.

SG Dortmund, Urt. v. 20.06.2002 - Az: S 44 KR 94/01 - juris verneint einen Anspruch auf einen zusätzlichen **Rollstuhl**, der ausschließlich für **sportliche Zwecke** eingesetzt werden kann und soll.

Zum Sachverhalt:

Der Kl. leidet an einer Querschnittslähmung mit Inkontinenz als Folge eines Autounfalls. Die Versorgung mit einem ärztlich verordneten "Hand-Bike" (Einhändefahrrad <Rollstuhl-Bike>, darunter versteht man im Allgemeinen ein handbetriebenes Vorschaltfahrrad für einen normalen Rollstuhl, wobei der Rollstuhlfahrer selbst über eine Handkurbel das Vorderrad antreibt; Kosten hier: 6.019,68 DM) lehnte die bekl. Krankenkasse ab. **SG Leipzig**, Urt. v. 12.09.2000 - S 8 KR/96 - wies die Klage ab. Mit seiner **Berufung** machte d. Kl. insb. geltend, es gehe um die Befriedigung seines Grundbedürfnisses, nämlich die Entfernungen in seiner unmittelbaren Wohnumgebung eigenständig zurücklegen zu können, wobei er sich insoweit mit einem nichtbehinderten Menschen vergleichen lasse, der zu Fuß Besorgungen in seiner näheren Umgebung durchführe, d. h. Einkäufe erledige, Behörden aufsuche und Kontakte in seinem näheren Umfeld pflege. Mit seinem Faltrollstuhl könne er aufgrund seiner Behinderung keine Distanzen zurücklegen, die ein Nichtbehinderter üblicherweise zu Fuß zurücklege. Es gebe Anhaltspunkte dafür, dass er den Greifreifenrollstuhl bzw. Elektrorollstuhl nicht angemessen handhaben könne.

LSG Sachsen verneint einen Anspruch, weil ein Rollstuhl-Bike für **erwachsene Versicherte kein Hilfsmittel** i.S.d. § 33 SGB V sei. Der Senat schließe sich insoweit der Rspr. d. **BSG** an (vgl. BSG, Urt. v. 16.09.1999 - B 3 KR 8/98 R <SozR 3-2500 § 33 Nr 31>, 13/98 u. 2/99 R -), was er im einzelnen erläutert. Das allgemeine **Grundbedürfnis**, selbstständig zu gehen, könne den Anspruch nicht begründen. Dieses Grundbedürfnis könne nicht dahin verstanden werden, dass die Krankenkasse einem Behinderten durch die Bereitstellung von Hilfsmitteln in die Lage versetzen müsse, Wegstrecken jeder Art und Länge zurückzulegen, die ein Nichtbehinderter bei normalem Gehen zu Fuß bewältigen könne. Selbst wenn jedoch der Kl. aufgrund der Straßenbeschaffenheiten und der zu überwindenden Kanten und Steigungen bzw. Schrägungen nicht in der Lage sein sollte, sich mit seinem Greifreifenrollstuhl in seinem näheren Umfeld zu bewegen, begründe dies nicht den Anspruch. Denn **Besonderheiten der Wohnlage** seien für die Hilfsmittelleigenschaft nicht maßgeblich (**BSG**, Urt. v. 16.09.1999, aaO.). Der Erfolg der Krankenbehandlung könne auch durch weniger aufwendige Geräte oder durch entsprechende krankengymnastische und sportliche Übungen mit geringerem Kostenaufwand erreicht werden.

3. GRUNDBEDÜRFNIS LESEN UND MOBILES ELEKTRONISCHES LESEGERÄT

79 LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. **01.10.2002 - L 5 KR 93/02** - juris

Hilfsmittel, Kostenübernahme, Lesen, Lesegerät, mobiles elektronisches Lesegerät, MAXPort-Brille, Handlupe, Prismenlupenbrille
SGB V §§ 12 I, 33 I 1

Das Grundbedürfnis Lesen umfasst, was die Spitzenverbände durch die zwischenzeitliche Aufnahme der MAXPort-Brille (mobiles elektronisches Lesegerät) in das Hilfsmittelverzeichnis grundsätzlich anerkannt haben, auch das Lesenkönnen außerhalb der Wohnung; diesem "mobilen Lesebedarf" wird durch eine Handlupe oder eine entsprechende ausgerüstete Prismenlupenbrille nicht ausreichend Rechnung getragen.

Vorinstanz: SG Duisburg, Urt. v. 28.03.2002 - S 9 KR 56/01 -, verurteilte antragsgemäß zur Versorgung der Kl. mit einer MAXPort-Brille, was das **LSG** bestätigte.

4. ENERGIEVERSORGUNGSKOSTEN FÜR COCHLEAR-IMPLANTAT

80 *SG Gotha, Urt. v. 27.08.2002 - S 3 KR 1874/00 -*

Cochlear-Implantat, Hörgerät, Energieversorgung, Batteriekosten, Hörhilfe

SGB V §§ 33 I, 34 IV; VO über Hilfsmittel von geringem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis in der gesetzl. Krankenvers. § 2 Nr. 11

Mit einem Cochlear-Implantat versorgte hörgeschädigte Versicherte haben einen Anspruch auf Übernahme der hierfür erforderlichen Energieversorgungskosten.

Zum Sachverhalt:

Die hochgradig schwerhörige Kl. war 1999 mit einem Cochlear-Implantat versorgt worden. Dieses sendet elektrische Impulse direkt an den Hörnerv und umgeht somit die geschädigten Haarzellen. Die bekl. Krankenkasse lehnte eine Erstattung der Kosten für die Energieversorgung ab, weil es sich um eine Hörhilfe der Produktgruppe 13 des Hilfsmittelkatalogs handele, weshalb Batteriekosten von einer Kostenübernahme ausgeschlossen seien. Die *Klage* war weitgehend erfolgreich.

SG Gotha geht von einem umfassenden, auch Batterien beinhaltenden Anspruch nach § 33 I 1 u. 2 SGB V aus. Es verneint einen Ausschluss nach § 34 IV SGB V. § 2 Nr. 11 der danach erlassenen HilfsmittelVO (Ausschluss der Energieversorgung bei Hörgeräten) sei nicht anzuwenden, da es sich bei dem Cochlear-Implantat um **kein solches Hörgerät** handele, was die Kammer eingehend unter Darlegung der Funktionsweise begründet. Auch sei dieses als Implantat nicht in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen worden und seien die Energieversorgungskosten wesentlich teurer als bei normalen Hörgeräten.

5. ABGRENZUNG ZUR PFLEGEHEIMVERSORGUNG

Zur Grenzziehung zwischen **gesetzlicher Krankenversicherung** und der **Pflicht des Heimträgers** bei vollstationärer Pflege auf Versorgung mit Hilfsmitteln vgl. RID 02-02-B IV 3 (S. 55) unter Hinweis auf *BSG*, Urt. v. 10.02.2000 – B 3 KR 26/99 R <BSGE 85, 287=SozR 3-2500 § 33 Nr 37> u. 17/99 R – (RID 00-02-49 f.) SozR 3-2500 § 33 Nr 36 (Rollstuhl); zur **Ernährungspumpe** s. *BSG*, Urt. v. 06.06.2002 – B 3 KR 67/01 R – <zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen> und – B 3 KR 5/02 – (vgl. RID 02-02-B IV 3 a (S. 57); zur **Wechseldruckmatratze** s. *BSG*, Urt. v. 24.09.2002 – B 3 KR 9 und 15/02 R <zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen>.

A) TOILETTENROLLSTUHL

81 *LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 08.11.2001 - L 4 KR 2910/01 -*

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 30/02 R

Toilettenrollstuhl, Pflege, Pflegeheim

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 33 I 1

Ein Versicherter in vollstationärer Pflege hat keinen Anspruch auf Gestellung eines Toilettenrollstuhls durch die Krankenkasse; dies fällt in den Verantwortungsbereich des Pflegeheimes.

Zum Sachverhalt:

Der an einem Diabetes mellitus leidende, unterschenkelamputierte und in Pflegestufe I eingestufte Kl. ist vollstationär in einem Pflegeheim untergebracht. Die bekl. Krankenkasse lehnte die Versorgung mit einem „Toilettenstuhl/Duschstuhl fahrbar, höhenverstellbar, Bremsen, 24 Zoll-Räder, z.B. SOPUR Delphin“ ab, da hierfür das Pflegeheim zuständig sei und weil, so der weitere Einwand im Klageverfahren – ein einfacherer Toilettenrollstuhl Marke SOPUR Suntec 3004 zweckmäßig und ausreichend sei. Das SG holte die Auskünfte der Dr. L. ein, wonach sich die Verordnung auf den Toilettenrollstuhl SOPUR Delphin beziehe, da hier die Bremse von Hand bedienbar sei, während beim Typ Suntec 3004, die in Altenheimen vorrätig gehalten würden, eine

vom Kläger nicht zu betätigende Fußbremse vorhanden sei. Das Pflegeheim teilte mit, der Kl. benötige zur Nutzung der zur Verfügung stehenden Toilettenrollstühle die Hilfe des Pflegepersonals, das überwiegend weiblich sei. Dies bereite ihm ebenso Probleme wie die Nutzung eines Toilettenrollstuhles, der auch von anderen Heimbewohnern benutzt werde. **SG Stuttgart**, Urt. v. 21.06.2001 wies die **Klage ab**, unter Hinweis auf die Verpflichtung des Heimträgers zur Versorgung der Heimbewohner mit Hilfsmitteln. Auch handle es sich bei dem gewünschten Toilettenrollstuhl nicht um ein individuell anzupassendes Hilfsmittel, auch wenn es auf bestimmte körperliche Gegebenheiten einstellbar sei. Es werde nicht als Einzelstück gefertigt. Das **LSG** wies die **Berufung zurück**.

LSG Baden-Württemberg verweist auf die Vorinstanz. Das Urteil des SG entspreche dem vom **BSG** in seinem Urt. v. 10.02.2000 - B 3 KR 26/99 R - <BSGE 85, 287=SozR 3-2500 § 33 Nr 37> vorgegebenen Rahmen, wonach ein Versorgungsanspruch nach § 33 SGB V bei stationärer Pflege in einem Pflegeheim, dann gegeben sei, wenn das Hilfsmittel regelmäßig auch außerhalb des Pflegeheimes und des Heimgeländes benötigt werde. Sofern das Pflegeheim nur zur Gestellung eines einfachen Toilettenrollstuhles bereit sei und auch wirtschaftlich den höheren Personaleinsatz bei der Pflege des Klägers in Kauf nehme, könne der Kl. nur gegenüber dem Pflegeheim eine eventuell bessere Versorgung mit Hilfsmitteln erreichen. Sofern dies vom Pflegeheim abgelehnt werde, könne er - was er entsprechend seinem Vortrag schon überlege - in ein Pflegeheim wechseln, das eine entsprechende Hilfsmittelversorgung biete.

B) ANTIDEKUBITUS-MATRATZE

82 LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 22.03.2002 - L 4 KR 119/02 -

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 29/02 R

Wechseldruck-Maträtze, Dekubitus, Druckgeschwür, Pflege, Pflegeheim
SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 33 I 1

Wechseldruck-Matratten erfüllen alle Voraussetzungen, um sie als Hilfsmittel der Sphäre der vollstationären Pflege und somit der Leistungspflicht der Pflegeheime zuzurechnen.

Vorinstanz: SG Stuttgart, Gerichtsbb. v. 22.11.2001 - S 4 KR 7068/00 -

BSG, Urt. v. 24.09.2002 - B 3 KR 9 und 15/02 R - <zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen> hat mittlerweile entschieden, dass bei vorliegendem Dekubitus die **Wechseldruckmatratze** ein Hilfsmittel der Krankenversicherung ist, weil es zur Sicherung der ärztlichen Behandlung dient. Für Hilfsmittel solcher Art besteht keine Vorhaltepflcht der Pflegeheime. Dass die Klägerin tatsächlich von Seiten des Heimes vorläufig mit einer Dekubitusmatratze ausgestattet worden ist, lässt die Leistungspflicht der Kasse nicht entfallen.

IX. KOSTENERSTATTUNG FÜR BEHANDLUNG IN EU-STAAT

1. ARZNEI-, HEIL- U. HILFSMITTEL

83 LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 27.09.2002 - L 4 KR 5020/00 -

Revision anhängig: B 1 KR 33/02 R

Freiwillig Versicherter, Laboruntersuchungen, Arzneimittel, Heilmittel, Blutuntersuchung, EU-Mitgliedstaat, EU-Staat, Kostenerstattung, Sachleistungsanspruch, Inländerdiskriminierung
SGB V §§ 13 II, 16 I Nr. 1, 18 III, 32, 124 I

Eine Krankenkasse hat bei einem freiwillig Versicherten sowie dessen Familienangehörigen die Kosten für Laboruntersuchungen, Arznei- und Heilmittel, die in einem EU-Mitgliedstaat

angefallen sind und teils ärztlich verordnet bzw. nicht verordnet waren, im Rahmen des § 13 II SGB V nicht zu erstatten.

Zum Sachverhalt:

Der 1930 geb. und bei der Beklagten freiwillig versicherte Kl. und seine 1950 geb., entspr. familienversicherte u. ebf. klagende Ehefrau haben Kostenerstattung nach § 13 II SGB V gewählt. Sie halten sich, nachdem sie Wohneigentum auf T./Spanien erworben haben, in jedem Jahr mehrere Monate dort auf, ebenso auch in anderen Ländern der EU. Die Bekl. lehnte in Abkehr von ihrer früheren Praxis mit Bescheid v. 28.07.1999 für in Spanien in Anspruch genommene Massagen, Krankengymnastik und Fango eine Erstattung ab (€ 1.463,71) und wies auf die Leistungsaushilfe durch den spanischen Träger der Krankenversicherung (Formular E 106 - Bescheinigung des Anspruchs der in einem anderen als dem zuständigen Staat wohnenden Versicherten auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft) hin. Seit 08.11.1999 wurden d. Kl. beim spanischen Träger der Krankenversicherung in S. geführt. D. Kl. legten weitere spanische Rechnungen über Heilmittel, Laboruntersuchungen und Arzneimittel vor. **SG Mannheim**, Urt. v.06.12.2000 - S 10 KR 1371/00 - wies die verbundenen Klagen zurück. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

Nach **LSG Baden-Württemberg** besteht ein **Erstattungsanspruch** nur, soweit grundsätzlich ein **Sachleistungsanspruch** bestehe. Der Anspruch auf Arzneimittel, Heil- oder Hilfsmitteln setze eine **ärztliche Verordnung** voraus. Nach § 16 I Nr. 1 SGB V **ruhe** der Anspruch auf Leistungen, solange Versicherte sich im Ausland aufhielten. Dies gelte auch für den Anspruch auf Kostenerstattung, da die Kläger sich zur Zeit der Inanspruchnahme der streitigen Leistungen in Spanien aufgehalten hätten. § 18 III SGB V scheide wegen eines länger als sechs Wochen dauernden Aufenthalts in Spanien aus. Darauf, dass die Kläger im Übrigen ihren Lebensmittelpunkt in Deutschland gehabt hätten und hätten, komme es hier nicht an.

Entgegen der Ansicht der Kläger ergebe sich ein Kostenerstattungsanspruch hier auch nicht aus dem **EU-Recht** (vgl. **BSG**, Urt. vom 02.10.2000 - B 1 KR 26/99 R -). Ohne ärztliches Rezept erworbene **Arzneimittel** seien auch in Deutschland nicht erstattungsfähig, weshalb eine **Inländerdiskriminierung** durch das deutsche Recht nicht vorliege. Darauf, ob nach spanischem Recht eine Verordnung entbehrlich sei, komme es nicht an. Gleiches gelte für die **Blutuntersuchung**. Die **Heilmittel** (Massagen, Fango und Krankengymnastik) (§ 32 SGB V) beruhten zwar auf einer vertragsärztlichen Verordnung. Nach dem System des deutschen Krankenversicherungsrechts erfolgten zur Erreichung eines hohen Gesundheitsschutzes die Abgabe von solchen verordneten Heilmitteln, die als Dienstleistungen erbracht würden, zu Lasten der Krankenkassen nur durch **zugelassene, qualifizierte Leistungserbringer** (vgl. § 124 I SGB V). Dies diene neben der Erreichung eines hohen Gesundheitsschutzes auch der Gewährleistung einer zweckmäßigen und wirtschaftlichen Leistungserbringung. Es gelten also bei der Erbringung dieser Heilmittel als Dienstleistungen auch Besonderheiten, die durch zwingende Gründe der Erreichung eines hohen Gesundheitsschutzes und der Kostenbegrenzung geboten seien. Diese zwingenden Gründe rechtfertigten daher hier auch im Lichte der Rspr. des **EuGH** den Ausschluss des Anspruchs auf Kostenerstattung nach § 13 II SGB V bei der Beschaffung der Heilmittel im EU-Ausland, etwa, wie hier, in Spanien. Darauf, dass nach dem Vorbringen der Kl. die in Anspruch genommenen Heilmittel im System der gesetzlichen Krankenversicherung in Spanien nicht gewährt würden, komme es ebenso wenig an, wie auf die von den Kl. unter Beweis gestellte Behauptung, dass die Ausgaben für alle medizinischen Leistungen im Ausland nur einen Anteil von 0,29 v.H. an den Gesamtausgaben ausmachen würden. Es sei auch nicht erkennbar, dass die spanische Massagepraxis, welche die Kläger in Anspruch genommen hätten, vergleichbaren Zulassungskriterien unterlägen.

Die zusätzliche **Feststellungsklage** sei unzulässig. Die Kläger begehrten unzulässigerweise nur die Feststellung eines Elements eines möglichen künftigen Erstattungsanspruchs nach § 13 II SGB V, nämlich des möglichen Orts der Leistungserbringung. Es handele sich nicht um die Feststellung eines abgrenzbaren Teilrechts des Versicherungsverhältnisses, sondern um Rechte, die nur im Einzelfall bestehen könnten.

2. ERSTATTUNGSFÄHIGE HEILMITTELBEHANDLUNG

84 *SG Hamburg, Urt. v. 18.04.2002 - S 32 KR 102/00* - juris

Heilmittel, EU-Mitgliedstaat, EU-Staat, Kostenerstattung, Sachleistungsanspruch, Dienstleistungsfreiheit
SGB V §§ 13 II, 16 I Nr. 1, 18 III, 27 I 2 Nr. 3, 32, 124 I; EGV Art. 59

Leitsätze:

1. Eine in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft durchgeführte Heilmittelbehandlung ist in der Höhe erstattungsfähig, in der sie auch bei der Durchführung im Inland zu vergüten gewesen wäre.
2. Auch im Rahmen des Sachleistungsprinzips ist der Versicherte bei der Wahl des Leistungserbringers frei und unterliegt die Behandlung den Grundsätzen des Privatrechts; dem Versicherten kommt daher im Binnenmarkt die Freiheit zu, auch grenzüberschreitend den Anbieter frei wählen zu können.
3. Nur hinsichtlich der Rechtsfolgen bleibt § 18 SGB 5 anwendbar.

Anders *SG Hamburg, Urt. v. 07.05.2001 - S 28 KR 1415/98* - juris.

X. HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE - MEDIKAMENTENABGABE IN WOHNGRUPPE

85 *LSG Schleswig Holstein, Urt. v. 06.05.2002 - L 1 KR 55/00* -

Revision anhängig: B 3 KR 32/02 R

Behandlungspflege, häusliche Krankenpflege, Wohngruppe, Medikamentenabgabe, Soziotherapie, Haushalt
SGB V §§ 2 II, 13 III, 37, 92 I 2 Nr. 5, VII; Krankenpflege-RL Anlage Nr. 2

Der Anspruch auf Behandlungspflege ist grundsätzlich nicht von vornherein auf vier Wochen je Krankheitsfall beschränkt (keine Anwendung des § 37 I 3 auf § 37 II SGB V). Auch ein chronisch Kranker, der in einer betreuten Wohngruppe lebt, kann hierauf einen Anspruch über einen längeren Zeitraum haben.

Nach *SG Berlin, Urt. v. 23.07.2002 - S 82 KR 2539/01* - RID 02-04-85 führen auch Bewohner von Wohnprojekten für Demenzzranke bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen einen eigenen Haushalt und haben grundsätzlich einen Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege.

Zum Sachverhalt:

Der 1929 geb. Kl. leidet an einer **Psychose** aus dem schizophrenen Formenkreis. Er lebte von 1953 bis Anfang 1994 ununterbrochen in psychiatrischen Fachkliniken und Einrichtungen. Seit Anfang 1994 lebt er in einer von der Beigeladenen B getragenen **sozialtherapeutischen Wohngruppe**. Dort bewohnt er ein Einzelzimmer mit Benutzung gemeinschaftlicher Räume bei Mietkosten einschl. Nebenkosten von monatlich 525 DM. Für die Betreuung, ohne ärztliche Leistungen u. Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, erhält B einen Pflegesatz vom Land. Die erstmals im Oktober 1996 verordnete Medikamentenabgabe übernahm die bekl. Krankenkasse bis zum Juni 1997. Die Medikamente werden von einer von B angestellten Krankenschwester täglich zusammengestellt und dem Patienten oder einem Betreuer übergeben. Eine Verordnung für das Folgequartal lehnte d. Bekl. ab, da im Rahmen eines Dauerzustandes die Medikamentenverabreichung der sozialpsychiatrischen Betreuung diene. *SG Kiel, Urt. v. 14.09.2000 - S 7 KR 33/98* - wies die Klage ab, weil d. Kl. keinen eigenen Haushalt unterhalte. Die *Berufung* führte zur Verurteilung d. Bekl., die Kosten der täglichen Medikamentenverabreichung (Tageskosten: 15,69 DM bei 5x wöchentlicher Verabreichung, im Quartal 1.019,85 DM) als häusliche Krankenpflege zu gewähren.

LSG Schleswig Holstein bejaht einen **Kostenerstattungsanspruch** (§ 13 III SGB V). Es handele sich um **Behandlungspflege** nach § 37 II 1 SGB V. Auch nach den RL des Bundesausschusses über die Verordnung häuslicher Krankenpflege (Nr. 26 der Anlage), die

insofern keine neue Rechtslage begründeten, sondern eine klarstellende Leistungskonkretisierung darstellten, gehöre die Medikamentenabgabe zur Behandlungspflege. Einen Fall der **Soziotherapie** (vgl. § 37a SGB V, eingef. durch GKV-GRG 2000) stelle die Medikamentenabgabe nicht dar. D. Kl. führe auch einen **eigenen Haushalt**, was der Senat ausführlich begründet.

Für die Leistung nach Abs. 2 d. § 37 SGB V gelte auch nicht die **Begrenzung der Leistung auf vier Wochen** nach Satz 3 des Abs. 1, da die Leistungsvoraussetzungen nach beiden Absätzen unterschiedlich sei.

Auf Leistungen des **Betreuungspersonals** der B habe d. Kl. keinen vertraglichen Anspruch, weshalb diese nicht als Leistungen einer **im Haushalt lebenden Person** anzusehen seien.

XI. FAHRKOSTEN - ZAHNARZTBEBHANDLUNG BEI ENDOKARDITISBEDINGTEM RISIKO

86 SG Frankfurt/Oder, Urt. v. 14.06.2002 - S 4 KR 45/98 - (rechtskräftig)

Fahrkosten, zahnärztliche Behandlung, Risikobehandlung
SGB V §§ 62, 76 II

Fahrkosten sind für die Errechnung der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V nicht zu berücksichtigen, wenn die Fahrten nicht zu den nächst erreichbaren Zahnärzten führt. Unter bestimmten Umständen kann die Nichtinanspruchnahme eines der nächsterreichbaren Ärzte gerechtfertigt sein, jedenfalls dann, wenn das Vertrauensverhältnis so schwer gestört ist, dass dem Versicherten die Behandlung nicht mehr zugemutet werden kann. Steht aber fest, dass auch unter Berücksichtigung eines endokarditisbedingten Risikos eine zahnärztliche Behandlung vor Ort, hier in Absprache mit einem kardiologisch tätigen Internisten möglich ist, so besteht kein Anspruch auf die Fahrkosten zu einem weiter entfernt tätigen Zahnarzt, um ggf. die Hilfe des dort ansässigen Herzzentrums in Anspruch nehmen zu können.

Nach **BSG**, Ur. v. 20.01.1982 - Az: 3 RK 72/80 - SozR 2200 § 368d Nr 4 = NJW 1982, 1350 ist einer der **"nächsterreichbaren" Ärzte** iS des § 368d Abs 2 RVO (jetzt § 76 II SGB V) ein solcher Arzt, bei dessen Inanspruchnahme durch den Versicherten - gegenüber den durch die Inanspruchnahme des nächsterreichbaren Arztes entstehenden Fahrkosten (= Mindestkosten) - nur geringfügige Mehrkosten entstanden sind; es ist wirtschaftlich nicht vertretbar, die Mehrkosten auch dann zu übernehmen, wenn der Versicherte ohne zwingenden Grund einen anderen als einen der nächstliegenden Ärzte in Anspruch genommen hat.

Zur Frage der **Verfassungsgemäßheit der Befreiungsvorschriften** für Fahrkosten und Zuzahlungen nach § 62 SGB V und die Berechnung der Belastungsgrenze s. die Hinweise bei RID 02-03-75.

XII. TEILNAHME AN REHABILITATIONSSPORTGRUPPE

Nach **SG Karlsruhe**, Urt. v. 19.08.2002 - S 5 KR 560/02 - RID 02-04-87 besteht auch nach jahrelanger Teilnahme am Rehabilitationssport ein Rechtsanspruch auf Kostenübernahme für dessen Fortführung, soweit der Versicherte bei den Übungen weiterhin ständiger Überwachung durch einen Arzt bedarf.

1. KEIN ANSPRUCH AUFGRUND VORVERORDNUNGEN

87 SG Kassel, Urt. v. 26.06.2002 - S 12 KR 1157/01 -
Rehabilitation, Rehabilitationssport, Rehabilitationssportgruppe
SGB V § 43; SGB IX § 44 I Nr. 3; RehaSpGVb

Auch die jahrelange Erstattung der Kosten für die Teilnahme an einer Rehabilitationssportgruppe begründet keinen Anspruch für die Zukunft; entscheidend kommt es auf das Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen an (hier verneint).

Zum Sachverhalt:

Der 1937 geborene u. bei der Bekl. freiwillig versicherten Kl. begehrte die **Kosten** in Höhe von **25,56** €, die ihm in der Zeit von **Januar bis Juni 2001** durch seine Teilnahme am Rehabilitations-Sport entstanden waren. Zuvor hatte d. Bekl. seit 1996 diese Kosten erstattet. D. Kl. reichte eine ärztliche Bescheinigung ein, wonach der Rehabilitations-Sport die ärztliche Behandlung bei Diabetes mellitus, einer Kypho-Skoliose sowie Osteoporose unterstützen und einmal wöchentlich für die Dauer von 26 Wochen durchgeführt werden sollte. Auf Anfrage d. Bekl. ergänzte der Arzt, d. Kl. solle zur Prophylaxe koronarer Schäden und zum Aufbau seiner Muskulatur bei Rückenschmerzen weiter am Rehabilitations-Sport, wie verordnet, teilnehmen. Der **MDK** führte hierzu u.a. aus, dass eine Indikation für Rehabilitations-Sport nicht vorliege. Ein Rehabilitationsziel sei bei langjähriger „Therapie“ nicht zu erkennen; sportliche Betätigungen unterfielen der Eigenverantwortung d. Kl. Im Falle eines Diabetes mellitus mit Insulinbehandlung werde von einer empfohlenen Regelförderungsdauer von z.B. zwei Jahren ausgegangen. Bei, wie im vorliegenden Fall, einem nicht mit Insulin therapierten Diabetes mellitus bestehe sicherlich keine Indikation, von dieser Förderungshöchstdauer nach oben abzuweichen. Daraufhin lehnte d. Bekl. eine Kostenübernahme ab. Das **SG** wies die Klage ab und ließ die Berufung nicht zu.

SG Kassel geht von einer **Ermessensleistung** nach § 43 Nr. 1 SGB V a.F. (in der hier noch anzuwendenden, **bis 30. Juni 2001 geltenden Fassung**) aus. Ein Anspruch bestehe schon wegen der **fehlenden medizinische Notwendigkeit** nicht, wie sich aus den Stellungnahmen des MDK u. den entsprechenden Ausführungen d. Bekl. ergebe. Ein Anspruch lasse sich auch nicht daraus herleiten, dass d. Bekl. dem Kl. bis einschließlich Dezember 2000 seit 1996 jeweils entsprechende Kosten erstattet habe, da die diesen jeweils zu Grunde liegenden Verordnungen immer fristgebunden gewesen seien und insoweit - was auch unzulässig gewesen wäre - keine Dauerverordnungen beinhaltet hätten. Auch sei insoweit nicht erkennbar, dass sich die Beklagte insoweit auf Dauer hätte binden wollen.

2. ERMESSENSCHRUMPUNG / RECHTSLAGE AB JULI 2001

88 SG für das Saarland, Urt. v. 25.09.2002 - S 1 KR 179/01 -
Rehabilitation, Rehabilitationssport, Rehabilitationssportgruppe
SGB V § 43; SGB IX § 44 I Nr. 4; RehaSpGVb

Steht nach Beweiserhebung durch ein Sachverständigengutachten fest, dass eine regelmäßige Verordnung von Funktionstraining zur Vermeidung von irreversiblen Schäden bei einem Morbus Bechterew erforderlich ist, um eine Einsteifung der Wirbelsäule und eine Einschränkung in der Lungenfunktion zu vermeiden, und dass in Eigenregie nur ein Teil der

notwendigen Übungen, die u.a. auch in Partnerübungen, Spielen und der Nutzung von Handgeräten besteht, wiederholt werden kann, so steht fest, dass zur Behandlung der Erkrankung die Durchführung von Funktionstraining unerlässlich ist, ein Ermessensspielraum, der bis zum Juni 2001 grundsätzlich vorhanden ist, besteht dann nicht mehr. Angesichts der geringfügigen Kosten von 10,50 DM pro Funktionstraining und Woche und der Alternative der krankengymnastischen Behandlung entspricht dies auch dem Wirtschaftlichkeitsgebot.

Ab dem 2. Halbjahr 2001 besteht nach § 44 I Nr. 4 SGB IX der Krankenkasse ein Ermessen nicht mehr zu:

"Hinsichtlich des 2. Halbjahres 2001 und des 1. Halbjahres 2002 folgt die Verpflichtung der Beklagten zur Gewährung von Funktionstraining aus § 44 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX. Nach dieser Vorschrift werden die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ergänzt durch ärztlich verordnetes Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung. Ein Ermessen steht der Beklagten nach dieser gesetzlichen Regelung nicht mehr zu. Da die gesetzlichen Voraussetzungen dieser Vorschrift ersichtlich gegeben sind, war die Beklagte auch im 2. Halbjahr 2001 und im 1. Halbjahr 2002 verpflichtet, der Klägerin Funktionstraining zu gewähren. Die Ablehnung erfolgte somit zu Unrecht im Sinne des § 13 Abs. 3 SGB V, so dass die Beklagte verpflichtet ist, der Klägerin die durch die Selbstbeschaffung entstandenen Kosten zu ersetzen."

3. RECHTSLAGE BIS JUNI 2001

89 SG Frankfurt/Oder, Urt. v. 30.11.2001 - S 4 KR 145/00 - rechtskräftig
Rehabilitation, Rehabilitationssport, Rehabilitationssportgruppe
SGB V § 43; SGB IX § 44 I Nr. 3; RehaSpGVb

Die Förderung des Funktionstrainings (hier: Zeitraum 2. Hj. 2000) ist eine Leistung sui generis, die darauf ausgerichtet ist, als ergänzende Leistung zur Rehabilitation Hilfen zur Verfügung zu stellen, die im Einzelfall zur Abrundung der Rehabilitation erforderlich sind, aber nicht schon im Rahmen der §§ 28 bis 42 SGB V erbracht werden können. Liegen die **Tatbestandsvoraussetzungen** nach § 43 SGB V - ärztliche Verordnung, Anwendung in Gruppen und Anwendung unter ärztlicher Betreuung - vor, so kann im Rahmen der **Ermessensausübung** darauf abgestellt werden, die Versicherte (hier: residuelles Radikulärsyndrom S 1 rechts mit geringgradiger Fuß- und Großzehenheberschwäche, schmerzhafter Zustand nach Bandscheiben-OP, chronisches WS-Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen, Skoliose, Osteoporose) könne die Übungen inzwischen selbst ausführen, da sie sie zwischenzeitlich erlernt habe. Es kann eine Beschränkung der Geräte erfolgen, mit denen auch in häuslicher Umgebung bewegungstherapeutische Übungen durchführbar sind oder es müssen ggf. öffentliche Einrichtungen (Thermal-, Schwimmbäder) in Anspruch genommen werden. Das Funktionstraining ist grundsätzlich nicht auf eine dauerhafte Bereitstellung ausgerichtet, es sei denn im Falle einer chronischen Krankheit, die keine selbständige Ausführung ermöglicht (erheblich krankhafte Antriebstörung oder schwere Mobilitätseinschränkung - z.B. Querschnittslähmung) bzw. einen höheren Grad an Aufsicht erfordert (z.B. schwere chronische Herzkrankheit).

90 SG Altenburg, Urt. v. 11.12.2001 - S 4 KR 1595/01 - rechtskräftig
Rehabilitation, Rehabilitationssport, Rehabilitationssportgruppe
SGB V §§ 11 II 1, 43; SGB IX § 44 I Nr. 4; RehaSpGVb

Es besteht keine medizinische Notwendigkeit zur Kostenübernahme für ein Funktionstraining, da eine Versicherte (hier: Erkrankung beider Hüftgelenke, 1996 Hüftgelenksprothese links), die seit fünf Jahren regelmäßig an der **Wassergymnastik** teilnimmt, diese ohne ärztliche Beaufsichtigung selbständig durchführen kann; dies gilt jedenfalls dann, wenn dies ein MDK-Gutachter aufgrund eigener Untersuchung festgestellt hat. Bei der Wassergymnastik ist zudem die Gefahr einer Gesundheitsschädigung aufgrund der mangelnden Schwerkraft erheblich reduziert.

91 SG Potsdam, Urt. v. 13.12.2001 - S 7 KR 86/01 - rechtskräftig
Rehabilitation, Rehabilitationssport, Rehabilitationssportgruppe
SGB V § 43; SGB IX § 44 I Nr. 4; RehaSpGVb

Es besteht keine medizinische Notwendigkeit zur Kostenübernahme für ein Funktionstraining, nach dessen fünfjähriger Dauer, da dann davon auszugehen ist, dass die Versicherte (hier: Erkrankung an Morbus Bechterew) die erlernten Übungen beherrschen und selbständig durchführen kann. Eine Gruppentherapie unter fachgerechter Anleitung und ärztlicher Aufsicht ist dann nicht mehr notwendig. Entsprechende Übungen können auch in öffentlichen Bädern an Warmbadetagen durchgeführt werden.

XIII. KRANKENHAUSKOSTEN

1. RADIOIODTHERAPIE

92 SG Dortmund, Urt. v. 23.09.2002 - S 8 KR 291/01 -
Krankenhauskosten, Radioiodtherapie, Strahlenschutzvorschriften, stationäre Behandlung, Krankenbehandlung, Gefahrenabwehr
SGB V §§ 39 I 2, 109 IV, 112 II Nr. 1

Aufgrund der maßgeblichen Strahlenschutzvorschriften kann die Radioiodtherapie in Deutschland nur unter stationären Bedingungen erbracht werden (vgl. **BSG**, Urt. v. 09.10.2001 - B 1 KR 26/99 R - < BSGE 89, 34 = SozR 3-2500 § 18 Nr 8> mit Darlegungen zur Vereinbarkeit dieser vor allem auch im europäischen Vergleich strengen Strahlenschutzbestimmungen mit EG-Recht). Die stationäre Aufnahme eines Patienten dient deshalb der Krankenbehandlung und nicht der Gefahrenabwehr. Ein Versicherter wird nicht zur Verwahrung, sondern zur Behandlung aufgenommen. Die Krankenkassen haben daher nicht nur die Kosten für den Aufnahmetag, sondern auch für die weitere stationäre Behandlung (hier: vom 11.06. bis 21.06.2001; weitere Kosten: 2.909,60 €) aufzukommen.

2. FALLPAUSCHALE 17.13

93 LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 29.08.2002 - L 16 KR 43/01 -

Revision anhängig: B 3 KR 28/02 R

Kreuzbandruptur, Orthopädie, Chirurgie, Weiterbildungsordnung, Pflegesatzvereinbarung, Versorgungsauftrag, Fallpauschale

SGB V §§ 108, 109 IV 2; BPflV §§ 4, 14, 23 II 2; KHG §§ 8 I 3, 17 I 3, 18 I 1; Fallpauschale 17.13

Die Fallpauschale 17.13 (Einsetzen einer Kreuzbandplastik) bei Behandlung in der **Fachabteilung Allgemeine Chirurgie** kann auch dann abgerechnet werden, wenn sie nur in der Pflegesatzvereinbarung für die **Fachabteilung Orthopädie** aufgeführt ist, da die Behandlung einer Kreuzbandruptur hinsichtlich ihrer medizinischen Zuordnung, was die **Weiterbildungsordnungen** verdeutlichen, in beiden Fachabteilungen durchgeführt werden kann. Die **Pflegesatzvereinbarung** stellt keine vertragliche Konkretisierung des Versorgungsauftrages dar.

Vorinstanz: SG Düsseldorf, Urt. v. 19.02.2001 - S 1 KR 33/00 -, auf das das LSG weitgehend verweist.

3. NACHWEIS DES ABSCHLUSSES DER WUNDHEILUNG

A) FALLPAUSCHALE 9012

94 LSG Thüringen, Urt. v. 24.06.2002 - L 6 KN 514/00 KR -

Revision anhängig: B 8 KN 3/02 KR R

95 LSG Thüringen, Urt. v. 24.06.2002 - L 6 KN 761/00 KR -

Revision anhängig: B 8 KN 6/02 KR R

Wundheilung, Wunde, Fallpauschale

SGB V §§ 108, 109 IV 2; BPflV idF der 5. ÄndVO v. 09.12.1997 §§ 10, 11, 15 17; KHG §§ 16, 17; Fallpauschale 9011, 9012

Zu den Voraussetzungen (hier: Nachweis des Abschlusses der Wundheilung) hinsichtlich der Abrechnung der Fallpauschale 9012 der Anlage 1 zu § 11 Abs 1 BPflV 1994.

Die Klageforderung auf Abrechnung (Zahlung) der Fallpauschale 9.012 ist unbegründet, weil der Abschluss der Wundheilung weder - wie von der Kl. vorgetragen - für den 22.01.1999 (sechster postoperativer Tag) nachgewiesen oder zu vermuten ist, noch für einen anderen Zeitpunkt vor dem 12. postoperativen Tag (28.01.1999).

Nach der Definition der Fallpauschale 9.011 stellt die Entfernung von Fäden und Klammern ein wesentliches Kriterium für die Festlegung des Zeitpunkt der Wundheilung dar (vgl. **BSG** vom 26. April 2001 – Az.: B 3 KR 16/00 R <SozR 3-5565 § 14 Nr 1>). Es kann hier allerdings auf Grund der Verwendung von resorbierbaren Fäden nicht unmittelbar eingreifen. Damit wird aber die Feststellung des Tages der Wundheilung nicht obsolet; diese ergibt sich grundsätzlich aus dem physiologischen Zustand der Wunde, wie er sich sonst zum Zeitpunkt der Entfernung der Fäden bei Verwendung von nicht resorbierbarem Nahtmaterial darstellt.

Vorinstanz: SG Altenburg, Gerichtsbb. v. 09.08.2000 - S 14 KN 1344/99 KR - gab der Klage statt; die Berufung führte zur Klageabweisung.

9.011 - Koronare Herzkrankheit: Herzoperation (Koronarchirurgie) unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit Verwendung der inneren Brustwandarterie, ggf. kombiniert mit TEA, ab Aufnahme/Verlegung in die Herzchirurgie; Versorgung bis Abschluss Wundheilung (z.B. Entfernung von Fäden/Klammern), mindestens jedoch bis zum Abschluss der Behandlung indikationsspezifischer Komplikationen.

9.012 - Koronare Herzkrankheit: Weiterbehandlung im Anschluss an FP 9.011 bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit; Mindestaufenthalt 4 Belegungstage.

B) FALLPAUSCHALE 9022

96 LSG Thüringen, Urt. v. 24.06.2002 - L 6 KN 515/00 KR -
Revision anhängig: B 8 KN 4/02 KR R

Wundheilung, Wunde

SGB V §§ 108, 109 IV 2; BPflV idF der 5. ÄndVO v. 09.12.1997 §§ 10, 11, 15 17; KHG §§ 16, 17;
Fallpauschale 9021, 9022

Zu den Voraussetzungen (hier: Abschluss der Wundheilung) hinsichtlich der Abrechnung der Fallpauschale 9022 der Anlage 1 zu § 11 Abs 1 BPflV 1994.

Es handelt sich um eine entsprechende Parallelentscheidung zu der vorstehend unter a) Fallpauschale 9012 genannten Entscheidung.

Vorinstanz: SG Altenburg, Gerichtsb. v. 07.08.2000 - S 14 KN 298/00 KR - gab der Klage statt; die **Berufung** führte zur Klageabweisung.

9.021 - Koronare Herzkrankheit: Herzoperation (Koronarchirurgie) unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine unter Verwendung der inneren Brustwandarterie, ggf. kombiniert mit aortokoronarem Venen-Bypass oder sonstiger Arterie, ggf. kombiniert mit TEA, ab Aufnahme/Verlegung in die Herzchirurgie; Versorgung bis zum Abschluss der Wundheilung (z.B. Entfernung von Fäden/Klammern) mindestens jedoch bis zum Abschluss der Behandlung indikationsspezifischer Komplikationen.

9.022 - Koronare Herzkrankheit: Weiterbehandlung im Anschluss an FP 9.021 bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit; Mindestaufenthalt 7 Belegungstage.

C) FALLPAUSCHALE 9032

97 LSG Thüringen, Urt. v. 24.06.2002 - L 6 KN 523/00 KR -
Revision anhängig: B 8 KN 5/02 KR R

Wundheilung, Wunde

SGB V §§ 108, 109 IV 2; BPflV idF der 5. ÄndVO v. 09.12.1997 §§ 10, 11, 15 17; KHG §§ 16, 17;
Fallpauschale 9031, 9032

Zu den Voraussetzungen (hier: Nachweis des Abschlusses der Wundheilung) hinsichtlich der Abrechnung der Fallpauschale 9032 der Anlage 1 zu § 11 Abs 1 BPflV 1994.

Es handelt sich um eine entsprechende Parallelentscheidung zu der vorstehend unter a) Fallpauschale 9012 genannten Entscheidung.

Vorinstanz: SG Altenburg, Gerichtsb. v. 03.08.2000 - S 14 KN 1211/99 KR - gab der Klage statt; die **Berufung** führte zur Klageabweisung.

9.031 - Koronare Herzkrankheit: Herzoperation (Koronarchirurgie) unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine als aortokoronarer Venen-Bypass ohne Verwendung der inneren Brustwandarterie, ggf. kombiniert mit TEA, ab Aufnahme/Verlegung in die Herzchirurgie; Versorgung bis zum Abschluss der Wundheilung (z.B. Entfernung von Fäden/Klammern) mindestens jedoch bis zum Abschluss der Behandlung indikationsspezifischer Komplikationen.

9.032 - Koronare Herzkrankheit: Weiterbehandlung im Anschluss an FP 9.031 bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit; Mindestaufenthalt 4 Belegungstage.

XIV. PHYSIOTHERAPEUT - PROPRIOZEPTIVE NEUROMUSKULÄRE FASZILITATION

98 LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 15.08.2002 - L 5 KR 115/01 -

Revision anhängig: B 3 KR 31/02 R

Propriozeptive neuromuskuläre Faszilitation, Physiotherapeut, Weiterbildung, Fortbildung
SGB V §§ 12 I 2, 70 I 2, 125 II 1

Die während der Ausbildung zum Physiotherapeuten (nicht aber danach) durchgeführte Wissensvermittlung auf dem Gebiet der propriozeptiven neuromuskulären Faszilitation stellt keine Weiter- und Fortbildung i. S. der Leistungsbeschreibung zum Rahmenvertrag nach § 125 II 1 SGB V dar, mit der Folge, dass diese Leistung nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht und abgerechnet werden darf.

Zum Sachverhalt:

Der Kl. ist seit 1984 als Masseur und Medizinischer Bademeister zur Behandlung von Versicherten der bekl. Krankenkasse zugelassen, seit 1997 ist er berechtigt zur Führung der Berufsbezeichnung "Physiotherapeut". Den Antrag auf Erweiterung der Zulassung zur Abgabe von krankengymnastischen Leistungen "propriozeptive neuromuskuläre Faszilitation" (PNF) lehnte d. Bekl. ab. **SG Mainz**, Urt. v. 21.08.2001 - S 6 KR 33/00 - gab der Klage statt, weil die Zulassung als Physiotherapeut auch Leistungen der physikalischen Therapie beinhalte und die Vertragsparteien der Mantelverträge keine zusätzlichen Anforderungen aufstellen dürften. Das **LSG** wies die Klage ab.

LSG Rheinland-Pfalz legt die Rechtsgrundlagen des Bescheides dar (§ 125 II 1 SGB V i.V.m. Rahmenvertrag zwischen dem Landesverband des Verbands für Physiotherapie sowie den Heil- u. HilfsmittelRL bzw. HeilmittelRL). In den Rahmenverträgen dürften Qualifikationsanforderungen nicht vereinbart werden. **Streitgegenstand** sei vielmehr die Frage, ob d. Kl. die Position 20704 der Preisvereinbarung, Anlage zum Rahmenvertrag abrechnen dürfe. Hierbei handele es sich um Modalitäten und Bedingungen, die in Rahmenverträgen geregelt werden könnten (**BSG** v. 13.12.2001 - B 3 KR 19/00 R -<SozR 3-2500 § 124 Nr 1>). Nach den Heil- u. HilfsmittelRL (Nr. 35.2.3) bzw. HeilmittelRL (Nr. 17.2.6) seien für die PNF spezielle Qualifikationen erforderlich, die nach §§ 12 I 2 u. 70 I 2 SGB V verlangt werden dürften. Solche würden im Rahmenvertrag aufgestellt werden. Hieran hätten sich Gerichte und Verwaltung zu halten. Die erforderliche **Weiterbildung** von mindestens 120 Stunden habe d. Kl. nicht erbracht. Eine solche könne erst nach Abschluss der Berufsausbildung zum Physiotherapeuten absolviert werden, weshalb die vor und während der Ausbildung absolvierten Stunden nicht anerkannt werden könnten.

XV. ENTSCHEIDUNGEN DES BSG

1. VORLAGE AN EUGH - FARBSTOFFLASERBEHANDLUNG IN EU-STAAT

99 BSG, Beschl. v. 30.10.2002 - B 1 KR 28/01 R -

1. Ist es mit der Regelung in Art 49 und 50 des EGV vereinbar, wenn ein Mitgliedstaat, der sein Krankenversicherungssystem nach dem Sachleistungsprinzip ausgestaltet hat und die ambulante ärztliche Versorgung durch zugelassene Ärzte erbringen lässt, eine Kostenerstattung bei Inanspruchnahme nicht zugelassener Ärzte - auch bei einer Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat - nur für den Fall erlaubt, dass eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung innerhalb des Sachleistungssystems nicht zur Verfügung steht?

2. Falls darin eine unzulässige Behinderung des freien Dienstleistungsverkehrs gesehen wird: Lassen es die genannten Bestimmungen des EGV zu, dass das deutsche Recht - abgesehen von Notfällen - eine Kostenerstattung bei selbstbeschafften medizinischen Leistungen davon abhängig macht, dass vorher eine Entscheidung der Krankenkasse über die Berechtigung der außervertraglichen Behandlung herbeigeführt wurde?

Zur **Vorinstanz** s. *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 31.08.2001 - L 4 KR 1485/00 - RID 02-01-64.

2. HILFSMITTEL

A) ABGRENZUNG ZUR HEIMPFLEGE (DEKUBITUSMATRATZE)

100 BSG, Urt. v. 24.09.2002 - B 3 KR 15/02 R - zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen

Leitsatz:

Pflegebedürftige Krankenversicherte sind auch bei Unterbringung in einem Pflegeheim von der Krankenkasse mit einer behinderungsgerechten Dekubitusmatratze auszustatten, wenn diese nach ärztlicher Verordnung zur Behandlung eines akuten oder zur Vermeidung eines unmittelbar drohenden Druckgeschwürs erforderlich ist.

Parallelentscheidung: - *B 3 KR 9/02 R -*

B) PFLEGEHILFSMITTEL - FEUCHTES TOILETTPAPIER

101 BSG, Urt. v. 24.09.2002 - B 3 P 15/01 R - nicht zur Veröffentlichung vorgesehen

Feuchte Einmalwaschlappen und feuchtes Toilettenpapier sind allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens. Sie werden in erster Linie für Gesunde hergestellt sowie von diesen gekauft und benutzt. Sie sind in vielen Kaufhäusern und Supermärkten erhältlich und dienen der Versorgung der Bevölkerung mit Artikeln des täglichen Bedarfs. Auf den Verkauf in Apotheken und Drogerien kommt es nicht an, weil dort auch alltägliche Körperpflegemittel wie Zahnpasta und Seife als Zusatzsortiment angeboten werden (vgl. BSG SozR 3-3300 § 40 Nr 7 zu Fernsehsesseln, die in ähnlicher Form auch von Reha-Herstellern gefertigt und als "medizinische Hilfsmittel" in Sanitätshäusern angeboten werden).

C) THERAPIE-TANDEM

102 BSG, Urt. v. 21.11.2002 - B 3 KR 8/02 R - nicht zur Veröffentlichung vorgesehen

Die Ausstattung mit einem behindertengerechten Tandem geht über die Sicherstellung der Grundbedürfnisse hinaus und ist deshalb nicht von der Krankenkasse zu leisten.

3. HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE

A) KRANKENPFLEGEUNTERNEHMEN U. GENEHMIGUNG DER KRANKENKASSE

103 BSG, Urt. v. 24.09.2002 - B 3 KR 2/02 R - zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen

Leitsatz:

Erbringt ein Krankenpflegeunternehmen ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege abweichend von der Genehmigung der Krankenkasse, kann es seinen Vergütungsanspruch nicht darauf stützen, dass die ärztliche Verordnung bindend oder die Leistungsverweigerung rechtswidrig gewesen sei.

B) PFLEGEDIENST DER KRANKENKASSE

104 BSG, Urt. v. 24.09.2002 - B 3 A 1/02 R - zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen

Leitsatz:

Die Satzungsbestimmung einer gesetzlichen Krankenkasse über ein Modellvorhaben, wonach die Versicherten Leistungen der häuslichen Krankenpflege nur durch einen von der Krankenkasse selbst betriebenen Pflegedienst in Anspruch nehmen können, ist nicht genehmigungsfähig.

4. KRANKENHAUSKOSTEN - ÜBERPRÜFUNG DER KRANKENHAUSABRECHNUNG

105 BSG, Urt. v. 23.07.2002 - B 3 KR 64/01 R - zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen

Leitsätze:

1. Zur Überprüfung einer Krankenhausabrechnung darauf hin, ob die Leistungen den einschlägigen Fallpauschalen und Sonderentgelten sachlich richtig zugeordnet sind, hat die Krankenkasse kein eigenständiges Recht auf Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen.
2. Bei Zweifeln an der sachlichen Richtigkeit einer Krankenhausabrechnung kann die Krankenkasse eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einholen, der die dazu erforderlichen Behandlungsunterlagen einsehen kann und der Krankenkasse das Ergebnis der Begutachtung mitzuteilen hat.

5. ABSCHLUß EINES VERSORGUNGSVERTRAGES

106 BSG, Urt. v. 23.07.2002 - B 3 KR 63/01 R - zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen

Leitsatz:

Die Krankenkassenverbände dürfen den Abschluss eines Versorgungsvertrags, mit dem einer vollstationären geriatrischen Einrichtung erlaubt wird, Rehabilitationsmaßnahmen für gesetzlich Krankenversicherte zu erbringen, nicht mit der Begründung ablehnen, für die Einrichtung bestehe kein Bedarf, weil nach der Bedarfsplanung andere Einrichtungen zur Bedarfsdeckung vorgesehen seien.

6. VERBANDSUMLAGE EINES KRANKENKASSENVERBANDS

107 BSG, Urt. v. 25.06.2002 - B 1 KR 10/01 R - zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen

Leitsätze:

1. Ein Krankenkassenverband setzt die von den Mitgliedern zu zahlende Verbandsumlage durch Verwaltungsakt fest.
2. Der Mitgliedskasse eines Krankenkassenverbands steht regelmäßig nicht das Recht zu, gegen die Höhe der Verbandsumlage mit der Behauptung gerichtlich vorzugehen, der Verband habe den Rahmen der ihm gesetzlich zugewiesenen Aufgaben überschritten.

108 entfällt

7. GEGENSTANDSWERT - ZULASSUNG EINER REHAEINRICHTUNG

109 BSG, Beschl. v. 08.10.2002 - B 3 KR 63/01 R -

Leitsatz:

Zum Gegenstandswert bei Streitigkeiten um die Zulassung von Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation (Fortführung von BSG vom 30.11.2000 - B 3 KR 20/99 R = SozR 3-1930 § 8 Nr 4).

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. RABATTE UND AUSGLEICHSAHLUNGEN

1. SITTENWIDRIGKEIT EINES BARRABATTS DURCH DENTALLABOR

110 *OLG Köln, PKH-Beschl. v. 03.06.2002 - 11 W 13/02 -*

Dentallabor, Zahnarzt, Sittenwidrigkeit, Rabatt, Barrabatt, Betrug, Abrechnungsbetrug
BGB §§ 134, 138, 812, 817; StGB § 263

Ein Dentallabor hat grundsätzlich gegenüber einem Zahnarzt einen Anspruch auf Rückzahlung (hier: 45.794,04 €) eines vertraglich vereinbarten und in bar gewährten 7 %igen Rabatts von allen Nettoumsätzen mit dieser Zahnarztpraxis, die diese nicht an die Patienten und Krankenkassen weitergegeben hat. Die Vereinbarung, die dem Arzt den **Betrug** an den Patienten bzw. den Kassen ermöglichen soll, ist entweder nach § 134 BGB wegen Verstoßes gegen § 263 StGB oder nach § 138 I BGB bzw. je nach den Umständen der Nötigung zur Mitwirkung nach § 138 II BGB wegen Sittenwidrigkeit nichtig. Auf Betrug und eigennützige Ausbeutung abhängiger Vertragspartner (hier: Laborumsatz betrifft zu 80 % Aufträge des Zahnarztes) angelegte Verhaltensweisen verlieren den Makel der **Sittenwidrigkeit** auch dann nicht, wenn sie sich **allgemeiner Beliebtheit** erfreuen (hier möglicherweise begünstigt durch **Kontrolldefizite im ärztlichen Abrechnungswesen**). Ein Bereicherungsausgleich zwischen den Vertragsparteien kommt jedenfalls dann in Betracht, wenn sich das Labor auf die zu beanstandende Vereinbarung einlässt, um eine Bedrohung seiner wirtschaftlichen Existenz abzuwenden.

2. ZULÄSSIGE PAUSCHALLEISTUNG DES ANÄSTHESISTEN AN OPERATEURE

111 *OLG Hamm, Urt. v. 27.02.2002 - 8 U 153/01-*

Revision anhängig: III ZR 129/02

Operateur, Chirurg, Anästhesist, Pauschalleistung, Aufwachgebühr, Zuweisungsverbot
BGB §§ 134, 138, 812, 823 II, 826; MBO § 31

Eine Vereinbarung zwischen Operateuren (niedergelassene Chirurgen) und Anästhesisten auf Zahlung von **Pauschalleistungen für die Benutzung der Operationsräume** (hier: 70 DM pro Kassenpatient, 200 DM pro Privatpatient) und die Zuweisung der sog. Aufwachgebühr an die Operateure verstößt nicht gegen § 31 Musterberufsordnung (Verbot der unerlaubten Zuweisung von Patienten gegen Entgelt) oder ein sonstiges Verbot und ist nicht sittenwidrig.

II. ABRECHNUNGSBETRUG

1. BGH: ABRECHNUNG ÜBER ZUGELASSENEN VERTRAGSZAHNARZT

112 *BGH, Urt. v. 05.12.2002 - 3 StR 161/02 -*

Abrechnungsbetrug, Zahnarzt, Vertragszahnarzt, Betrug, Vermögensschaden
StGB § 263

Das **LG Düsseldorf** hat einen nicht als Kassenarzt zugelassenen Zahnarzt, der über einen Kassenzahnarzt als Strohmann Leistungsanträge bei der KZV Nordrhein abgerechnet und insgesamt 1,26 Millionen DM erstattet bekommen hatte, wegen Betruges und versuchten Betruges zu einer nicht zur Bewährung ausgesetzten Freiheitsstrafe von zwei Jahren verurteilt. Der **BGH** hat das Urteil im wesentlichen bestätigt.

Im Mittelpunkt des Revisionsverfahrens stand die Frage, ob ein vollendeter Betrug auch dann vorliegt, wenn der Getäuschte mehr oder weniger starke Zweifel an der Richtigkeit der ihm gegenüber behaupteten Tatsache hat, etwa weil er - wie in dem vorliegenden Verfahren - aufgrund einer anonymen Anzeige ganz konkrete Hinweise auf ein betrügerisches Vorgehen erhalten hat. Der BGH hat klargestellt, dass Zweifel des Opfers solange für die Annahme eines Betruges unschädlich sind, als es gleichwohl noch die Wahrheit der behaupteten Tatsache für möglich hält und deswegen eine schädigende Vermögensverfügung vornimmt. Denn auch dann ist der Geschädigte der List des Täters zum Opfer gefallen. Mit seinem Einwand, die KV hätte bei sorgfältiger Prüfung seine Täuschung erkennen können, konnte der Angeklagte keinen Erfolg haben, weil der Betrugstatbestand auch das leichtfertige Opfer schützt.

Presse-Mitteilung v. 05.12.2002, Nr. 127/2002, <http://www.bundesgerichtshof.de>

Zum Begriff des **Vermögensschadens** führt der **Senat** aus:

"Die Strafkammer hat in der Auszahlung der Honorare an den Zeugen für die Leistungen, die der Angeklagte als Nichtkassenarzt erbracht hatte, ohne Rechtsfehler einen entsprechenden Vermögensschaden gesehen. Nach der für den Bereich des Sozialversicherungsrechts geltenden streng formalen Betrachtungsweise (vgl. **BGH** NStZ 1995, 85 f.) genügt hierfür bereits der Umstand, daß der Angeklagte ohne kassenärztliche Zulassung nicht berechtigt ist, an der durch die KZV erfolgte Verteilung der von den Kassen bezahlten Honorare teilzunehmen. Dabei spielt es keine Rolle, daß den Kassen infolge der Behandlung ihrer Patienten durch den Angeklagten **Aufwendungen** in möglicherweise gleicher Höhe **erspart** blieben, die ihnen durch die Behandlung durch einen anderen, bei der Kasse zugelassenen Arzt entstanden wären. Denn eine solche **Kompensation** findet bei der **Schadensberechnung nicht statt** (**BGH** NStZ 1995, 85 86), zumal ein anderer hypothetischer Sachverhalt zugrunde gelegt wird und offen bleiben muß, ob ein anderer Arzt die gleiche Behandlungsweise gewählt hätte."

2. BVERFG: BESCHLAGNAHME AUCH PRIVATÄRZTLICHER UNTERLAGEN

113 *LG Mainz, Beschl. v. 27.03.2002 - 5 Qs 14/02 -*

114 *BVerfG, 3. Ka. d. 2. Sen., Beschl. v. 29.07.2002 - 2 BvR 708/02 -* <http://www.bverfg.de>

Abrechnungsbetrug, Anfangsverdacht, Arzt-Patienten-Verhältnis, privatärztliche Leistung, ärztliche Schweigepflicht

StPO §§ 94 I, II, 98 II 2; EBM Nrn. 75, 850, 851, 4950; GOÄ Nr. 45, 75, 4850

Finden nach dem EBM fehlerhaft abgerechnete Leistungen ihre Entsprechung in der GOÄ, so ist der Schluss, auch insoweit bestehe der Anfangsverdacht betrügerischer Abrechnungen, weder willkürlich noch beruht er auf einer grundsätzlich unrichtigen Anschauung der Grundrechte des betroffenen Arztes.

Zum Sachverhalt:

Der Beschuldigte betrieb eine gynäkologische Arztpraxis und war als Belegarzt tätig. In der Plausibilitätskommission ergab sich der Verdacht, dass er seit III/96 Abrechnungen ohne oder ohne vollständiges Erbringen des Leistungsinhalts abgerechnet hat (Nrn. 75 EBM für Übersendung von Befundmitteilungen oder

Operationsberichten ohne Arztbrief; die von den Adressaten und dem Beschuldigten vorgelegten Briefe waren nicht identisch; Nr. 28 EBM, obwohl Visiten nicht in dem abgerechneten Umfang stattgefunden hatten; Nr. 850 u. 851 EBM für reine Routinegespräche vor anstehenden Operationen; Nr. 4950 EBM nach eigener Erklärung falsch - bei entzündlichen Veränderungen ohne hormonelle Funktionsstörung - abgerechnet). Die KV schätzte den Schaden für III/79 bis II/98 auf 38.000 DM. Im Rahmen des staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahrens erließ das AG Bingen am 15.08.2001 Durchsuchungsbeschlüsse für Praxis, Belegräume und Wohnung. Hierbei wurden auch Unterlagen betreffend Privatliquidationen sichergestellt. Auf Widerspruch d. Beschuldigten ordnete das **AG Bingen**, Beschl. v. 05.02.2000 - 7 Gs 37/02 - die Beschlagnahme an, da ein Anfangsverdacht einer betrügerischen Abrechnung auch gegenüber Privatpatienten nicht ausgeschlossen werden könne. Die fehlerhaft abgerechneten EBM-Nrn. hätten ihre Entsprechung in der GOÄ. **LG Mainz** verwarf die Beschwerde als unbegründet.

LG Mainz sieht wie die Vorinstanz den Anfangsverdacht betrügerischer Abrechnung auch gegenüber Privatpatienten als bestätigt an. Ein Zusammenhang sei gerade darin zu sehen, dass die fehlerhaft abgerechneten EBM-Nrn. ihre Entsprechung in der GOÄ fänden.

Das **BVerfG** nahm die **Verfassungsbeschwerde** nicht zur Entscheidung an. Die Wertung des LG sei verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. Fänden nach dem EBM fehlerhaft abgerechnete Leistungen ihre Entsprechung in der Gebührenordnung für privatärztliche Leistungen, so sei der Schluss, auch insoweit bestehe der Anfangsverdacht betrügerischer Abrechnungen, weder willkürlich noch beruhe er auf einer grundsätzlich unrichtigen Anschauung der Grundrechte des Beschwerdeführers. Das Ergebnis der Beurteilung der tatsächlichen Anhaltspunkte entziehe sich einer Überprüfung durch das BVerfG, denn es habe nicht seine eigene Wertung nach Art eines Rechtsmittelgerichts an die Stelle derjenigen des zuständigen Richters zu setzen.

Art. 12 I GG sei gleichfalls nicht verletzt. § 97 StPO stehe der Beschlagnahme nicht entgegen, da es sich ausschließlich um Unterlagen des Beschwerdeführers handle und dieser als Berufsgeheimnisträger selbst Beschuldigter sei (vgl. *Nack* in: Karlsruher Kommentar, StPO, 4. Aufl., § 97 Rn. 8). Der aus Art. 12 I GG beanspruchte Schutz des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient (vgl. **BVerfGE** 44, 353 <372 ff.>) sei nicht darauf gerichtet, den Arzt im Falle des Verdachts einer bei Gelegenheit seiner Berufsausübung begangenen Straftat vor staatlichen Strafverfolgungsmaßnahmen zu schützen (vgl. Beschl. der 3. Ka. d. 2. Senats des BVerfG vom 22. Mai 2000 - 2 BvR 291/92 -, NJW 2000, S. 3557 f.).

3. BVERWG: APPROBATIONSENTZUG FÜR APOTHEKER NACH ABRECHNUNGSBETRUG

115 **BVerwG**, Urt. v. 26.09.2002 - 3 C 37/01 - <http://www.bverwg.de>

Approbation, Apotheker, Apothekenbetriebserlaubnis, selbständiger Apotheker, Widerruf einer Approbation, Abrechnungsbetrug, Berufsverbot, Verhältnismäßigkeitsgrundsatz
ApG §§ 2 I Nr. 4, 4 II; BApO §§ 4 I 1 Nr. 2, 6 II; VwGO § 137 II

Leitsätze:

Einem (selbständigen) Apotheker ist die Approbation mit der Folge zu entziehen, dass er auch nicht als angestellter Apotheker tätig sein darf, wenn ihm Abrechnungsbetrügereien oder sonstige Abrechnungsunregelmäßigkeiten gegenüber Kassen nachgewiesen werden können, die nach Zahl und Gewicht der Verstöße die Prognose zulassen, der Apotheker könne auch zukünftig schwerwiegende Berufspflicht-Verletzungen begehen.

Zur Verwertbarkeit von in rechtskräftigen Strafbefehlen und gerichtlichen Vergleichen enthaltenen Feststellungen für verwaltungsbehördliche und -gerichtliche Verfahren.

III. ARZTHAFTUNG

1. BEHANDLUNGSFEHLER BEI KONTRAINDIZIERTER WUNSCHBEHANDLUNG

116 *OLG Karlsruhe, Urt. v. 09.09.2002 - 7 U 102/01 -*

Schadensersatz, Schmerzensgeld, augenärztliche Behandlung, Laserbehandlung, photorefraktive Keratektomie, Laserthermokeratoplastik, Aufklärungsmangel, Behandlungsmethode
BGB § 823 I; ZPO § 286

Beherrscht ein Patient nichtdeutscher Herkunft die deutsche Sprache, darf der Arzt darauf vertrauen, dass er nachfragt, wenn er einzelne Begriffe nicht versteht (*OLG Brandenburg* MedR 1998, 470). Der hier aufgewachsene und die deutsche Sprache beherrschende Ausländer steht insoweit einem Deutschen, der ebenfalls nicht immer die medizinischen Fachwörter versteht, gleich.

Ist eine Behandlungsmethode noch nicht wissenschaftlich anerkannt, hat der Arzt darauf hinzuweisen, dass sich die Methode noch in der Erprobungsphase befindet und unbekannte Risiken nicht auszuschließen sind (*Geiß/Greiner* Arzthaftpflicht B II Rz. 387, S. 159; *OLG Oldenburg* VersR 1997, 491).

Ist eine Behandlung **kontraindiziert**, darf sie auch **nicht auf nachhaltigen Wunsch des Patienten** vorgenommen werden (*OLG Düsseldorf* VersR 2002, 611; *OLG Köln* VersR 2000, 492). Die Beurteilung, ob eine Behandlung angezeigt ist oder nicht durchgeführt werden sollte, obliegt dem Arzt, der aufgrund seiner medizinischen Fachkenntnisse Vor- und Nachteile sowie Risiken einer Maßnahme einschätzen kann.

2. AUFKLÄRUNGSPFLICHT BEI ALTERNATIVEN BEHANDLUNGSMAßNAHMEN

117 *OLG Karlsruhe, Urt. v. 04.12.2002 - 13 U 10/02 -* <http://www.olg-karlsruhe.de> (nur Ls.)

Aufklärungspflicht, Behandlungsmethode, alternative Behandlungsmethode, Primärnarbenhernie, Alternativverfahren
BGB § 823 I

Leitsatz:

Über die Möglichkeit der Versorgung kleiner Primärnarbenhernien ohne Vorliegen erkennbarer Bindegewebsschwäche durch ein Netz war im Jahre 1996 nicht aufzuklären, weil es sich um kein übliches Alternativverfahren handelte.

3. SCHMERZENSGELDANSPRUCH EINES KINDES

118 *OLG Köln, Urt. v. 09.01.2002 - 5 U 91/01 -*

Kind, Schmerzensgeld
BGB §§ 823 I, 847

Die Verletzungen eines (zwischenzeitlich verstorbenen) Kindes und die hieraus resultierenden Beeinträchtigungen sowie die körperlichen und seelischen Leiden, die auf das schuldhafte Verhalten der Beklagten zurückzuführen und als überaus gravierend anzusehen sind, rechtfertigen für sich genommen ein Schmerzensgeld im weit oberen Bereich des durch die Rechtsprechung geprägten üblichen Rahmens (hier: 300.000 DM).

4. VERGÜTUNGS- UND SCHMERZENSGELDANSPRUCH BEI FEHLENDER AUFKLÄRUNG

119 *OLG Köln, Urt. v. 27.11.2002 - 5 U 101/02 -*

Schmerzensgeld, Schlechterfüllung, Dienstvertrag, Einwilligung, Vergütungsanspruch, Aufklärung
BGB §§ 823 I, 847

Die Schlechterfüllung eines privatrechtlichen Dienstvertrages durch Durchführung einer Operation (hier: Implantation von Silikonkissen zwecks Brustvergrößerung mit der Folge einer Kapselfibrose) ohne wirksame Einwilligung lässt den Vergütungsanspruch nicht entfallen; es liegt aber ein eigenmächtiger Eingriff in die körperliche Integrität eines Patienten vor, wenn die Einwilligung nicht von einer wirksamen Aufklärung getragen war, der einen Schmerzensgeldanspruch begründen kann.

5. BGH: AMTSHAFTUNGSANSPRUCH BEI PFLICHTVERLETZUNG DES NOTARZTES

120 *BGH, Urt. v. 09.01.2003 - III ZR 217/01 - juris*

Rettungsdiensteinsatz, Rettungsdienst, Notarzt, Notfalldienst, Notarztdienst, hoheitliche Betätigung, Behandlungsfehler, notärztliche Versorgung
BGB § 839; SGB V § 75 I 1; RettDG Bayern Art. 21 I 1; GG Art. 34

Leitsätze:

Ist - wie in Bayern - die Wahrnehmung der rettungsdienstlichen Aufgaben sowohl im Ganzen wie im Einzelfall der hoheitlichen Betätigung zuzurechnen, so sind auch **Behandlungsfehler des "Notarztes im Rettungsdiensteinsatz"** nach **Amtshaftungsgrundsätzen** zu beurteilen. Die Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch stehen dem nicht (mehr) entgegen, da nach § 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V in der Fassung des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes vom 25. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in Fällen des Notdienstes nur (noch) die vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notfalldienst), nicht (mehr) die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes (Notarztdienst) umfasst. Dies ist auch dann nicht anders zu beurteilen, wenn der Landesgesetzgeber - wie in Bayern - von der durch § 75 Abs. 1 Satz 2 SGB V n.F. eröffneten Möglichkeit, die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes (wieder) zum Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung zu machen, Gebrauch gemacht hat.

Zur Weisungsbefugnis des Notarztes s.a. *VG Frankfurt a. M. - Berufsgericht für Heilberufe -*, Urt. v. 11.06.2002 - 21 BG 2131/01 (V)-RID 02-03-97; zum (vertragsärztlichen) Notfalldienst s. diese Ausgabe unter A VIII. Heranziehung zum Notfalldienst in fremden Bezirk.

IV. ÄRZTLICHES BERUFSRECHT

1. BVERFG: GEBIETSBEZEICHNUNG NEBEN ALLGEMEINARZT

121 *BVerfG, Beschl. v. 29.10.2002 - 1 BvR 525/99* - <http://www.bverfg.de>

Gebietsbezeichnung, Allgemeinmedizin, Qualifikationen, Berufsausübung, Berufsausübungsfreiheit
GG Art. 12 I, 20 III; KammerG BW i.d.F. v. 16.03.1995 § 39 III Halbs. 1; ÄBerufsO BW i.d.F. v. 18.09.1996 § 10 ÄWeitBiO BW i.d.F. v. 08.08.1995 § 6 I

Leitsätze:

1. Die Freiheit der Berufsausübung aus Art 12 Abs. 1 GG umfasst das Recht, die Öffentlichkeit über erworbene berufliche Qualifikationen wahrheitsgemäß und in angemessener Form zu informieren (Anschluss an BVerfGE 33, 125).
2. Ärzte mit der Gebietsbezeichnung Allgemeinmedizin, die sich in weiteren Gebieten spezialisieren und betätigen dürfen, sind berechtigt, dies öffentlich bekannt zu geben.

2. ARZTWERBUNG:

Zur **Arztwerbung** vgl. zuletzt die ausf. Hinweise in RID 02-04-C IV.

A) EGMR: WERBEBESCHRÄNKUNGEN BEI FREIBERUFLERN

122 *EGMR, Urt. v. 17.10.2002 - 37928/97 - (Stambuk vs. Germany)* <http://www.echr.coe.int>
Werbebeschränkung, Arztwerbung, Werbung, Berufsordnung, Meinungsäußerungsfreiheit, Menschenrechte, freier Beruf, Zeitungsinterview, Menschenrechtskonvention
EMRK Art: 10

Ein **Augenarzt**, der im Jahre 1994 in einem **Interview der Schwäbischen Zeitung** Angaben zu Risiken und Erfolgsquote einer von ihm praktizierten Laser-Operationstechnik gegeben hatte und vom Tübinger Bezirksberufsgericht für Ärzte wegen des Verstoßes gegen die Berufsordnung zu einem **Bußgeld** in Höhe von 2.000,- DM verurteilt worden war, hatte Erfolg. Der Gerichtshof sah hierin einen Verstoß gegen das in **Art. 10 EMRK** verankerte **Recht auf freie Meinungsäußerung**.

Es sei zwar zulässig, Ärzten im Interesse der Allgemeinheit gewisse Verhaltensmaximen zum Schutze des lautereren Wettbewerbs oder der Verhinderung irreführender Werbung abzuverlangen. Solche Berufsausübungsregelungen müssten jedoch verhältnismäßig sein bzw. in verhältnismäßiger Weise angewendet werden. Die Allgemeinheit habe auch das Recht, umfassend über bestimmte - u.U. lebenswichtige - Sachverhalte informiert zu werden. Das im vorliegenden Fall gegebene Interview könne nicht als irreführende oder inhaltlich falsche Werbung verstanden werden. Auch wenn der Artikel für den Arzt einen Werbeeffect habe, stünde dies nicht im Vordergrund der sachlich-informativ gehaltenen Zeitungsreportage. Das bundesdeutsche Gericht habe daher mit seiner Bußgeldentscheidung gegen Art. 10 EMRK verstoßen, da eine faire, dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ausreichend Rechnung tragende Abwägung zwischen dem Schutz der Gesundheit der Bevölkerung, dem Interesse anderer Mediziner und dem Recht des Einzelnen auf freie Meinungsäußerung sowie der Pressefreiheit nicht stattgefunden habe.

B) PRAXISSCHILD MIT SPEZIALLEISTUNGEN

123 *VG Mainz - Berufsgericht für Heilberufe -, Urt. v. 11.09.2002 - Kf 346/01.MZ -*

Werbung, Arztwerbung, Praxisschild, Fensterbeschriftung, Radiologe, Gemeinschaftspraxis
Rh.-Pf. HeilBG §§ 23 I Nr. 11, 43

Im Anschluss an *BVerfG* (Beschl. v. 18.02.2002 - 1 BvR 1644/01 - RID 02-01-100) ist insbesondere nur die anpreisende, irreführende und vergleichende Werbung berufswidrig.

Ein **Praxisschild** (2,40 x 0,6 m, selbständig, innenbeleuchtet) einer radiologischen Gemeinschaftspraxis mit dem Zusatz "Röntgendiagnostik, Computertomografie, Kernspintomografie, Ultraschall, Nuklearmedizin, Positronen-Emissions-Tomografie, Strahlentherapie" ist nicht berufswidrig, auch wenn nicht jeder einzelne Arzt hierfür fachlich zuständig ist, da ersichtlich ein "**Gesamtangebot**" umschrieben wird. Demgegenüber sind entsprechende **einzelne Beschriftungen** auf der gesamten Länge der **Fensterfront** (75 m) berufswidrig, da sie jede Zurückhaltung vermissen lassen und sich den Werbemethoden der gewerblichen Wirtschaft annähern und so dem Eindruck der Kommerzialisierung des Arztberufes und damit Zweifeln an der beruflichen Integrität des Arztes Vorschub leisten. Eine Geldbuße von 1.500 € ist im konkreten Fall schuldangemessen.

V. "GEMEINSCHAFTSPRAXIS FÜR ANÄSTHESIE - PARTNERSCHAFT"

124 *OLG Schleswig, Beschl. v. 18.09.2002 - 2 W 80/02 -*

Gemeinschaftspraxis, Partnerschaft, Partnerschaftsregister, Partnerschaftsgesellschaft, Berufsordnung, Gesellschaft bürgerlichen Rechts, Ärztepartnerschaft, Gesellschaftsform
PartGG § 1 III, 2; GG Art. 12 I

Es bestehen Zweifel, ob eine Berufsordnung, nach der eine Gemeinschaftspraxis nur in Form der Gesellschaft bürgerlichen Rechts betrieben werden darf, während eine Partnerschaftsgesellschaft nur mit der Bezeichnung Ärztepartnerschaft zu führen ist, überhaupt mit der nötigen Klarheit erkennen lässt, dass es sich um eine Abweichung von der Namensregelung in § 2 PartGG handeln soll. Eine Festlegung der Ärzte auf eine bestimmte Bezeichnung je nach der gewählten Gesellschaftsform ist unnötig. Eine dahingehende Regelung überschreitet die durch § 1 III PartGG grundsätzlich eingeräumte Rechtsetzungsbefugnis der Beteiligten wegen Unvereinbarkeit mit Art. 12 I GG. Die gewünschte Klarheit und Unterscheidbarkeit verschiedener Formen der Zusammenarbeit von Ärzten wird durch § 2 PartGG ausreichend gewährleistet.

VI. BVERWG: PSYCHOTH. APPROBATION U. HEILPRAKTIKERERLAUBNIS

125 *BVerwG, Urt. v. 28.11.2002 - 3 C 44-01 -*

Eine tatsächlich ausgeübte **psychotherapeutische Vortätigkeit** im Rahmen des § 12 Abs. 4 PsychThG kann nur angerechnet werden, wenn sie in erlaubter Weise vorgenommen worden ist. Dazu war im Regelfall der Besitz einer **Heilpraktikererlaubnis notwendig**. Dies ist kein Ergebnis einer teleologischen Reduktion, sondern ergibt sich vielmehr ohne weiteres aus einer - einschränkenden - Auslegung des Gesetzes nach den anerkannten Kriterien der Berücksichtigung von Sinn und Zweck der Regelung und der Gesetzesmaterialien.

Zur **Instanzenpraxis** vgl. bereits RID 02-01-C IV 1 a und RID 02-04-C XI 1 a.

VII. WETTBEWERBSRECHT

1. EUGH - PFLICHTVERSICHERER (INAIL) KEIN UNTERNEHMEN

126 *EuGH, Urt. v. 22.01.2002 - C-218/00* - <http://www.curia.eu.int> = Breithaupt 2002, 354
Sozialversicherung, Wettbewerbsrecht, Unternehmen, Unternehmensbegriff
EGV Art. 81, 82

Eine Einrichtung, die wie das Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) durch Gesetz mit der Verwaltung eines Systems der Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten betraut ist, fällt nicht unter den Begriff des Unternehmens im Sinne der Artikel 85 und 86 EGV (jetzt Artikel 81 EG und 82 EG).

2. BGH: IN-VERKEHR-BRINGEN VON ARZNEIMITTELN OHNE ZULASSUNG

127 *BGH, Urt. v. 02.10.2002 - I ZR 177/00* -
Wettbewerbsrecht, Arzneimittel, Arzneimittelzulassung, Verkehrsfähigkeit, Fertigarzneimittel "Progona",
UWG § 1; AMG §§ 29 III, 77 I, 105 IIIa; BGB § 276 Cd

Leitsatz:

Die Mitteilung einer unzuständigen Landesbehörde zur "Verkehrsfähigkeit" eines Arzneimittels befreit einen pharmazeutischen Unternehmer nicht von dem Vorwurf, ein zulassungspflichtiges, aber vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nicht zugelassenes Arzneimittel in den Verkehr gebracht zu haben.

Zu Konsequenzen im **Krankenversicherungsrecht** s. diese Ausgabe unter B VI 3. Fehlende Zulassung nach Änderung der Darreichungsform - Wobe-Mugos E.

3. IRREFÜHRENDE ANGABEN EINER KRANKENKASSE

128 *OLG Hamm, Urt. v. 14.02.2002 - 4 U 167/01* -
Beitragssatz, Presseerklärung, Irreführung, irreführende Angaben
UWG § 3; SGB V §§ 241, 242

Eine Presseerklärung einer Krankenkasse, in der auf eine allgemeine Senkung des Beitragssatzes auf 13,1% hingewiesen wird, erweckt den unzutreffenden Eindruck, die Senkung gelte für alle Mitglieder, sofern sie nicht gleichzeitig darauf hinweist, dass für Angestellte in den alten Bundesländern ein höherer Beitragssatz von 14,5% gilt. Auf die Größe des möglicherweise irreführten Personenkreises kommt es nicht an. Für diese Beurteilung ist es ohne Bedeutung, dass Angestellte in den alten Bundesländern umfassendere Leistungen im Bereich der stationären Betreuung beanspruchen können, da darauf in der Werbung nicht hingewiesen wurde.

Zur Zulässigkeit der Mitgliederwerbung einer Krankenkasse durch Gegenüberstellung von Beitragssätzen vgl. *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 06.06.2002 - L 16 KR 57/01 - juris.

4. ABGABE VON DIABETES-TESTSTREIFEN DURCH NIEDERGELASSENEN ARZT

129 OLG Köln, Urt. v. 22.11.2002 - 6 U 77/02 -

Diabetes-Teststreifen, Sanitätshaus, Abgabeverbot, ärztliche Therapie, Arzt, niedergelassener Arzt
UWG §§ 1, 13; GG Art. 12 I; Berufsordnung für die nordrh. Ärztinnen und Ärzte §§ 3 II, 34 V

Die Abgabe von Diabetes-Teststreifen durch einen niedergelassenen Arzt, der schwerpunktmäßig Diabetes-Patienten behandelt, aus einem in seiner Praxis unterhaltenen Depot eines Sanitätshauses ist mit dem berufsrechtlichen Abgabeverbot von Waren nicht vereinbar. Die Abgabe ist auch nicht ein wegen ihrer Besonderheit notwendiger Bestandteil der ärztlichen Therapie.

VIII. BGH: VERSICHERUNGSVERTRAGSBEDINGUNGEN UND ALTERNATIVE HEILMETHODEN

130 BGH, Urt. v. 30.10.2002 - IV ZR 60/01 - NJW 2003, 294

131 BGH, Urt. v. 30.10.2002 - IV ZR 119/01 - (Parallelentscheidung)

Versicherungsvertragsbedingungen, alternative Heilmethoden, Schulmedizin
AGBG § 9; BGB § 307 I 1, II; MB/KK § 4,

130 Leitsatz:

§ 4 (6) MB/KK 94 hält einer Inhaltskontrolle nach § 9 AGBG, § 307 Abs. 1 und 2 BGB stand.

§ 4 (6) MB/KK 94 lautet:

Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden und Arzneimittel angefallen wäre.

IX. BEIHILFERECHT

1. ALTERNATIVE HEILMETHODEN

132 VG Frankfurt a. M., Urt. v. 22.11.2002 - 9 E 5356/01(V)- (<http://www.verwaltungsgericht-frankfurt.de>)

WADIT-Behandlung; Magnetfeldtherapie, pulsierende Signaltherapie (PST), alternative Heilmethoden, Schulmedizin

BeamtVG § 33; HBeihVO § 6 II

Leitsatz:

§ 33 BeamtVG verpflichtet grds. nur zur Kostenübernahme, wenn eine wissenschaftlich allgemein anerkannte Heilmethode eingesetzt wird (vgl. § 6 Abs. 2 HBeihVO).

Zum Ausnahmefall einer Erstattung der Kosten einer wissenschaftlich (noch) nicht allgemein anerkannten Behandlungsmethode (hier: hochcervikales Elektrostimulationssystem) vgl. **VG Frankfurt a. M., Urt. v. 05.08.2002 - 9 E 4725/00 (2)-** RID 02-03-102.

2. SILDENAFIL (VIAGRA)

133 VG Hannover, Urt. v. 03.12.2002 - 13 A 2337/01 -

134 VG Hannover, Urt. v. 03.12.2002 - 13 A 610/02 -

135 VG Hannover, Urt. v. 03.12.2002 - 13 A 892/02 -

In dem ersten Verfahren -13 A 2337/01 – klagte ein 77 Jahre alter Beamter im Ruhestand. Das Niedersächsische Landesamt für Bezüge und Versorgung hatte seinen wegen einer erektilen Dysfunktion (Impotenz) gestellten Antrag auf Gewährung von Beihilfe für Viagra abgelehnt. Zur Begründung heißt es in dem angefochtenen Bescheid, dass die entsprechenden Beihilfebestimmungen alle Mittel, die Erektionsstörungen behandeln, von der Beihilfefähigkeit ausschließen. Das Verwaltungsgericht hat die dagegen erhobene Klage mit der Begründung abgewiesen, dass es hier nicht darauf ankomme, ob der generelle Ausschluss durch die Beihilfevorschriften rechtmäßig sei; denn im zu entscheidenden Fall liege schon **keine Krankheit** vor, da es sich bei der erektilen Dysfunktion des Klägers nicht um eine Erkrankung handle, sondern um eine **alters- und konstitutionsbedingte Störung**. Das Vorliegen einer Krankheit sei jedoch Voraussetzung, um überhaupt einen Anspruch auf Beihilfeleistungen erheben zu können.

In den anderen beiden Verfahren klagten je ein 64 Jahre alter Beamter – 13 A 2675/01 – und ein 48 Jahre alter Beamter – 13 A 610/02 und 13 A 892/02 –, nachdem die Behörde ebenfalls die Gewährung von Beihilfen für Viagra unter Hinweis auf den in den Beihilferichtlinien vorgesehenen generellen Ausschluss der Beihilfefähigkeit abgelehnt hatte. Das Gericht gab den jeweiligen Klagen statt. Ausweislich eingeholter Gutachten seien die Erektionsstörungen nicht auf den normalen Alterungsprozess zurückzuführen, sondern jeweils die **Folge einer schweren Diabetes** verbunden mit erheblichen Durchblutungsstörungen. In diesen beiden Fällen der Ursächlichkeit einer Krankheit für die Erektionsstörungen, so das Gericht, dürfe die Beihilfefähigkeit nicht ausgeschlossen werden.

Pressemitteilung vom 04.12.2002 <http://www.verwaltungsgericht-hannover.niedersachsen.de>

Zur Rspr. a. der SGe s. zuletzt die ausf. Hinweise in RID 02-04-C II u. diese Ausgabe unter B VI 2. Sildenafil (Viagra).

X. KRANKENHAUSKOSTEN

1. BGH: ENTGELT FÜR AUFNAHME- UND ENTLASSUNGSTAG

136 BGH, Beschl. v. 31.10.2002 - III ZR 60/02 -

Krankenhauskosten, Wahlleistungsentgeltregelung, Aufnahmetag, Entlassungstag, Verlegungstag, Zusatzentgelt BPflV § 22 I 3 1. Hs.

Leitsatz:

Die Wahlleistungsentgeltregelung eines Krankenhausträgers, wonach bei Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer sowohl für den Aufnahmetag als auch für den Entlassungs- oder Verlegungstag das volle Zusatzentgelt zu zahlen ist, ist unangemessen hoch im Sinne des § 22 Abs. 1 Satz 3 1. Halbsatz BPflV.

2. WAHLEISTUNGSVEREINBARUNG

137 *LG Berlin, Urt. v. 19.09.2002 - 6 O 549/01 -*

Wahlleistungsvereinbarung, Wahlleistung
BGB §§ 125I, 611 I; BPflV § 22

Nach § 22 II 1 2. Hs. BPflV muss der Patient vor Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung (hier: Behandlung in einer Klinik für Kieferchirurgie und Plastische Gesichtschirurgie eines Universitätsklinikums) über die Entgelte der Wahlleistungen und deren Inhalt im Einzelnen unterrichtet werden. Hierbei handelt es sich um eine Formvorschrift, deren Nichteinhaltung grundsätzlich nach § 125 I BGB die Nichtigkeit der Wahlleistungsvereinbarung zur Folge hat (vgl. *KG*, Urt. v. 24.02.2000 - 20 U 1868/98 -). Bei einer fehlenden abschließenden Entscheidung des *BGH* (vgl. *BGH*, NJW 1996, 781) folgt die Kammer der Meinung, dass der Patient vor Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung in der Regel eine konkrete Vorstellung von der auf ihn zukommenden finanziellen Belastung haben muss. Dies gilt jedenfalls für Kassenpatienten. Der schriftliche Verweis auf die GOÄ kann allenfalls dann ausreichen, wenn der Patient selbst eine Kostenkalkulation erstellen könnte.

3. BVERWG: FEHLSCHÄTZUNG DER VERÄNDERUNGSRATE 1995

138 *BVerwG, Urt. v. 26.09.2002 - 3 C 50/01 -* <http://www.bverwg.de>

Pflegesatzgenehmigung, Deckelung der Krankenhauserlöse, Stabilisierung der Krankenhausaussgaben 1996, Basiskorrektur des Budgets 1995, Fehlschätzung der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen
KHG § 18 V; BPflV §§ 20 III, 28 VI; StabG §§ 1, 2; 2. GKV-NOG Art. 10

Leitsatz:

Die Fehlschätzung der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen im Jahre 1995 war nach § 2 Abs. 2 StabG 1996 im Wege der Basiskorrektur der Berechnungsgrundlage zu berichtigen.

4. EINSICHT IN DIE KRANKENUNTERLAGEN DURCH MDK

139 *VG Berlin, Beschl. v. 06.11.2002 - VG 24 A 405.02 -*

Fehlbelegungsverdacht, Krankenkasse, MDK, Krankenunterlagen
KHG § 17a

VG Berlin hat auf Antrag der BKK Berlin die Humboldt-Universität zu Berlin verpflichtet, dem MDK zur Aufklärung etwaiger Fehlbelegungen Einsicht in die Krankenunterlagen von 186 in der Charité stationär behandelten Mitgliedern der BKK zu gewähren.

Mit Urt. v. 27.02.2002 - VG 24 A 147.01 - hatte die *Kammer* erkannt, der Gesetzgeber habe mit der Vorschrift des § 17a KHG keine ausreichende Rechtsgrundlage für die von den Krankenkassen gewünschte stichprobenartige Gesamtprüfung geschaffen. Nach dieser Regelung könne vielmehr lediglich eine gezielte Überprüfung von sich den Kassen aufdrängenden Verdachtsfällen vorgenommen werden, mag es sich hierbei auch um zahlreiche Fälle handeln (vgl. die Pressemitteilung Nr. 4/2002 vom 28.02.2002).

Nunmehr entschied die Kammer, an das Vorliegen eines **Fehlbelegungsverdachts** seien keine besonders hohen Anforderungen zu stellen. Es genüge vielmehr, dass der Krankenkasse im jeweiligen Einzelfall die Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung und ihrer Dauer nach dem Bild der übermittelten Leistungsdaten und gegebenenfalls schon vorhandener ergänzender ärztlicher Berichte nicht plausibel erscheine. Ob der Verdacht tatsächlich begründet ist, sei erst bei der anschließenden Prüfung durch den MDK festzustellen. Eine nähere Prüfung rechtfertigende Auffälligkeiten hat die Kammer in 186 von 187 Einzelfällen angenommen und die Universität daher verpflichtet, dem MDK die entsprechenden Krankenunterlagen zur Einsicht vorzulegen.

Zit. n. *Pressemitteilung Nr. 32/2002* v. 08.11.2002 - <http://www.berlin.de/senjust/Gerichte/VG/presse/index.html>

XI. BVERFG: VERFASSUNGSBESCHWERDEN GEGEN SPARGESETZE

1. NICHTANNAHME VERFASSUNGSBESCHWERDE GEGEN AUT-IDEM-REGELUNG

140 BVerfG, 2. Ka. d. 1. Sen., Beschl. v. 28.03.2002 - 1 BvR 408/02 - <http://www.bverfg.de>

Arzneimittelausgaben, Apotheker, Arzneimittel, Aut-idem-Regelung, Vertragsarzt, Arzneimittelverordnung
GG Art. 12, 14; SGB V i.d.F. v. 15.02.2002 §§ 73 V, 92 II, 129

Die Verfassungsbeschwerde gegen Art. 1 des Gesetzes zur Begrenzung der Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelausgaben-Begrenzungs-gesetz - AABG) vom 15. Februar 2002 (BGBl I S. 684) - nach Änderung der § 73 V, § 92 II und § 129 SGB V wird dem Apotheker bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen die Auswahl eines preisgünstigen wirkstoffgleichen Arzneimittels überlassen - wird nicht zur Entscheidung angenommen, weil die antragstellende GmbH nicht selbst unmittelbar in ihren Grundrechten betroffen ist und jedenfalls die faktisch mittelbare Beeinträchtigung nicht hinlänglich plausibel gemacht hat.

2. EINSTWEILIGE ANORDNUNGEN GEGEN BEITRAGSSATZSICHERUNGSGESETZ

141 BVerfG, Beschl. v. 14.01.2003 - 1 BvQ 51/02 - <http://www.bverfg.de>

142 BVerfG, Beschl. v. 15.01.2003 - 1 BvQ 53/02 - <http://www.bverfg.de>

143 BVerfG, Beschl. v. 15.01.2003 - 1 BvQ 54/02 - <http://www.bverfg.de>

Beitragssatzsicherungsgesetz, Zahntechniker, Apotheker, Arzneimittel, Arzneimittelhersteller
GG Art. 12 I; BSSichG Art. 1 Nr. 7 u. 8, 6, 11

Die beabsichtigte Verfassungsbeschwerde gegen das Gesetz zur Sicherung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen Rentenversicherung (Beitragssatzsicherungsgesetz - BSSichG) vom 23. Dezember 2002 (BGBl I S. 4637) ist **weder von vornherein unzulässig noch offensichtlich unbegründet**. Die vorgetragenen verfassungsrechtlichen Bedenken gegen das Zustandekommen des Gesetzes ohne Zustimmung des Bundesrates und die Frage, ob das Gesetz mit Art. 12 I GG im Übrigen in Einklang steht, bedürfen der Klärung im Hauptsacheverfahren. Die **Folgenabwägung** ergibt indessen, dass die Nachteile, die bei einer vorläufigen Aussetzung des mit der Verfassungsbeschwerde angegriffenen Gesetzes eintreten würden, schwerer wiegen als die nachteiligen Folgen, welche die Antragsteller (drei Zahntechniker, vier Apotheker und eine Großhändlerin für Arzneimittel) treffen, wenn die beantragte einstweilige Anordnung nicht erlassen wird.

XII. ARZNEIMITTELRECHT

1. EUGH: RÜCKNAHME DER ZULASSUNG FÜR APPETITZÜGLER

144 *EuGH, Urt. v. 26.11.2002 - T-74, 76, 83, 85, 132, 137 u. 141/00* - <http://www.curia.eu.int>

Humanarzneimittel, Gemeinschaftliche Schiedsverfahren, Rücknahme der Genehmigungen für das Inverkehrbringen, Zuständigkeit, Kriterien für die Rücknahme, Anorektika, Amfepramon, Clobenzorex, Fenproporex, Norpseudoephedrin, Phentermin
Richtlinien 65/65/EWG und 75/319/EWG

Aus den Gründen:

"...14. Die Klägerinnen sind Inhaber von - ursprünglich von den zuständigen nationalen Behörden erteilten - Genehmigungen für das Inverkehrbringen von Arzneimitteln, die **amphetaminartige Anorektika** enthalten. Diese **Appetitzügler** mit zentraler Wirkung - d. h. mit Wirkung auf das zentrale Nervensystem - beschleunigen das Sättigungsgefühl und werden in bestimmten Mitgliedstaaten seit vielen Jahren im Rahmen der Behandlung von Fettleibigkeit eingesetzt...

16. Am 9. März 2000 erließ die **Kommission** auf der Grundlage von Artikel 15a der Richtlinie 75/319 drei **Entscheidungen** (im Folgenden: angefochtene Entscheidungen) über die Rücknahme der Zulassungen von Humanarzneimitteln, die die Stoffe Phentermin (Entscheidung K[2000] 452), Amfepramon (Entscheidung K[2000] 453) bzw. Clobenzorex, Fenbutrazat, Fenproporex, Mazindol, Mefenorex, Norpseudoephedrin, Phenmetrazin, Phendimetrazin oder Propylhexedrin (Entscheidung K[2000] 608) enthalten. In Artikel 1 des verfügenden Teils dieser Entscheidungen gibt die Kommission den Mitgliedstaaten auf, die gemäß Artikel 3 Absatz 1 der Richtlinie 65/65/EWG erteilten einzelstaatlichen Zulassungen für die in Anhang I [der betreffenden Entscheidung] aufgelisteten Arzneimittel, die [den oder die untersuchten Stoffe] enthalten, zurückzunehmen. Sie begründet dies in Artikel 2 der angefochtenen Entscheidungen mit den wissenschaftlichen Schlussfolgerungen in den endgültigen Gutachten des Ausschusses vom 31. August 1999 zu den fraglichen Stoffen, die der Entscheidung beigelegt sind (Anhang II). In Artikel 3 der angefochtenen Entscheidungen verpflichtet sie die betroffenen Mitgliedstaaten, der Entscheidung innerhalb von 30 Tagen nach ihrer Bekanntgabe nachzukommen...

155. Aus all diesen auf der Systematik der Richtlinie 75/319 beruhenden Gründen kann der Begriff der gemäß den Bestimmungen des Kapitels III dieser Richtlinie erteilten Genehmigung für das Inverkehrbringen in Artikel 15a Absatz 1 nicht dahin ausgelegt werden, dass er auch die im Anschluss an das Gutachten des Ausschusses gemäß Artikel 12 harmonisierten Genehmigungen umfasst. Die angefochtenen Entscheidungen entbehren daher der Rechtsgrundlage, und der Klagegrund der **Unzuständigkeit der Kommission** ist begründet.

156. Überdies wären die angefochtenen Entscheidungen, selbst wenn die Kommission für ihren Erlass zuständig gewesen wäre, gleichwohl wegen Verstoßes gegen Artikel 11 der Richtlinie 65/65 rechtswidrig. Hierzu stellt das Gericht die folgenden Erwägungen an...

220. Mangels neuer wissenschaftlicher Daten oder Informationen in Bezug auf die Beurteilung der Wirksamkeit der betreffenden Stoffe **hinderte Artikel 11 der Richtlinie 65/65** unter diesen Umständen die zuständige Behörde daran, **die 1996 vorgenommene positive Beurteilung der Wirksamkeit dieser Stoffe zu revidieren**. Folglich verstoßen die angefochtenen Entscheidungen jedenfalls gegen die Bestimmungen dieses Artikels.

221. Die angefochtenen Entscheidungen sind für nichtig zu erklären, soweit sie die von den Klägerinnen vermarkteten Arzneimittel betreffen."

2. EUGH: ÄNDERUNG EINER GEMEINSCHAFTSZULASSUNG FÜR ARZNEIMITTEL

145 *EuGH, Urt. v. 10.12.2002 - T-123/00* - <http://www.curia.eu.int>

Humanarzneimittel, Genehmigung für das Inverkehrbringen in der Gemeinschaft, Änderung der Bedingungen der Genehmigung, Bezeichnung und Aufmachung der Verpackung des Arzneimittels
Verordnung (EWG) Nr. 2309/93; Verordnung (EG) Nr. 542/94

Aus den Gründen:

"...79. Aufgrund all dessen ist festzustellen, dass die angefochtene Entscheidung auf einer fehlerhaften Auslegung der Verordnungen Nr. 2309/93 und Nr. 542/95 beruht, soweit sie einen Antrag auf Änderung einer Gemeinschaftszulassung durch **Hinzufügung von zwei Bezeichnungen** allein mit der Begründung ablehnt, ein Arzneimittel dürfe nie mehr als eine Bezeichnung haben. Da es keine Vorschrift gibt, die eine solche Änderung ausdrücklich verbieten würde, kann die Kommission die Hinzufügung einer Bezeichnung in einer Gemeinschaftszulassung genehmigen, wenn der Inhaber der Gemeinschaftszulassung nachweist, dass außergewöhnliche Umstände, die eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit darstellen, dies erfordern, und wenn die Kommission festgestellt hat, dass die beantragte Änderung überdies die Kriterien der Qualität, Sicherheit und Wirksamkeit des Arzneimittels erfüllt...

104. Mit der Ablehnung des Antrags auf Änderung einer Gemeinschaftszulassung, der auf die **Hinzufügung einer besonderen Verpackungsaufmachung** für den deutschen Markt gerichtet ist, ohne zu prüfen, ob außergewöhnliche Umstände vorliegen, gründet die angefochtene Entscheidung auf einer fehlerhaften Auslegung der geltenden Regelung. Aufgrund dessen ist festzustellen, dass die von der Klägerin gegen die Auslegung, die Verpackungsaufmachung eines Arzneimittels müsse in der gesamten Gemeinschaft ausnahmslos identisch sein, erhobenen Rügen begründet sind..."

3. ABGABE VON AUTOVACCINEN AN ÄRZTE

146 *VGH Kassel, Urt. v. 12.11.2002 - 11 UE 2409/00* -

Autovaccine, Apothekenpflicht, Herstellen, Inverkehrbringen
AMG §§ 4 XIV, 43 I, 47 I

Leitsätze:

Autovaccine dürfen nicht vom Hersteller unmittelbar an die behandelnden Ärzte abgegeben werden. Hersteller der Autovaccine sind nicht die behandelnden Ärzte, sondern die Personen, die aufgrund der ihnen zugelierten Körperausscheidungen von Patienten die Autovaccine fertigen. Durch die Abgabe der Autovaccine von dem herstellenden Unternehmen an die behandelnden Ärzte werden die Autovaccine in den Verkehr gebracht.

XIII. ÄRZTLICHES VERSORGUNGSWERK - ERSTATTUNG BEI VORZEITIGEM AUSSCHIEDEN

147 *OVG Lüneburg*, Urt. v. 06.11.2002 - 8 L 3781/99 - <http://www.oberverwaltungsgericht.niedersachsen.de>

OVG Lüneburg hatte darüber zu entscheiden, in welcher Höhe einem Arzt, der wegen seiner Ernennung zum Universitätsprofessor aus der Ärzteversorgung Niedersachsen ausgeschieden ist, die an die Ärzteversorgung Niedersachsen geleisteten Versorgungsabgaben nach seiner Ehescheidung zu erstatten sind.

Der Kl. war seit 1981 Mitglied der Ärzteversorgung Niedersachsen. Seine 1974 geschlossene Ehe wurde 1985 rechtskräftig geschieden. Zugleich wurde zu Lasten seiner Versorgungsanwartschaft bei der Ärzteversorgung Niedersachsen eine Rentenanwartschaft seiner geschiedenen Ehefrau bei der BfA begründet. 1993 schied der Kläger aus der Ärzteversorgung Niedersachsen aus. Daraufhin erstattete ihm die Ärzteversorgung 60 % der geleisteten Versorgungsabgaben abzüglich des Barwerts der Rentenanwartschaft seiner geschiedenen Ehefrau, den die Ärzteversorgung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen errechnete. Die dagegen erhobene Klage, mit der sich der Kl. gegen die Berechnung des Erstattungsbetrages wandte, wies das *VG Hannover* mit Urt. v. 28.06.1999 ab.

Die hiergegen gerichtete Berufung des Kl. wies der *Senat* zurück. § 24 I der Alterssicherungsordnung der Ärzteversorgung Niedersachsen, wonach einem ausscheidenden Mitglied der Ärzteversorgung nur 60 % der geleisteten Versorgungsabgaben zu erstatten sind, ist rechtlich nicht zu beanstanden. Diese Regelung trägt dem Umstand Rechnung, dass 40 % der eingezahlten Versorgungsabgaben auf entstandene Verwaltungskosten und das bis zum Zeitpunkt des Erlöschens der Mitgliedschaft getragene Risiko des Versorgungsfalls entfallen. Der Senat hat darüber hinaus festgestellt, dass die Kürzung des Erstattungsbetrages wegen des zwischen dem Kläger und seiner geschiedenen Ehefrau durchgeführten Versorgungsausgleichs ebenfalls zu Recht vorgenommen worden ist.

XIV. BGH: RECHTSWEG UNTERLASSUNGSKLAGE KV GEGEN KRANKENKASSE (GKV)

148 *BGH*, Beschl. v. 26.11.2002 - VI ZB 41/02 -juris

Leitsätze:

1. Wendet sich eine Krankenkasse mit einer Presseerklärung gegen ein von ihr beanstandetes Verhalten einer Kassenärztlichen Vereinigung, ist für die Unterlassungsklage der Kassenärztlichen Vereinigung der **Rechtsweg zu den ordentlichen Gerichten** eröffnet.
2. Eine Zustellung, deren Mängel durch tatsächlichen Zugang des Schriftstücks geheilt werden könnten, ist nur dann anzunehmen, wenn das Gericht mit Zustellungswillen gehandelt hat.

Anders - Rechtsweg zu Sozialgerichten - noch die **Vorinstanz**, s. *KG Berlin*, Beschl. v. 25.02.2002 – 9 W 317/01 - RID 02-04-130.

XV. GENERALANWALT EUGH:

1. GENEHMIGUNGSVORBEHALT FÜR KRANKENHAUSBEHANDLUNG IN EU-STAAT

149 Generalanwalt EuGH, Antrag v. 21.01.2003 - C-56/01 - <http://www.curia.eu.int>

Freier Dienstleistungsverkehr, Erfordernis einer vorherigen Genehmigung für eine Krankenhausbehandlung in einem anderen Mitgliedstaat als dem Versicherungsstaat

EGV Art. 49, 50; Verordnung Nr. 1408/71 Art. 22

Aus den Schlussanträgen des Generalanwalts Dámaso Ruiz-Jarabo Colomer vom 21. Januar 2003(1) in der Rechtssache C-56/01 Patricia Inizan gegen Caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine (Vorabentscheidungsersuchen des Tribunal des affaires de sécurité sociale de Nanterre)

1. Im vorliegenden Verfahren hat sich nichts ergeben, was die Gültigkeit des Artikels 22 Absatz 1 Buchstabe c Ziffer i und Absatz 2 Unterabsatz 2 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, beeinträchtigen könnte.

2. Bei der Beurteilung, ob die Weigerung der Caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine, die Kosten einer Krankenhausbehandlung in einem anderen Mitgliedstaat zu übernehmen, rechtmäßig ist, ist abzuwägen,

- dass die Voraussetzungen des Artikels 22 Absatz 2 Unterabsatz 2 der Verordnung Nr. 1408/71 die einzigen sind, die - liegen sie vor - die Ablehnung der Genehmigung zulassen, wobei die Mitgliedstaaten für die Erteilung der Genehmigung Bedingungen festlegen können, die günstiger für die Versicherten sind;

- dass bei Behandlungen in Krankenhäusern die Genehmigung von bestimmten Voraussetzungen abhängig gemacht werden kann, sofern diese objektiv, nicht diskriminierend und im Voraus bekannt sind;

- dass das Gemeinschaftsrecht einen Mitgliedstaat nicht zwingen kann, die Liste der durch eines seiner Krankenversicherungssysteme erfassten Leistungen zu erweitern;

- dass bei der Beurteilung, ob eine Behandlung innerhalb des Zeitraums durchgeführt werden kann, der normalerweise erforderlich ist, um sie am Wohnort zu erhalten, alle Umstände des Falles, der Gesundheitszustand des Kranken und dessen Vorgeschichte zu berücksichtigen sind und

- dass das Verfahren zur Erlangung der Genehmigung den Versicherten gewährleisten muss, dass ihre Anträge innerhalb einer angemessenen Frist objektiv und unparteiisch behandelt werden, und dass die Versagung von Genehmigungen im Rahmen eines gerichtlichen Verfahrens anfechtbar sein muss.

2. MEHRWERTSTEUER U. PSYCHOTHERAPIE IN STIFTUNGSAMBULANZ

150 Generalanwalt EuGH, Antrag v. 10.12.2002 - C-45/01 - <http://www.curia.eu.int>

Mehrwertsteuer, Steuerbefreiung, Psychotherapeutische Behandlungen in einer durch eine Stiftung (gemeinnützige Einrichtung) mit nicht als Ärzten zugelassenen Diplompsychologen betriebenen Ambulanz, unmittelbare Wirkung

Artikel 13 Teil A Absatz 1 Buchstaben b und c der Sechsten Richtlinie 77/388/EWG;

Aus den Schlussanträgen der Frau Generalanwalt Christine Stix-Hackl vom 10. Dezember 2002(1) in der Rechtssache C-45/01 Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie gegen Finanzamt Gießen (Vorabentscheidungsersuchen des Bundesfinanzhofs):

1. Mit seinen vier Vorlagefragen möchte der Bundesfinanzhof erfahren, inwiefern psychotherapeutische Behandlungen in einer Ambulanz, die von einer Stiftung mit angestellten Diplompsychologen ohne Arztzulassung ausgeführt werden, von der Mehrwertsteuer entsprechend den zwei Befreiungstatbeständen der Sechsten Mehrwertsteuerrichtlinie(2) (in der Folge: die Richtlinie) betreffend ärztliche Heilbehandlungen bzw. Heilbehandlungen im Bereich der Humanmedizin zu befreien sind.

2. Die Richtlinie ordnet die Steuerbefreiung der Krankenhausbehandlung und der ärztlichen Heilbehandlung sowie der mit ihnen eng verbundenen Umsätze, sofern sie von Einrichtungen des öffentlichen Rechts oder vergleichbaren Einrichtungen bewirkt werden, an. Ferner sind Heilbehandlungen im Bereich der

Humanmedizin, die im Rahmen der Ausübung von ärztlichen und arztähnlichen Berufen bewirkt werden, ebenfalls von der Mehrwertsteuer zu befreien. Nachdem die klägerische Stiftung die zweitgenannte Steuerbefreiung aus in weiterer Folge näher zu untersuchenden Gründen nicht in Anspruch nehmen konnte, strebte sie vor dem vorlegenden Revisionsgericht eine weite Auslegung des erstgenannten Befreiungstatbestands an...

15. Die Stiftung legte gegen dieses Urteil beim Bundesfinanzhof Revision ein; dieser hat das Verfahren ausgesetzt und dem Gerichtshof die folgenden vier Fragen zur Vorabentscheidung vorgelegt:

16. Fallen unter die mit Krankenhausbehandlung und ärztlicher Heilbehandlung eng verbundenen Umsätze im Sinne von Artikel 13 Teil A Absatz 1 Buchstabe b der Richtlinie 77/338 auch psychotherapeutische Behandlungen in einer Ambulanz, die eine Stiftung (gemeinnützige Einrichtung) mit angestellten Diplompsychologen ausführt, die die Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz besitzen, aber nicht als Ärzte zugelassen sind?

17. Setzt eine andere ordnungsgemäß anerkannte Einrichtung gleicher Art im Sinne des Artikels 13 Teil A Absatz 1 Buchstabe b der Richtlinie 77/388 ein förmliches Anerkennungsverfahren voraus oder kann die Anerkennung auch in anderen Regelungen (z. B. in Regelungen über eine Kostenübernahme durch die Träger der Sozialversicherung) bestehen, die für Krankenanstalten, Zentren für ärztliche Heilbehandlungen und andere Einrichtungen gemeinsam gelten?

Entfällt eine Steuerbefreiung, soweit die Träger der Sozialversicherung den Patienten die Kosten für psychotherapeutische Behandlungen durch die erwähnten Mitarbeiter der Klägerin nicht oder nur teilweise erstatten?

18. Sind die psychotherapeutischen Behandlungen der Klägerin aufgrund der Neutralität der Mehrwertsteuer deshalb steuerfrei, weil die bei ihr beschäftigten Psychotherapeuten die gleichen Behandlungen nach Artikel 13 Teil A Absatz 1 Buchstabe c der Richtlinie 77/388 steuerfrei hätten erbringen können, wenn sie sie selbständig als Steuerpflichtige ausgeführt hätten? 19.

Kann sich die Klägerin auf die Steuerbefreiung ihrer Umsätze durch psychotherapeutische Behandlung nach Artikel 13 Teil A Absatz 1 Buchstaben b und c der Richtlinie 77/388 berufen?...

V - Ergebnis 86. Nach alledem wird dem Gerichtshof vorgeschlagen, die Vorlagefragen wie folgt zu beantworten:

1..Artikel 13 Teil A Absatz 1 Buchstabe b der Sechsten Richtlinie 77/388/EWG des Rates vom 17. Mai 1977 zur Harmonisierung der Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Umsatzsteuer - Gemeinsames Mehrwertsteuersystem: einheitliche steuerpflichtige Bemessungsgrundlage erfasst - als ärztliche Heilbehandlungen und dementsprechend nicht als damit eng verbundene Umsätze - psychotherapeutische Behandlungen, welche eine Stiftung mit angestellten Diplompsychologen, die als Heilpraktiker, aber nicht als Ärzte zugelassen sind, in einer Ambulanz ausführt. Es ist Sache des nationalen Gerichts, anhand aller maßgeblichen Umstände zu bestimmen, ob ein Steuerpflichtiger eineordnungsgemäß anerkannte Einrichtung gleicher Art im Sinne von Artikel 13 Teil A Absatz 1 Buchstabe b der Richtlinie darstellt.

2..Die Steuerbefreiung des Artikels 13 Teil A Absatz 1 Buchstabe c der Sechsten Richtlinie 77/388/EWG ist von der Rechtsform des Steuerpflichtigen, der die dort genannten ärztlichen oder arztähnlichen Leistungen erbringt, unabhängig.

3..Ein Steuerpflichtiger kann sich auf die Steuerbefreiungen des Artikels 13 Teil A Absatz 1 Buchstaben b und c der Sechsten Richtlinie 77/388/EWG berufen, um sich einer nationalen Regelung zu widersetzen, die mit diesen Bestimmungen unvereinbar ist."

XVI. KEINE UMSATZSTEUERERSTATTUNG FÜR BEFUNDBERICHT NACH ZSEG

151 LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 19.06.2002 - L 4 SF 002/02 - (rechtskräftig)

Umsatzsteuer, Befundbericht, Entschädigung
ZSEG § 2 I, 5 I, 8 I Nr. 4

Zur Umsatzsteuerpflicht s. Hidien, MedR 2002, 252; BMF, NZS 2002, 248.

Leitsatz:

Ein Arzt hat keinen Anspruch auf zusätzliche Ersetzung der ggf. anfallenden Umsatzsteuer auf seine Entschädigung für einen Befundbericht nach Nr. 3 der Anlage zu § 5 ZSEG.

VERZEICHNIS DER ENTSCHEIDUNGEN

BGH , Urt. v. 02.10.2002 - I ZR 177/00 -	RID 03-01-127
BGH , Urt. v. 30.10.2002 - IV ZR 60/01 -	RID 03-01-130
BGH , Urt. v. 30.10.2002 - IV ZR 119/01 -	RID 03-01-131
BGH , Beschl. v. 31.10.2002 - III ZR 60/02 -	RID 03-01-136
BGH , Beschl. v. 26.11.2002 - VI ZB 41/02 -	RID 03-01-148
BGH , Urt. v. 05.12.2002 - 3 StR 161/02 -	RID 03-01-112
BGH , Urt. v. 09.01.2003 - III ZR 217/01 -	RID 03-01-120
BSG , Urt. v. 25.06.2002 - B 1 KR 10/01 R -	RID 03-01-107
BSG , Urt. v. 26.06.2002 - B 6 KA 6/01 R -	RID 03-01-50
BSG , Urt. v. 23.07.2002 - B 3 KR 63/01 R -	RID 03-01-106
BSG , Urt. v. 23.07.2002 - B 3 KR 64/01 R -	RID 03-01-105
BSG , Urt. v. 11.09.2002 - B 6 KA 23/01 R -	RID 03-01-52
BSG , Urt. v. 11.09.2002 - B 6 KA 34/01 R -	RID 03-01-53
BSG , Urt. v. 11.09.2002 - B 6 KA 41/01 R -	RID 03-01-51
BSG , Urt. v. 24.09.2002 - B 3 A 1/02 R -	RID 03-01-104
BSG , Urt. v. 24.09.2002 - B 3 KR 2/02 R -	RID 03-01-103
BSG , Urt. v. 24.09.2002 - B 3 KR 15/02 R -	RID 03-01-100
BSG , Urt. v. 24.09.2002 - B 3 P 15/01 R -	RID 03-01-101
BSG , Beschl. v. 08.10.2002 - B 3 KR 63/01 R -	RID 03-01-109
BSG , Beschl. v. 30.10.2002 - B 1 KR 28/01 R -	RID 03-01-99
BSG , Urt. v. 21.11.2002 - B 3 KR 8/02 R -	RID 03-01-102
BSG , Beschl. v. 11.12.2002 - B 6 KA 13/02 B -	RID 03-01-54
BVerfG , 2. Ka. d. 1. Sen., Beschl. v. 28.03.2002 - 1 BvR 408/02 -	RID 03-01-140
BVerfG , 3. Ka. d. 2. Sen., Beschl. v. 29.07.2002 - 2 BvR 708/02 -	RID 03-01-114
BVerfG , Beschl. v. 29.10.2002 - 1 BvR 525/99 -	RID 03-01-121
BVerfG , Urt. v. 17.12.2002 - 1 BvL 28, 29 u. 30/95 -	RID 03-01-76
BVerfG , Beschl. v. 14.01.2003 - 1 BvQ 51/02 -	RID 03-01-141
BVerfG , Beschl. v. 15.01.2003 - 1 BvQ 53/02 -	RID 03-01-142
BVerfG , Beschl. v. 15.01.2003 - 1 BvQ 54/02 -	RID 03-01-143
BVerwG , Urt. v. 26.09.2002 - 3 C 37/01 -	RID 03-01-115
BVerwG , Urt. v. 26.09.2002 - 3 C 50/01 -	RID 03-01-138
BVerwG , Urt. v. 28.11.2002 - 3 C 44-01 -	RID 03-01-125
EuGH , Urt. v. 22.01.2002 - C-218/00 -	RID 03-01-126
EuGH , Urt. v. 26.11.2002 - T-74, 76, 83, 85, 132, 137 u. 141/00 -	RID 03-01-144
EuGH , Urt. v. 10.12.2002 - T-123/00 -	RID 03-01-145
EGMR , Urt. v. 17.10.2002 - 37928/97 -	RID 03-01-122
Generalanwalt EuGH , Antrag v. 10.12.2002 - C-45/01 -	RID 03-01-150
Generalanwalt EuGH , Antrag v. 21.01.2003 - C-56/01 -	RID 03-01-149
LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 08.11.2001 - L 4 KR 2910/01 -	RID 03-01-81
LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 22.03.2002 - L 4 KR 119/02 -	RID 03-01-82
LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 08.05.2002 - L 5 KA 2881/01 -	RID 03-01-20
LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 08.05.2002 - L 5 KA 3983/01 -	RID 03-01-32
LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 27.09.2002 - L 4 KR 5020/00 -	RID 03-01-83
LSG Berlin , Urt. v. 24.04.2002 - L 7 KA 15/01 -	RID 03-01-42
LSG Brandenburg , Beschl. v. 16.09.2002 - L 4 B 33/02 KR ER -	RID 03-01-71
LSG Brandenburg , Urt. v. 11.12.2002 - L 4 KR 31/01 -	RID 03-01-67
LSG Hessen , Urt. v. 16.10.2002 - L 7 KA 721/00 -	RID 03-01-04
LSG Mecklenburg-Vorpommern , Urt. v. 10.04.2002 - L 1 KA 21/00 -	RID 03-01-12
LSG Mecklenburg-Vorpommern , Urt. v. 22.05.2002 - L 1 KA 14/00 -	RID 03-01-47
LSG Mecklenburg-Vorpommern , Urt. v. 22.05.2002 - L 1 KA 17/00 -	RID 03-01-46
LSG Niedersachsen-Bremen , Beschl. v. 05.06.2002 - L 4 KR 33/02 ER -	RID 03-01-73
LSG Niedersachsen-Bremen , Beschl. v. 19.06.2002 - L 4 SF 002/02 -	RID 03-01-151
LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 26.06.2002 - L 3 KA 55/01 -	RID 03-01-15
LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 26.06.2002 - L 3 KA 104/01 -	RID 03-01-13
LSG Niedersachsen-Bremen , Beschl. v. 13.08.2002 - L 3 KA 161/02 ER -	RID 03-01-18
LSG Nordrhein-Westfalen , Beschl. v. 06.06.2002 - L 16 KR 94/00 -	RID 03-01-66
LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 17.07.2002 - L 11 KA 54/01 -	RID 03-01-36
LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 08.08.2002 - L 16 KR 44/02 -	RID 03-01-58
LSG Nordrhein-Westfalen , Beschl. v. 19.08.2002 - L 5 KR 65/02 -	RID 03-01-64
LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 29.08.2002 - L 16 KR 43/01 -	RID 03-01-93
LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 01.10.2002 - L 5 KR 93/02 -	RID 03-01-79
LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 10.10.2002 - L 16 KR 177/01 -	RID 03-01-55
LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 24.10.2002 - L 11 KA 198/00 -	RID 03-01-31
LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 12.11.2002 - L 5 KR 185/01 -	RID 03-01-62
LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 20.06.2002 - L 5 KA 33/01 -	RID 03-01-27
LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 15.08.2002 - L 5 KR 115/01 -	RID 03-01-98
LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 27.09.2001 - L 5 KA 72/00 -	RID 03-01-26
LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 10.10.2002 - L 5 KR 61/02 -	RID 03-01-60
LSG Sachsen , Urt. v. 29.10.2001 - L 1 KR 50/00 -	RID 03-01-78
LSG Sachsen , Urt. v. 14.08.2002 - L 1 KR 3/02 -	RID 03-01-57
LSG Sachsen , Urt. v. 18.09.2002 - L 1 KR 39/01 -	RID 03-01-56
LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 03.04.2001 - L 1 KR 49/00 -	RID 03-01-63
LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 18.10.2001 - L 6 KA 45/01 -	RID 03-01-49
LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 19.04.2002 - L 6 KA 34/99 -	RID 03-01-21

LSG Schleswig Holstein, Urt. v. 06.05.2002 - L 1 KR 55/00 -	RID 03-01-85
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 20.08.2002 - L 6 KA 82/01 -	RID 03-01-14
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 20.08.2002 - L 6 KA 86/01 -	RID 03-01-14a
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 08.10.2002 - L 1 KR 5/02 -	RID 03-01-72
LSG Thüringen , Urt. v. 24.06.2002 - L 6 KN 514/00 KR -	RID 03-01-94
LSG Thüringen, Urt. v. 24.06.2002 - L 6 KN 515/00 KR -	RID 03-01-96
LSG Thüringen, Urt. v. 24.06.2002 - L 6 KN 523/00 KR -	RID 03-01-97
LSG Thüringen, Urt. v. 24.06.2002 - L 6 KN 761/00 KR -	RID 03-01-95
LG Berlin , Urt. v. 19.09.2002 - 6 O 549/01 -	RID 03-01-137
LG Mainz , Beschl. v. 27.03.2002 - 5 Qs 14/02 -	RID 03-01-113
OLG Hamm , Urt. v. 14.02.2002 - 4 U 167/01 -	RID 03-01-128
OLG Hamm, Urt. v. 27.02.2002 - 8 U 153/01 -	RID 03-01-111
OLG Karlsruhe , Urt. v. 09.09.2002 - 7 U 102/01 -	RID 03-01-116
OLG Karlsruhe, Urt. v. 04.12.2002 - 13 U 10/02 -	RID 03-01-117
OLG Köln , Urt. v. 09.01.2002 - 5 U 91/01 -	RID 03-01-118
OLG Köln, Beschl. v. 03.06.2002 - 11 W 13/02 -	RID 03-01-110
OLG Köln, Urt. v. 22.11.2002 - 6 U 77/02 -	RID 03-01-129
OLG Köln, Urt. v. 27.11.2002 - 5 U 101/02 -	RID 03-01-119
OLG Schleswig , Beschl. v. 18.09.2002 - 2 W 80/02 -	RID 03-01-124
OVG Lüneburg , Urt. v. 06.11.2002 - 8 L 3781/99 -	RID 03-01-147
SG Aachen , Urt. v. 22.10.2002 - S 13 KR 30/02 -	RID 03-01-77
SG Altenburg , Urt. v. 11.12.2001 - S 4 KR 1595/01 -	RID 03-01-90
SG Altenburg, Gerichtsbb. v. 29.10.2002 - S 4 KR 1905/01 -	RID 03-01-68
SG Altenburg, Gerichtsbb. v. 27.11.2002 - S 4 KR 1623/01 -	RID 03-01-69
SG Berlin , Urt. v. 25.09.2002 - S 79 KA 477/00 -	RID 03-01-44
SG Detmold , Urt. v. 28.06.2002 - S 12 KA 8/01 -	RID 03-01-39
SG Dortmund , Urt. v. 26.07.2002 - S 24 KN 81/01 KR -	RID 03-01-74
SG Dortmund, Urt. v. 27.08.2002 - S 26 KA 88/00 -	RID 03-01-03
SG Dortmund, Urt. v. 23.09.2002 - S 8 KR 291/01 -	RID 03-01-92
SG Dortmund, Urt. v. 17.01.2003 - S 26 KA 44/02 -	RID 03-01-34
SG Dresden , Urt. v. 09.10.2002 - S 15 KA 776/00 u.a. -	RID 03-01-06
SG Frankfurt a. M. , Urt. v. 10.04.2002 - S 29 KA 1969/99 -	RID 03-01-07
SG Frankfurt a. M., Urt. v. 20.11.2002 - S 27 KA 3237/01 -	RID 03-01-30
SG Frankfurt a. M., Urt. v. 20.11.2002 - S 27 KA 1724/02 -	RID 03-01-29
SG Frankfurt/Oder , Urt. v. 30.11.2001 - S 4 KR 145/00 -	RID 03-01-89
SG Frankfurt/Oder, Urt. v. 14.06.2002 - S 4 KR 45/98 -	RID 03-01-86
SG Freiburg , Urt. v. 17.07.2002 - S 1 KA 257/99 -	RID 03-01-23
SG Freiburg, Urt. v. 17.07.2002 - S 1 KA 3397/00 -	RID 03-01-22
SG Freiburg, Urt. v. 17.07.2002 - S 11 KA 3453/00 -	RID 03-01-35
SG Freiburg, Urt. v. 16.10.2002 - S 11 KR 1934/01 -	RID 03-01-65
SG Gotha , Urt. v. 27.08.2002 - S 3 KR 1874/00 -	RID 03-01-80
SG Hamburg , Urt. v. 18.04.2002 - S 32 KR 102/00 -	RID 03-01-84
SG Hamburg, Urt. v. 29.05.2002 - S 3 KA 50/99 -	RID 03-01-09
SG Hamburg, Urt. v. 29.05.2002 - S 3 KA 978/00 -	RID 03-01-08
SG Hamburg, Urt. v. 29.05.2002 - S 3 KA 1585/00 -	RID 03-01-10
SG Hamburg, Urt. v. 28.08.2002 - S 3 KA 16/00 -	RID 03-01-02
SG Hamburg, Urt. v. 16.10.2002 - S 3 KA 1365/00 -	RID 03-01-40
SG Hamburg, Urt. v. 16.10.2002 - S 3 KA 1659/00 -	RID 03-01-37
SG Hamburg, Urt. v. 30.10.2002 - S 3 KA 226/01 -	RID 03-01-05
SG Hamburg, Urt. v. 30.10.2002 - S 3 KA 381/01 -	RID 03-01-24
SG Hamburg, Urt. v. 30.10.2002 - S 27 KA 54/99 -	RID 03-01-16
SG Hamburg, Urt. v. 30.10.2002 - S 27 KA 122/99 -	RID 03-01-17
SG Kassel , Urt. v. 26.06.2002 - S 12 KR 1157/01 -	RID 03-01-87
SG Kiel , Urt. v. 06.11.2002 - S 15 KA 71/02 -	RID 03-01-28
SG Kiel, Urt. v. 20.11.2002 - S 15 KA 700/01 -	RID 03-01-45
SG Kiel, Urt. v. 20.11.2002 - S 15 KA 331/02 -	RID 03-01-41
SG Kiel, Urt. v. 19.12.2002 - S 15 KA 13/02 -	RID 03-01-43
SG Koblenz , Gerichtsbb. v. 13.08.2002 - S 5 KR 24/02 -	RID 03-01-70
SG Köln, Urt. v. 22.5.2002 - S 19 KA 118/00 -	RID 03-01-33
SG Landshut , Urt. v. 05.06.2002 - S 4 KR 39/02 -	RID 03-01-75
SG Magdeburg , Urt. v. 10.04.2002 - S 17 KA 95/00 -	RID 03-01-11
SG Mainz , Urt. v. 30.04.2002 - S 6 KR 40/02 -	RID 03-01-59
SG München , Urt. v. 27.06.2002 - S 33 KA 5287/98 -	RID 03-01-48
SG Oldenburg , Urt. v. 08.08.2002 - S 62 KR 34/02 -	RID 03-01-61
SG Potsdam , Urt. v. 13.12.2001 - S 7 KR 86/01 -	RID 03-01-91
SG Reutlingen , Urt. v. 17.07.2002 - S 1 KA 402/00 -	RID 03-01-19
SG für das Saarland , Urt. v. 19.06.2002 - S 2 KA 164/01 -	RID 03-01-25
SG für das Saarland, Urt. v. 18.09.2002 - S 2 KA 66/02 -	RID 03-01-01
SG für das Saarland, Urt. v. 25.09.2002 - S 1 KR 179/01 -	RID 03-01-88
SG Stuttgart , Urt. v. 16.10.2002 - S 10 KA 1167/02 -	RID 03-01-38
VG Berlin , Beschl. v. 06.11.2002 - VG 24 A 405.02 -	RID 03-01-139
VG Frankfurt a. M. , Urt. v. 22.11.2002 - 9 E 5356/01(V)-	RID 03-01-132
VG Hannover , Urt. v. 03.12.2002 - 13 A 2337/01 -	RID 03-01-133
VG Hannover, Urt. v. 03.12.2002 - 13 A 610/02 -	RID 03-01-134
VG Hannover, Urt. v. 03.12.2002 - 13 A 892/02 -	RID 03-01-135
VG Mainz (Berufsg. f. Heilb.), Urt. v. 11.09.2002 - Kf 346/01.MZ -	RID 03-01-123
VGH Kassel , Urt. v. 12.11.2002 - 11 UE 2409/00 -	RID 03-01-146

ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT

Stand: 10.02.2003

Die Angaben „Aktenzeichen“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des 6. Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>); zu den Hinweisen auf die Termine vgl. die entsprechenden Presse-Vorberichte und -Mitteilungen.

Sachgebiet	Aktenzeichen: B 6 KA ... R	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
Honorarverteilung				
Psychotherapeuten - Honorar 1999	21/02 Termin: 06.11.2002	Verstößt die Regelung des Art 11 PsychThG/SGB5uaÄndG gegen Art 12 Abs 1 S 2 und Art 3 Abs 1 GG?	SG Hamburg , Urt. v. 21.11.2001 - S 34 KA 529/99 ua -	02-01-03
Psychotherapeuten - Honorar an Ausbildungsstätten	56/02	Ist bei der Vergütung von psychologisch-psychotherapeutischen Leistungen der nach § 117 Abs 2 SGB 5 ermächtigten Ausbildungsstätten iS des § 6 PsychThG eine 20%ige Honorarkürzung nach § 120 Abs 3 S 2 Halbs 2 SGB 5 vorzunehmen? Hatten Ausbildungsstätten iS des § 6 PsychThG in den Jahren 2000 und 2001 Anspruch auf einen Punktwert von 10 DPf?	SG Saarbrücken , Urt. v. 18.09.2002 - S 2 KA 66/02 -	03-01-01 (S. 6)
Praxisindividuelles Budget und Fallzahlzuwachs	40/02	Verstößt eine im Honorarverteilungsmaßstab geregelte Fallzahlzuwachsbeschränkung, die nicht allein auf die Überschreitung bestimmter genereller Fallzahlengrenzwerte abstellt, sondern an die individuellen Fallzahlen des jeweiligen Arztes im Vorjahresquartal anknüpft und dem Vertragsarzt eine Fallzahlzuwachstoleranz von 3 vH zugesteht, gegen höherrangiges Recht?	SG Düsseldorf , Urt. v. 10.07.2002 - S 33 KA 7/02 -	02-04-04
	54/02	Ist eine Regelung über Individualbudgets in einem Honorarverteilungsmaßstab rechtmäßig, soweit sie für Praxen, deren Individualbudget unter dem Fachgruppendurchschnitt liegt, unterschiedslos lediglich einen Punktzahlzuwachs von 3 % gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal bis zum durchschnittlichen Punktzahlengrenzwert der Fachgruppe zulässt? Vorjahresquartal zulässt?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 20.11.2002 - L 11 KA 85/02 -	
Fallzahlzuwachsbeschränkung und kleine Praxen	3/03	Sind Fallzahlzuwachsbeschränkungen im Rahmen eines Honorarverteilungsmaßstabes nur dann rechtmäßig, wenn sie kleinen Arztpraxen die Möglichkeit belassen, ihre Fallzahl auf den Durchschnitt der Fachgruppe zu erhöhen?	SG Hamburg , Urt. v. 28.08.2002 - S 3 KA 16/00 -	03-01-02 (S. 8)
Begrenzung von Leistungen (Individualbudget) für nicht EBM-budgetierte Leistungen	30/01 Termin: 11.09.2002	Ist die Budgetierung der von den Praxis- und Zusatzbudgets nicht erfassten Leistungen (hier: Präventions-, Impf- und im organisierten Notfalldienst erbrachten Leistungen) rechtmäßig, sofern die Leistungen ausgenommen werden, die einer (unerwünschten) Mengenausweitung nicht zugänglich sind?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 13.06.2001 - L 5 KA 442/99 -	01-03-18
"Arztlohn" und radiologischer Praxen (Hessen 1997/98)	50/02	Steht die Honorierung der Fachärzte für Radiologie in den Quartalen III, IV/97 und II/98 im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mit	LSG Hessen , Urt. v. 16.10.2002	03-01-04 (S. 10)

		höherrangigem Recht im Einklang?	- L 7 KA 721/00 -	
HVM - Rückwirkende Änderung	41/02	Ist die zwei Quartal zurückwirkende Änderung eines Honorarverteilungsmaßstabes, nach der ursprünglich vertragsmäßig festgelegte Mindestpunktwerte für histologische und zytologische Leistungen durch Mindestpunktwerte, die an den allgemeinen Verteilungspunktwert angekoppelt sind, ersetzt wurden, rechtmäßig?	LSG Mecklenburg-Vorpommern , Urt. v. 10.04.2002 - L 1 KA 21/00 -	03-01-12 (S. 16)
Unterschiedliche Vergütung für Fremdkassenleistungen	31/01 Termin: 11.12.2002	Ist eine Honorarverteilungsregelung, die den unterschiedlichen Höhen der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen im regionalisierten Krankenkassensystem dadurch Rechnung trägt, dass sie die Auszahlungspunktwerte der jeweiligen Primärkassen an die Vertragszahnärzte weitergibt und damit gleiche Leistungen unterschiedlich vergütet, rechtmäßig?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 12.06.2001 - L 6 KA 106/00 -	01-03-19
Beitragserhebung für Notfallambulanz eines Krankenhauses	51/02	Ist die Regelung im Rahmen eines Honorarverteilungsmaßstabes rechtmäßig, wonach vom Honorar für Notfallbehandlungen eines Krankenhauses ein Verwaltungskostenanteil in Abzug gebracht wird?	LSG Bayern , Urt. v. 08.05.2002 - L 12 KA 119/99 -	02-04-32
Ausschluss der Abrechnung von Vertretungsfällen	1/03	Verstößt eine Regelung im Rahmen eines Honorarverteilungsmaßstabes, die eine Abrechnung von vertragsärztlichen Leistungen im Vertretungsfall auf Abrechnungsscheinen für den ärztlichen Notfalldienst, Urlaubs- bzw Krankheitsvertretung (Muster 19) in Praxisgemeinschaften oder Gemeinschaftspraxen ausschließt, gegen höherrangiges Recht?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 25.09.2002 - L 11 KA 81/00 -	
Zahnärzte – Degressionsregelung und individuelle Bemessungsgrundlage	24, 25/02	Sind die Degressionsbestimmungen nach den §§ 85 Abs 4b ff SGB 5 vor Durchführung der Honorarverteilung oder nach Berücksichtigung der Vorschriften über die individuelle Bemessungsgrundlage anzuwenden?	LSG Niedersachsen , Urt. v. 31.10.2001 - L 3 KA 43/01 - - L 3 KA 148/00 -	02-03-08 u. 09
	35/02	Ist die Degression gemäß § 85 Abs 4b ff SGB 5 vor Durchführung der Honorarverteilung oder erst nach Anwendung der Regelungen des HVM über die individuelle Bemessungsgrenze vorzunehmen?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 05.06.2002 - L 11 KA 272/01 -	02-04-07
Zahnärzte – Degressionsregelung und individuelle Bemessungsgrundlage /Gemeinschaftspraxis	33/02	1. Ist die Degression gemäß § 85 Abs 4b ff SGB 5 vor Durchführung der Honorarverteilung oder erst nach Anwendung der Regelungen des HVM über die individuelle Bemessungsgrenze vorzunehmen? 2. Kann der während des Bestehens einer Einzelpraxis vorgenommene Honorar einbehalt noch nach dem Übergang in eine Gemeinschaftspraxis berücksichtigt werden?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 05.06.2002 - L 11 KA 10/02 -	02-04-06
Praxisbudgets/Teilbudgets				
Teilbudget "Gesprächsleistung" - hoher Rentneranteil	13/02	Hat ein Vertragsarzt, der einen überdurchschnittlich hohen Rentneranteil in seiner Praxis aufweist, einen Anspruch auf vollständige oder teilweise Befreiung von dem Teilbudget "Gesprächsleistung"? Erfordert der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit eine Differenzierung in den Teilbudgets hinsichtlich Rentnern und anderen Versicherungsgruppen?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 11.09.2001 - L 6 KA 81/00 -	02-03-16

		pen?		
Erhöhung von Zusatzbudgets - hoher Rentneranteil	47/02	Kann ein Vertragsarzt die Erhöhung der Zusatzbudgets "Sonographie", "Pneumologie" und "Betreuung in beschützten Einrichtungen" beanspruchen, unter Hinweis darauf, dass in Rentnerfällen insoweit ein höherer Aufwand anfallt?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 20.08.2002 - L 6 KA 82/01 -	03-01-14 (S. 18)
	48/02 R	Kann ein Vertragsarzt die Erhöhung der Zusatzbudgets "Sonographie" und "Pneumologie" unter Hinweis darauf beanspruchen, dass in Rentnerfällen insoweit ein höherer Aufwand anfallt?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 20.08.2002 - L 6 KA 86/01 -	03-01-14a (S. 18).
Zusatzbudget – Fehlende Vergleichsquartale	31/02	Kann ein Zusatzbudget nach Kap A Abschn I Teil B Nr 4.2 EBM-Ä (hier: Betreuung in beschützenden Einrichtungen) anerkannt werden, wenn vom Vertragsarzt Leistungen aus dem Budget im ersten Halbjahr 1996 noch nicht erbracht wurden? Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein?	LSG Bremen , Urt. v. 21.02.2002 - L 1 KA 33/99 -	02-04-12
Unterschiedliche Budgetvorgabe - Hausärztlicher Internist im Vergleich zum Allgemeinarzt	37/02	Verstoßen die Vorgaben des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes über die Berechnung der Praxisbudgets gegen die Art 3 Abs 1 und 12 Abs 1 GG soweit sie zur Folge haben, dass das Budget eines Allgemeinarztes erheblich höher ausfällt, als das Budget eines an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 26.06.2002 - L 3 KA 104/01 -	03-01-13 (S. 17)
Zusatzbudget - Steigerungsmöglichkeit für kleine Praxen	38/02	Ist bei einem Vertragsarzt, der mit seiner Praxis ein unterdurchschnittliches Gesamthonorar erzielt, das Zusatzbudget "Psychosomatik, übende Verfahren" ohne Rücksicht auf in diesem Bereich eingetretene Steigerungen unter Berücksichtigung der Fallpunktzahl für die nach dem Honorarverteilungsmaßstab gebildete Untergruppe der Ärzte mit unterdurchschnittlichem Punktzahlfallwert zu berechnen?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 26.06.2002 - L 3 KA 55/01 -	03-01-15 (S. 19)

Sachlich-rechnerische Berichtigung

Nr. 19 EBM im Notarztwagendienst	11/02 Termin: 05.02.2003	Geht eine Fremdanamnese iS der Nr 19 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes über die reine Informationsgewinnung durch Befragung dritter Personen zur Beherrschung der konkreten (Notfall-)Situation deutlich hinaus und ist sie daher im Notarztwagendienst in der Regel nicht abrechenbar?	LSG Bayern , Urt. v. 24.10.2001 - L 12 KA 146/00 -	02-02-19
Fachfremdheit - Orthopädie und schmerztherapeutische Leistungen	15/02 Termin: 05.02.2003	Darf ein Facharzt für Orthopädie schmerztherapeutische Leistungen nach den Nrn 422, 430, 431 BMÄ/E-GO und die im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Nrn 430, 431 BMÄ/E-GO erbrachten Leistungen nach Nr 450 BMÄ/E-GO abrechnen oder scheidet eine Abrechnung wegen Fachfremdheit aus?	LSG Bayern , Urt. v. 27.06.2001 - L 12 KA 26/99 -	02-01-24
Fachfremdheit – Plastische Chirurgie	30/02	Ist ein Facharzt für Plastische Chirurgie berechtigt, die Gebührensiffer 2447 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes abzurechnen, oder handelt es sich um eine fachfremde Leistung?	LSG Niedersachsen , Urt. v. 29.08.2001 - L 3 KA 74/01 -	02-04-17
Verbindlichkeit der Zahnersatz-Richtlinien	23/02	Darf eine Kassenzahnärztliche Vereinigung bei ihrer Entscheidung über die sachlich-rechnerische Richtigstellung von Honorarabrechnungen auf die Niederschrift eines mit dem Vertragszahnarzt geführten Gesprächs vor einem von ihr	LSG Bayern , Urt. v. 28.11.2001 L 12 KA 509/99	02-03-22

		gebildeten Fachausschuss Bezug nehmen? Sind die Vorschriften der Zahnersatz-Richtlinien auch hinsichtlich der Qualitätssicherung in der vertragszahnärztlichen Versorgung verbindlich (und nicht nur im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot)?		
Belegarzt und Verweildauer (Nr. 40 EBM)	28/02	Steht der Abrechnungsausschluss des Absatzes 2 der Nr 40 EBM-Ä der Abrechnung von Verweilleistungen, die im Rahmen der belegärztlichen Tätigkeit auf einer Belegstation erbracht werden, entgegen?	LSG Niedersachsen , Urt. v. 28.11.2001 - L 3 KA 35/01-	02-03-20
Belegarzt und Behandlung eines Neugeborenen	43/02	Darf ein belegärztlich tätiger Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe die unmittelbar nach der Entbindung erfolgende Behandlung eines neu geborenen Säuglings - ganz oder teilweise - gesondert abrechnen (hier: nach Nrn 1, 5, 28, 29, 140, 1020, 1040, 7200 BMÄ/E-GO) oder wird diese Behandlung über die für die Mutter anfallenden Krankenhauspflegesätze bzw Fallpauschalen für die Entbindung abgegolten?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 21.02.2002 - L 5 KA 41/01 -	02-02-20

Wirtschaftlichkeitsprüfung

Vergleichsgruppe - Chirurg und Unfallchirurg mit Zusatzbezeichnungen	14/02	Ist im Rahmen der statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung bei einem als Chirurg und Unfallchirurg mit den Zusatzbezeichnungen Sportmedizin, Chirotherapie und Handchirurgie zugelassenen Vertragsarzt die Bildung engerer Vergleichsgruppen erforderlich? Kann die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis bei einer durchgeführten Einzelleistungsprüfung unter einem Überschreitungswert der Fachgruppe von 100 % festgesetzt werden?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 13.12.2001 - L 5 KA 52/00 -	02-02-24
Vergleichsgruppe bei Zusatzbezeichnung	1/02 Termin: 11.12.2002	Sind die Prüfungsgremien zur Bildung einer engeren bzw verfeinerten Vergleichsgruppe im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung verpflichtet, wenn der betroffene Gebietsarzt (hier: Orthopäde) eine Zusatzbezeichnung (hier: Psychotherapie) führt?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 16.05.2001 - L 11 KA 155/99 -	02-02-23
Vergleichsgruppe bei Zusatzbezeichnung/Einzelleistungsvergleich und offensichtliches Missverhältnis	44/02	Sind die Prüfungsgremien zur Bildung einer engeren bzw verfeinerten Vergleichsgruppe im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung verpflichtet, wenn der betroffene Gebietsarzt (hier: Orthopäde) eine Zusatzbezeichnung (hier: Chirotherapie) führt? Zur Festsetzung der Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis bei einem Einzelleistungsvergleich.	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 20.06.2002 - L 5 KA 33/01 -	03-01-27 (S. 27)
Vergleichsgruppe bei Praxisschwerpunkt "Sprechende Medizin"	45/02	Ist im Rahmen der statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung bei einem als Allgemeinarzt zugelassenen Vertragsarzt die Bildung engerer Vergleichsgruppen erforderlich, wenn er einen (hier: sprechende Medizin) geltend macht? Ist eine von den Prüfungsgremien angenommene Grenzziehung zum offensichtlichen Missverhältnis bei 50 vH Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts nur bei Standardleistungen des jeweiligen Fachgebiets statthaft?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 27.09.2001 - L 5 KA 72/00 -	03-01-26 (S.26)
Kürzungsermessen nach vorangegangener Prüfung	32/02	Handeln Prüfungsgremien ermessensfehlerfrei, wenn sie einem Vertragszahnarzt bei der Festlegung des Kürzungsbetrags zwei Drittel des unwirtschaftlichen Mehr-	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 08.05.2002	02-04-26

		aufwands belassen, weil der Zahnarzt auf eine vorangegangene, aus gleichen Gründen durchgeführte Wirtschaftlichkeitsprüfung noch nicht reagieren und sein Behandlungsverhalten noch nicht darauf einstellen konnte?	- L 5 KA 1055/01 -	
Wirtschaftlichkeitsprüfung und EBM-Budgetierung	55/02	Ist die Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nach zuvor erfolgter Budgetierung im Rahmen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes rechtmäßig oder muss sie vor der Budgetierung erfolgen?	SG Saarbrücken , Urt. v. 19.06.2002 - S 2 KA 164/01 -	03-01-25 (S. 25)
Methadonsubstitution				
Genehmigungserfordernis	39/01 Termin: 06.11.2002	Ist das Erfordernis der Substitutionsrichtlinien rechtmäßig, daß die Substitution nur durch einen substitutionsberechtigten Vertragsarzt und nur dann durchgeführt werden darf, wenn die Substitution bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung beantragt wurde und ein zustimmendes Votum der Beratungskommission vorliegt?	SG Frankfurt a.M. , Urt. v. 15.08.2001 - S 27 KA 3128 u. 3275/00 -	01-04-53
Fachkunde				
Psychotherapeuten/Fachkundenachweis - ErwachsenenPP u. Behandlung von Kindern	37, 38/01 Termin: 06.11.2002	Erfordert der Fachkundenachweis für einen Psychologischen Psychotherapeuten, dass der Schwerpunkt seiner psychotherapeutischen Berufstätigkeit in der Behandlung von Erwachsenen gelegen hat oder reicht dafür auch die Behandlung von Kindern und Jugendlichen aus?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 12.09.2001 - L 11 KA 29 u. 30/01 -	02-01-04 02-01-05
Zulassung und Ermächtigung				
Psychotherapeuten - Theorienachweis	36/02	Können im Rahmen des Fachkundenachweises nach § 95c S 2 Nr 3 SGB 5 nur postgraduale und curriculare Fortbildungsstunden als Theorienachweis anerkannt werden?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 19.06.2002 - L 5 KA 3911/01 -	02-04-38
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Theorienachweis	18/02	Sind bei dem Fachkundenachweis für die Genehmigung psychotherapeutischer Behandlungen von Kindern und Jugendlichen Theoriestunden zu berücksichtigen, an denen der Psychotherapeut während seiner Ausbildung zum Diplom-Psychologen an der Universität teilgenommen hat?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 16.01.2001 - L 5 KA 288/01 -	02-02-03
EU-Recht, Nichtpsychologen	42/02 Termin: 05.02.2003	Hat eine Person, die als Diplom-Sozialpädagoge ausgebildet und in die österreichische Psychotherapeutenliste eingetragen ist, einen europarechtlichen Anspruch auf Zugang zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland? Ist der Ausschluss von Nichtpsychologen aus der psychotherapeutischen Versorgung verfassungsgemäß?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 17.07.2002 - L 11 KA 54/01 -	03-01-36 (S. 32)
Psychotherapeuten und bedarfsunabhängige Zulassung – Wiedereinsetzung/andere Praxisräume	27/02 Termin: 05.02.2003	Ist die Wiedereinsetzung in die versäumte Frist des § 95 Abs 10 S 1 Nr 1 SGB 5 zulässig, wenn der Zulassungsbewerber krankheitsbedingt in seiner Konzentrationsfähigkeit derart beeinträchtigt war, dass es zu einer fehlerhaften Adressierung seines Zulassungsantrages gekommen ist? Steht es der bedarfsunabhängigen Zulassung eines Psychologen entgegen, wenn er während des Verfahrens andere Praxisräume in nur geringer Entfernung von den bisherigen und/oder wenn er vorübergehend Praxisräume in einem anderen	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 13.03.2002, L 11 KA 195/00	02-03-36

		nicht gesperrten Planungsbereich angemietet hat?		
Regionstypen nach BedarfspRL-Ä	53/02	Ist die Differenzierung zwischen den verschiedenen Regionstypen gemäß Ziff 9 ÄBedarfspRL willkürlich (hier erstrebte Zulassung eines Psychotherapeuten bzw überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Arztes)?	SG Freiburg , Urt. v. 17.07.2002 - S 11 KA 3453/00 -	03-01-36 (S. 31)
Ermächtigung Psychologische Universitätsambulanz (Poliklinik)	52/02	Ist eine Ermächtigung nach § 117 Abs 2 SGB 5 nur Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG oder auch Poliklinischen Institutsambulanzen an Psychologischen Universitätskliniken zu erteilen?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 11.09.2002, - L 11 KA 269/01 -	
Institutsermächtigung - Anfechtungsbefugnis	32/01 Termin: 11.12.2002	Zur Klagebefugnis eines niedergelassenen Arztes gegen die Erteilung einer Institutsermächtigung	SG Freiburg , Urt. v. 09.05.2001 - S 1 KA 3177/00 -	02-01-42
Zulassungsentziehung – Angestelltentätigkeit eines Anästhesisten	22/02 Termin: 05.02.2003	Ist ein Facharzt für Anästhesiologie zur Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit auch weiterhin geeignet, wenn er eine Teilzeitbeschäftigung in einem Akutkrankenhaus aufnimmt und in einer Tagesklinik zeitweise anästhesiologische Leistungen erbringt?	LSG Hamburg , Urt. v. 21.11.2001 – II KABf 6/96 -	02-02-30
Poliklinische Institutsambulanz an Psychologischen Universitätsinstituten - Befristung	26/02 Termin: 05.02.2003	Darf eine Ermächtigung nach § 117 Abs 2 SGB 5 befristet werden?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 10.04.2002 L 11 KA 206/01	02-02-07
Überörtliche Gemeinschaftspraxis (Laboratoriumsmedizin)	34/02	Haben Fachärzte für Laboratoriumsmedizin einen Rechtsanspruch auf die Genehmigung der gemeinsamen Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in einer überörtlichen Gemeinschaftspraxis?	SG Detmold , Urt. v. 28.06.2002 - S 12 KA 8/01 -	03-01-39 (S. 35)
	49/02	Ist ein Zusammenschluss von Gemeinschaftspraxen zu einer überörtlichen Gemeinschaftspraxis in nicht patientenbezogenen Fachgebieten (hier: Laborbereich) zulässig, auch wenn die betroffenen Ärzte bereits einer anderen überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft angehören?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 21.08.2002 - L 10 KA 23/02 -	

Disziplinarrecht

Antragsfrist	9/02 Termin: 06.11.2002	Verliert ein fristgerechter Antrag auf Einleitung von Disziplinarmaßnahmen seine fristwahrende Bedeutung für die Durchführung weiterer Disziplinarverfahren, wenn der darauf zunächst ergangene Disziplinarbescheid später aufgehoben wird?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 18.10.2001 - L 6 KA 22/01 -	02-02-29
Berufungssumme bei Geldbuße	36/01 Termin: 11.09.2002	Bemisst sich der für die Zulässigkeit der Berufung maßgebliche Beschwerdewert im Falle einer Disziplinarmaßnahme gegen einen Vertragsarzt allein nach dem Betrag der ausgesprochenen Geldbuße?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 11.09.2001 - L 6 KA 84/00 -	02-02-33

Gesamtvergütung

Verpflichtungen aus Gesamtvertrag und Befugnisse des Schiedsamts	6/02 Termin: 05.02.2003	Ergibt sich aus § 10 des "Rahmen-Gesamtvertrages für die kassenärztliche Versorgung von Anspruchsberechtigten der Orts-, Betriebs-, Innungs- und landwirtschaftlichen Krankenkassen in den Ländern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen" vom 14.12.1990 (sowie dem entsprechenden Vertrag für den Ersatzkassenbereich) nur die Verpflichtung	LSG Brandenburg , Urt. v. 01.11.2000 - L 1 KA 2/99 -	02-02-31
--	-----------------------------------	--	---	----------

		der Vertragsparteien, über die Anpassung der Höhe der Gesamtvergütung miteinander in Verhandlungen einzutreten, oder auch, eine Regelung über die Anpassung zu treffen? Lässt sich aus § 3 und § 10 des vorgenannten Gesamtvertrages herleiten, dass ein zum Tätigwerden eines Landesschiedsamtes verpflichtender "vertragsloser Zustand" vorliegt? Darf ein Gesamtvertrag eine Anpassungsmöglichkeit hinsichtlich der Höhe der Gesamtvergütung mit Wirkung für die Vergangenheit vorsehen und kann in einem derartigen Fall ein Schiedsamt tätig werden? Ggf. in welchen Grenzen?		
Schiedsspruch und Risikostrukturausgleich	29/02	Inwieweit sind Auswirkungen des Risikostrukturausgleichs im Rahmen eines Schiedsspruchs über die Festsetzung der Gesamtvergütung zu berücksichtigen?	LSG Mecklenburg-Vorpommern , Urt. v. 22.05.2002 - L 1 KA 13/00 -	02-04-45
Schiedsspruch und Vergütungsfaktoren	39/02	Inwieweit sind im Rahmen eines Schiedsspruchs über die Festsetzung der Gesamtvergütung auch Gesichtspunkte wie die Förderung ambulanter Operationen, der Prävention und der Samstags-Sprechstunde, das Ost-West-Vergütungsgefälle, Mehrfachinanspruchnahme infolge der Chipkarten-Einführung sowie die Beitragsentwicklung in der KVdR zu berücksichtigen?	LSG Mecklenburg-Vorpommern , Urt. v. 22.05.2002 - L 1 KA 17/00 -	03-01-46 (S. 40)
Zahntechnische Leistungen				
Anspruch der Zahntechniker auf Beteiligung an den Vergütungsverhandlungen (§ 88 II SGB V)	21/01 Termin: 11.12.2002	Hat eine Zahntechniker-Innung im Verbund mit weiteren Zahntechniker-Innungen eines bestimmten Vertragsbereichs einen Anspruch auf Beteiligung an den Vergütungsverhandlungen nach § 88 II SGB V, oder ist dies dem jeweiligen zuständigen Landesinnungsverband vorbehalten?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 04.04.2001 - L 11 KA 38/00 -	01-03-76
Verfahrensrecht				
Vertagungsgesuch bei Anwaltswechsel	8/02 Termin: 11.12.2002	Hat ein Vertragsarzt Anspruch auf Vertagung einer zum wiederholten Mal angesetzten mündlichen Verhandlung, wenn er wegen des - geltend gemacht - gestörten Vertrauensverhältnisses zu seinem früheren Prozeßbevollmächtigten drei Stunden vor Terminbeginn einen Anwaltswechsel vorgenommen hat und sich der neue Prozeßbevollmächtigte in die Sach- und Rechtslage nicht einarbeiten konnte?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 07.03.2001, - L 11 KA 44/00 -	02-02-34

ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG (LEISTUNGSRECHT)

Stand: 10.02.2003

Die Angaben „Aktenzeichen“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des jeweiligen Senats – <http://www.bundessozialgericht.de>); zu den Hinweisen auf die Termine vgl. die entsprechenden Presse-Vorberichte und -Mitteilungen.

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
Ärztliche Behandlung				
Bioresonanztherapie	B 1 KR 18/01 R Termin: 19.02.2003	Welche Bindungswirkung haben die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (hier Ausschluss der Bioresonanztherapie als nicht wirksame Behandlungsmethode)?	LSG Hessen , Urt. v. 31.05.2001 - L 14 KR 8/98 -	01-04-79
Petö-Methode	B 1 KR 34/01 R	Hat eine Versicherte, die an einer infantilen Cerebralparese leidet, einen Anspruch auf Erstattung der Kosten der konduktiven Förderung nach der Petö-Methode in Ungarn?	LSG Bayern , Urt. v. 27.04.2000 - L 4 KR 35/99 -	02-01-62
	B 1 KR 19/02 R	Hat eine Versicherte, die an einer infantilen Cerebralparese mit sowohl motorischer als auch mentaler Entwicklungsstörung leidet, einen Kostenerstattungsanspruch für eine konduktive Förderung nach der Petö-Methode in Ungarn sowie für die in einer deutschen Fachklinik erfolgte Therapie?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 24.02.2000 - L 5 KR 66/99 -	02-02-48
Magenbandoperation	B 1 KR 37/01 u. 1/02 R Termin: 19.02.2003	Hat eine Krankenkasse die Kosten der operativen Applikation eines Magenbandes zur (mittelbaren) Behandlung einer psychogenen Essstörung zu übernehmen?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 08.11.2001 - L 5 KR 44/01 u. 64/00 -	02-02-43 u. 44
	B 1 KR 2/02 R Termin: 19.02.2003	Hat die Krankenkasse die Kosten einer Magenbandoperation zur mittelbaren Behandlung der morbiditen Adipositas und ihrer übergewichtigen Begleiterkrankungen zu tragen?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 08.11.2001 - L 5 KR 48/01 -	02-02-45
	B 1 KR 14/02 und 25/02 R Termin: 19.02.2003	Hat eine Krankenkasse die Kosten einer durchgeführten chirurgischen Adipositas-therapie in Form einer operativen Applikation eines Magenbandes zur mittelbaren Behandlung der Adipositas permagna und der übergewichtsbedingten Begleiterscheinungen zu erstatten?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 07.02.2002 - L 5 KR 65/01 -, Urt. v. 06.06.2002 - L 5 KR 114/01 -	02-02-46 02-04-62
Photodynamischen Therapie (PDT)	B 1 KR 27/02 R	Zur Kostenerstattung einer Photodynamischen Therapie (PDT) mit Verteporfin als Krankenbehandlung bei einer Neovaskularisationsmembran, die auf einem Kolobom im jugendlichen Alter beruht, durch eine Krankenkasse.	LSG Mecklenburg-Vorpommern , Urt. v. 15.05.2002 - L 4 KR 19/01 -	02-04-60
Dauerpigmentierung	B 1 KR 28/02 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten einer Dauerpigmentierung zur Substitution fehlender Augenbrauen und Wimpern bei einer an Alopezia areata universalis leidenden Versicherten im Rahmen der Krankenbehandlung zu übernehmen?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 25.06.2002 - L 1 KR 78/01 -	
Nichtvertragskrankenhaus/Stationäre Entbindung	B 1 KR 34/02 u. 35/02 R	Muss die gesetzliche Krankenkasse die Kosten für eine stationäre Entbindung auch dann übernehmen, wenn sie in einer Einrichtung stattfindet, die zur stationären Behandlung von Versicherten nicht zugelassen ist.	SG Altenburg , Urt. v. 29.10.2002 - S 4 KR 1905/01 u. 1623/01	03-01-68 u. 69 (S. 51)

Auskunftsanspruch gegenüber Vertragsarzt	B 1 KR 38/02 R	Hat ein Versicherter einen unmittelbar kraft Gesetzes bestehenden Anspruch gegen den Arzt auf Erteilung einer Auskunft über die anlässlich einer ärztlichen Behandlung abgerechneten Leistungen oder sind zur Umsetzung dieses Anspruchs Regelungen der Vertragspartner der Bundesmantelverträge erforderlich?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 12.11.2002 - L 5 KR 185/01 -	03-01-62 (S. 47)
--	----------------	--	---	---------------------

Zahnbehandlung

Implantatversorgung	B 1 KR 9/02	Gilt der Leistungsausschluss für implantologische Zahnbehandlungen ab 1.1.1997 auch für Folgebehandlungen, die aufgrund einer vorherigen von der Krankenkasse bezuschussten Implantatversorgung anfallen?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 18.12.2001 - L 5 KR 39/00 -	02-02-53
	B 1 KR 18/02 R	Gilt der gesetzliche Ausschluss von implantologischen Leistungen seit 1.1.1997 auch für Leistungen, die im Zusammenhang mit früher eingegliederten und bezuschussten Implantaten anfallen?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 19.02.2002 - L 5 KR 223/00 -	02-03-60
	B 1 KR 37/02 R	Hat ein Versicherter einen Anspruch auf Versorgung mit Implantaten nebst Suprakonstruktionen im Ober- und Unterkiefer, wenn er an einer multiplen Nichtanlage von Zähnen leidet?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 31.10.2002 - L 5 KR 142/01 -	
Kieferorthopädie-Richtlinie	B 1 KR 17/01 R	Ist die Bewertung der Notwendigkeit einer kieferorthopädischen Behandlung nach einem Indikationssystem mit einer Punktbewertung verschiedener Faktoren durch den Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in der Kieferorthopädie-Richtlinie vom 5.11.1993 mit höherrangigem Recht vereinbar?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 29.06.2000 - L 5 KR 37/99 -	01-04-90
Vertragszahnarzt - Heil- und Kostenplan	B 1 KR 29/02 R	Hat ein Vertragszahnarzt aus eigenem Recht einen Anspruch auf Erteilung einer Genehmigung eines Heil- und Kostenplanes durch die Krankenkasse?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 03.04.2001 - L 1 KR 49/00 -	03-01-63 (S. 48)

Arzneimitteltherapie

Zulassungserfordernis und EG-Recht	B 1 KR 21/02 R	Verletzt die Regelung, wonach die Zulassung eines Arzneimittels nach dem Arzneimittelgesetz als Mindestvoraussetzung an eine wirtschaftliche Verordnungsweise im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung gestellt wird, Gemeinschaftsrecht?	LSG Hessen , Urt. v. 28.02.2002 - L 14 KR 455/00 -	02-03-61
------------------------------------	----------------	---	---	----------

Heilmittel

Nebenleistungen	B 1 KR 23/01 R	Umfaßt der Heilmittelbegriff iS von § 32 Abs 1 SGB 5 nur einen Anspruch auf das Heilmittel selbst (hier: Bewegungsbäder und Unterdruckstrahlmassagen) oder erfaßt er auch die Erbringung von unverzichtbaren Nebenleistungen (hier: Hilfe beim Aus- und Ankleiden und Duschen)?	LSG Berlin , Urt. v. 25.07.2001 - L 9 KR 125/99 -	01-04-86
-----------------	----------------	---	--	----------

Hilfsmittel

	B 3 KR 26/02 R	Hat eine Krankenkasse ein Therapie-Tandem mit Doppellenkung und Freilauf bei einem Jugendlichen, der an einer geistigen Retardierung mit motorischer Unruhe und überschießendem Bewegungsdrang leidet, im Rahmen der Hilfsmittelversorgung zu übernehmen?	LSG Brandenburg , Urt. v. 03.04.2002 - L 4 KR 25/99 -	02-04-82
Rollstuhl-Hand-Bike	B 3 KR 33/02 R	Hat ein erwachsener Versicherter Anspruch auf Kostenübernahme eines Rollstuhl-Hand-Bikes durch die Krankenkasse?	LSG Sachsen , Urt. v. 29.10.2001	03-01-78 (S. 56)

Hörgerät im "Versandhandel"	B 3 KR 7/02 R Termin: 23.01.2003	Ist ein Kostenerstattungsanspruch ausgeschlossen, wenn ein Versicherter ein Hilfsmittel (hier: Hörgerät) von einem mit der Krankenkasse in einem vertragslosen Zustand befindlichen Leistungserbringer im "Versandhandel" bezogen hat, obgleich die Krankenkasse den Versicherten auf die Möglichkeit der Versorgung durch einen örtlichen Hörgeräteakustiker hingewiesen hat?	- L 1 KR 50/00 - LSG Bayern , Urt. v. 11.10.2001, - L 4 KR 95/00 -	02-01-67
	B 3 KR 29/02 R	Sind die Kosten einer Wechselladungsmatratze bei vollstationärer Pflege von der Krankenkasse oder dem Heimträger zu tragen?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 22.03.2002 - L 4 KR 119/02 -	03-01-82 (S. 59)
Toilettenrollstuhl in Pflegeheim	B 3 KR 30/02 R	Hat ein Versicherter in vollstationärer Pflege einen Anspruch auf Gestellung eines Toilettenrollstuhls durch die Krankenkasse oder fällt dies in den Verantwortungsbereich des Pflegeheimes?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 08.11.2001 - L 4 KR 2910/01 -	03-01-81 (S. 58)
Rollstuhl-Ladeboy	B 3 KR 23/02 R	Ist ein Rollstuhl-Ladeboy ein Hilfsmittel iS der gesetzlichen Krankenversicherung?	LSG Saarbrücken , Urt. v. 12.12.2001 - L 2 KR 4/00 -	02-03-67

Kostenerstattungsanspruch für Behandlung im Ausland

Kostenerstattungsanspruch/ EU-Mitgliedstaat	B 1 KR 33/02 R	Hat eine Krankenkasse bei einem freiwillig Versicherten sowie dessen Familienangehörigen die Kosten für Laboruntersuchungen, Arznei- und Heilmittel, die in einem EU-Mitgliedstaat angefallen sind und teils ärztlich verordnet bzw nicht verordnet waren, im Rahmen des § 13 Abs 2 SGB 5 zu erstatten?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 27-09.2002 - L 4 KR 5020/00 -	03-01-83 (S. 59)
Farbstofflaserbehandlung in EU-Staat	B 1 KR 28, 29, u. 30/01 R Termin: 30.10.2002 Vorlage an EuGH	Hat eine Krankenkasse die Kosten einer Farbstofflaserbehandlung, die in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union ohne vorherige Genehmigung durchgeführt wurde, zu erstatten?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 31.08.2001, - L 4 KR 1485/00 - - L 4 KR 3703/99 - - L 4 KR 3686/99 - juris	02-01-64
Kostenerstattungsanspruch für Nierentransplantation in USA	B 1 KR 5/02 R	Hat ein Versicherter einen Kostenerstattungsanspruch für eine in den USA durchgeführte Nierentransplantation, wenn er dadurch aufgrund seiner seltenen Blutgruppe eher ein Spenderorgan als in der Bundesrepublik Deutschland erhalten kann und er durch seinen Gesundheitszustand und die längere Wartezeit besonders psychisch belastet war?	LSG Hessen , Urt. v. 06.12.2001 - L 14 KR 556/00 -	02-02-49

Häusliche Krankenpflege

Außerhalb des Hauses – Pflegeperson während des Schulbesuchs	B 3 KR 6/02 R Termin: 21.11.2002	Hat eine Krankenkasse einer Versicherten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege eine Pflegeperson zur Kontrolle der Atmungsfähigkeit und zum Absaugen von Schleimsekreten in den Zeiten des Schulbesuchs zu stellen?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 06.12.2001 - L 16 KR 7/00 -	02-03-71
Legen eines Blasenkatheters in der Schule	B 3 KR 24/02 R	Schließt es die Gewährung von Behandlungspflege gemäß § 37 Abs 2 S 1 SGB 5 aus, wenn der Lebensmittelpunkt grundsätzlich weiterhin der häusliche bzw familiäre Bereich bleibt und dieser nur kurzfristig verlassen wird (hier Legen	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 30.04.2002 - L 5 KR 116/01 -	02-04-84

Außerhalb des Hauses – Injektionen in Kindertagesstätte	B 3 KR 13/02 R Termin: 21.11.2002	eines Blasenkatheters in der Schule)? Besteht ein Anspruch auf Behandlungspflege (hier: Insulininjektionen bei Diabetes) im Rahmen der "häuslichen Krankenpflege" auch während des Aufenthaltes des Kindes im Kindergarten bzw im Hort, wenn die Eltern berufsbedingt die Behandlungspflegemaßnahmen dort nicht selbst durchführen können?	LSG Brandenburg , Urt. v. 06.03.2002 - L 4 KR 18/00 -	02-03-72
Medikamentenabgabe in Wohngruppe	B 3 KR 32/02 R	Zum Begriff des Haushalts iS des § 37 SGB 5. Unterliegt der Anspruch auf Behandlungspflege gemäß § 37 Abs 2 S 1 SGB 5 der zeitlichen Einschränkung des § 37 Abs 1 S 3 SGB 5?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 06.05.2002 - L 1 KR 55/00 -	03-01-85 (S. 61)
Rettungsassistentin	B 3 KR 14/02 R Termin: 21.11.2002	Ist eine Rettungsassistentin als geeignete Pflegekraft iS des § 37 SGB 5 anzusehen und hat sie daher einen Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages über häusliche Krankenpflege nach § 132a Abs 2 SGB 5?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 09.11.2001 - L 4 KR 829/00 -	02-02-65

Haushaltshilfe

Bei Heimunterbringung	B 1 KR 13/02 R	Werden die Kosten für eine Heimunterbringung, die eine Weiterführung des Haushalts nicht nötig macht, vom Gesetzeswortlaut des § 38 SGB 5 mit erfasst?	LSG Bayern , Urt. v. 11.10.2001 - L 4 KR 128/99 -	02-02-63
-----------------------	----------------	--	--	----------

Zuzahlungsregelung

Verfassungsgemäßheit § 61 SGB V	B 1 KR 26/01 R	Verstößt die Regelung über die Befreiung von Zuzahlungen in § 61 SGB 5 gegen den aus Art 3 Abs 1 und Art 6 Abs 1 GG abzuleitenden Grundsatz der Belastungsgerechtigkeit?	LSG Niedersachsen , Urt. v. 05.09.2001 - L 4 KR 2/00 -	02-02-75
Verfassungsgemäßheit § 62 SGB V	B 1 KR 27/01 R	Verstößt die Regelung über die teilweise Befreiung nach § 62 SGB 5 gegen die Art 3 Abs 1 und 6 Abs 1 GG?	LSG Niedersachsen , Urt. v. 05.09.2001 - L 4 KR 3/00 -	02-01-70

Krankenhauskosten

Vereinbarung eines Sonderentgelts	B 8 KN 1/02 KR R	Bedurfte die Vereinbarung eines Sonderentgelts über den Katalog des § 6 Abs 1 S 1 BPflV 1985 idF vom 21.12.1992 einer ausdrücklichen, unmissverständlichen Vereinbarung zwischen den Vertragsparteien der Pflegesatzvereinbarung?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 22.05.2002 - L 5 KNK 1/01 -	02-04-88
Vorherige Vorlage der Krankenunterlagen	B 3 KR 10/02	Kann die Krankenkasse die beantragte weitere Kostenübernahme für eine Krankenhausbehandlung von der über den Versicherten durch das Krankenhaus abhängig machen, oder steht ein solcher Herausgabeanspruch nur dem MDK im Rahmen von Begutachtungs- und Prüfaufträgen zu?	SG Magdeburg , Urt. v. 27.02.2002 - S 16 KR 42/01 -	02-03-79
Fallpauschale oder Pflegesätze zuzüglich Sonderentgelt (hier 17.10)	B 8 KN 2/02 KR R	Zur Abgrenzung, wann bei einer pertrochantären Oberschenkelfraktur eine Fallpauschale oder Pflegesätze zuzüglich Sonderentgelt (hier 17.10) abrechenbar sind.	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 22.05.2002 - L 5 KNK 3/01 -	02-04-89
Fallpauschale 17.13	B 3 KR 28/02 R	Zur Abrechnung der Fallpauschale 17.13 (Einsetzen einer Kreuzbandplastik) bei Behandlung in der Fachabteilung Allgemeine Chirurgie (statt Orthopädie).	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 29.08.2002 - L 16 KR 43/01 -	03-01-93 (S. 66)
A-Fallpauschale 17.021 und Tag der Wundheilung	B 3 KR 12/02	Umfasst die A-Fallpauschale 17.021 bei einer Hüftgelenksoperation auch den Tag der Wundheilung?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 07.03.2002	02-03-77

			- L 16 KR 192/00 -	
Fallpauschale 9012	B 8 KN 3/02 KR R B 8 KN 6/02 KR R	Zu den Voraussetzungen (hier: Nachweis des Abschlusses der Wundheilung) hinsichtlich der Abrechnung der Fallpauschale 9012 der Anlage 1 zu § 11 Abs 1 BPflV 1994.	LSG Thüringen , Urt. v. 24.06.2002 - L 6 KN 514, 761/00 KR -	01-03-94 u. 95 (S. 66)
A-Fallpauschale Nr. 9021	B 3 KR 25/02 R	Ist mit dem Merkmal "Abschluss der Wundheilung" in der Leistungsbeschreibung der A-Fallpauschale Nr. 9021 der Anlage 1 zu § 11 Abs 1 BPflV 1994 nur die äußere Wundheilung, dh das Erreichen der zellulären Kontinuität der Körperoberfläche iS einer durchgehenden Epithelschicht zu verstehen, oder ist auf das Kriterium der Entfernung der Fäden bzw Klammern abzustellen?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 27.05.2002 - L 5 KR 46/01 -	02-04-89
	B 3 KR 38/02 R	Ist bei dem Merkmal "Abschluss der Wundheilung" in der Leistungsbeschreibung der A-Fallpauschale Nr. 9021 der Anlage 1 zu § 11 Abs 1 BPflV 1994 auf das Kriterium der Entfernung der Fäden bzw Klammern abzustellen?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 15.10.2002 - L 5 KR 99/01 -	
	B 8 KN 7/02 KR R	Sind bei einer Herzoperation und sich daran anschließenden "indikationsspezifischen Komplikationen" zuerst die Fallpauschale 9.021 (A-Pauschale), danach die Fallpauschale 9.022 (B-Pauschale) und erst dann tagesgleiche Pflegesätze in Ansatz zu bringen?	SG Altenburg , Urt. v. 10.10.2002 - S 14 KN 1246/99 KR -	
Fallpauschale 9022	B 8 KN 4/02 KR R	Zu den Voraussetzungen (hier: Abschluss der Wundheilung) hinsichtlich der Abrechnung der Fallpauschale 9022 der Anlage 1 zu § 11 Abs 1 BPflV 1994.	LSG Thüringen , Urt. v. 24.06.2002 - L 6 KN 515/00 KR -	01-03-96 (S. 67)
Fallpauschale 9032	B 8 KN 5/02 KR R	Zu den Voraussetzungen (hier: Nachweis des Abschlusses der Wundheilung) hinsichtlich der Abrechnung der Fallpauschale 9032 der Anlage 1 zu § 11 Abs 1 BPflV 1994.	LSG Thüringen , Urt. v. 24.06.2002 - L 6 KN 523/00 KR -	01-03-97 (S. 67)
Sonderentgelt 21.02 - Stentimplantation	B 3 KR 16/02 R Termin: 23.01.2003	Ist das Sonderentgelt 21.02 auch abrechenbar wenn zusätzlich zur Linksherzkatheteruntersuchung und Ballondilatation in derselben Sitzung auch eine Stentimplantation erfolgt?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 22.05.2002 - L 5 KR 6/01 -	02-03-77
	B 3 KR 18/02 Termin: 23.01.2003	Kann das Sonderentgelt 21.02 auch bei einer Linksherzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie und anschließender Dilatation eines oder mehrerer koronarer Gefäße (PTCA) sowie Implantation eines oder mehrerer Stents abgerechnet werden?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 22.05.2002 - L 5 KR 4/01 -	02-04-90
	B 3 KR 20/02 R	Kann bei gleichzeitiger Linksherz-Katheteruntersuchung, Ballon-Dilatation und Stent-Versorgung neben dem Basis- und Abteilungspflegesatz auch das Sonderentgelt 21.02 abgerechnet werden?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 22.05.2002 - L 5 KR 7/01	02-04-91
Sonderentgelt 20.02 -	B 3 KR 19/02 R Termin: 23.01.2003	Kann neben den Pflegesätzen und dem Sonderentgelt 21.01 für die durchgeführte Ballondilatation mit gleichzeitiger Stent-Einlegung das Sonderentgelt 20.02 abgerechnet werden?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 22.05.2002 - L 5 KR 5/01 -	02-04-92
Sonderentgelt 20.02	B 3 KR 21/02 R Termin: 23.01.2003	Kann das Sonderentgelt 20.02 auch bei einer Dilatation eines oder mehrerer Gefäße mit anschließender Stentversorgung abgerechnet werden?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 22.05.2002 - L 5 KR 88/01 -	02-04-92

Sonderentgelt 20.02 u. 21.02 - Stentversorgung	B 3 KR 17/02 R	Ist eine Mehrfach- oder Zusatzabrechnung der Sonderentgelte 20.02 und 21.02 möglich (jedenfalls bis zum Inkrafttreten der Neufassung der Sonderentgeltdefinition durch die 5. Änderungsverordnung der BpflV 1994 vom 9.12.1997), wenn neben sämtlichen Leistungen der Sonderentgelte einschließlich Stentversorgung bei einem erneuten operativen Eingriff, am gleichen Tag eine weitere Stentversorgung erbracht worden ist?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 22.05.2002 - L 5 KR 9/01 -	02-03-81
	B 3 KR 22/02 R Termin: 23.01.2003	Können die Sonderentgelte 20.02 und 21.02 bei einer Linksherzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie und Dilatation eines oder mehrerer koronaren Gefäße (PTCA) sowie Implantation eines Stents abgerechnet werden?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 22.05.2002 - L 5 KR 89/01 -	02-04-94
Sonstiges				
Verweigerung von Krankheitsangaben	B 1 KR 4/02 R	Gibt § 76 Abs 2 SGB 10 dem Versicherten das Recht, Krankheitsangaben zu verweigern, soweit nicht ein bestimmter Sachverständiger mit der Begutachtung beauftragt wird?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 14.02.2001 - L 4 KR 1402/01 -	02-02-54
Stationäre Rehabilitationsmaßnahme	B 1 KR 33/01 R	Steht dem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung bei der Frage des "ob" der Gewährung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme nach § 40 Abs 2 SGB 5 ein Ermessen zu?	LSG Niedersachsen , Urt. v. 19.12.2000 - L 4 KR 252/98 -	02-01-69
Mutter-Kind-Kuren	B 1 KR 12/02 R	Ist § 41 Abs 1 S 2 SGB 5 verfassungskonform so auszulegen, dass die Satzung der Krankenkasse lediglich regeln kann, ob Mutter-Kind-Kuren im Wege der Sachleistung oder im Wege der Kostenerstattung gewährt werden?	LSG Niedersachsen , Urt. v. 27.02.2002 - L 4 KR 212/00 -	02-02-66
Logopäde	B 3 KR 1/02 R	Hat ein Logopäde nur dann einen Vergütungsanspruch für logopädische Erstuntersuchungen und Befunderhebungen (Positionen 3302, 3303 und 3308), wenn sie in der vertragsärztlichen Erstverordnung ausdrücklich erwähnt worden sind?	SG Saarbrücken , Urt. v. 12.12.2001 - S 1 KR 35/99 -	02-02-55
Physiotherapeut - propriozeptive neuromuskuläre Faszilitation	B 3 KR 31/02 R	Stellt die während der Ausbildung zum Physiotherapeut (nicht aber danach) durchgeführte Wissensvermittlung auf dem Gebiet der propriozeptiven neuromuskulären Faszilitation eine Weiter- und Fortbildung iS der Leistungsbeschreibung zum Rahmenvertrag dar, mit der Folge, dass diese Leistung (Position 20704 der Preisvereinbarung vom 5.3.2001) zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht und abgerechnet werden darf?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 15.08.2002 - L 5 KR 115/01 -	03-01-98 (S. 68)
Krankenkassenwahl und Unterstützerliste	B 1 KR 26/02 R	Ist für eine wirksame Unterschriftsleistung auf der Unterstützerliste zur Wahl der Vertreterversammlung einer Krankenkasse Voraussetzung, dass zur Zeit dieser Unterschrift dem Unterschreibenden die aktuelle Bewerberliste vollständig vorliegt?	LSG Bayern , Urt. v. 20.03.2002 - L 4 KR 78/01 -	02-04-97

Risikostrukturausgleich

Der 12. Senat hat am 24.01.2003 über elf Revisionen entschieden, s. Presse-Mitteilung Nr. 66/02.