

Rechtsprechungsinformationsdienst 05-01

Editorische Hinweise	7
Erratum	7
Redaktion	7
A. Vertragsarztrecht	8
I. Honorarverteilung	8
1. Psychotherapeuten: Aufhebung bestandskräftiger Honorarbescheide (bis 1998)	8
2. Aufteilung in haus-/fachärztliche Vergütung (ab I/00)	9
3. Fachärztlicher Honorartopf und Stützungsverpflichtung	10
4. Fallzahlzuwachsbegrenzung KV Westfalen-Lippe	10
5. "Arztlohn" und radiologische Praxen (KV Nordrhein III/97)	11
6. Härtefallregelung	11
7. Anspruch auf Abschlagszahlung bei fehlender Selbständigkeit	11
8. Sicherheitseinbehalt für Regress wegen Importzahnersatz	13
9. Dialysesachkosten Hessen IV/01 und III/02	14
10. Jahresvergütungsobergrenze mit geringer Restquote (KZV Niedersachsen 1999)	14
II. Praxis- und Zusatzbudgets:	15
1. Chronisch schmerzkrankte Patienten	15
2. Qualifikationsgeb. Zusatzbudgets und "Nullabrechner"/Fehlendes Referenzquartal	15
3. Zusatzbudget Orthoptik und Pleoptik/Laserchirurgie	16
4. Praxisbudget u. Gesprächsleistungen/Zusatzbudget Psychosomatik	16
III. Sachlich-rechnerische Berichtigung und Gebührenrecht	17
1. BVerfG: Kontrolle des EBM (Nr. 14 EBM)	17
2. Aufhebung eines Honorarbescheids	18
a) Keine zwingende Honorarrückzahlung bei Verstoß gegen Vertragsarztrecht	18
b) Praxisgemeinschaft: Rechtsmissbräuchliche Fallzahlerhöhung	18
c) Honorarrückforderung bei verdecktem Angestelltenverhältnis	19
d) Ermächtigter Krankenhausarzt: Höchstpersönliche Leistungserbringung	20
e) Technische Fehler im Verantwortungsbereich der KV	21
3. Fachfremdheit bei unterschiedlichen Weiterbildungsordnungen (HNO/Röntgen)	21
4. Zytodiagnostik: Präparatebezogene Prüfung für Pathologen	22
5. Berichtigung einzelner Gebührennummern	22
a) Internist und Nrn. 820, 821 EBM: Fachfremdheit	22
b) Psychotherapie: Nrn. 870, 881, 882 EBM	22
c) Nrn. 187, 381, 388, 1115 EBM (Kontrollsonogr. n. Schwangerschaftsabbruch)	22
d) Nrn. 7116, 8015 EBM/Fachfremdheit Frauenarzt	23
e) Laborarzt: Nrn. 3687, 3720, 4535, 4536, 4537 EBM	23
6. Augenärzte und Katarakt-Operation: Apselspannringe	24
7. Zahnärzte	24
a) Fehlende Dokumentation	24
b) Paradontosebehandlung: Persönliche Leistung (Nr. P 200 BEMA-Z)	25
c) Parodontosebehandlung mittels Lasereinsatz	25
d) Wurzelspitzenresektion (Nrn. 54b u. c BEMA-Z)(1997)	25
IV. Arztregistereintragung/Fachkunde/Genehmigungen	26
1. Fachkundenachweis Psychotherapie: Gestalttherapieausbildung	26
2. Schmerztherapie-Vereinbarung/Qualifikationsnachweis	26
3. Aufhebung einer Röntgengenehmigung bei hausärztl. Versorgung	27
4. Widerruf einer Dialysegenehmigung	27

5. Teilnahme am organisierten ärztlichen Notfalldienst	27
a) Eigene Praxis als Teilnahmevoraussetzung	27
b) Errichtung eines Hintergrundrufbereitschaftsdienstes als Organisationsakt	28
6. Zahnärztlicher Vertreter bei Ruhen der Approbation	28
V. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Schadensersatzanspruch	29
1. Arzneikostenregress:	29
a) Arzneikostenregress und Off-Label-Use/Vertrauensschutz	29
b) Bagatell-Arzneimittel (Locabiosol)	29
2. Zahnärzte	30
a) Vergleichsgruppe bei Oralchirurgen	30
aa) Verfeinerte Vergleichsgruppe nach Gebietsbezeichnung	30
bb) Verfeinerte Vergleichsgruppe bei Gemeinschaftspraxis	31
cc) Oralchirurgen ohne Spezialisierung/Sonstiger Schaden: Begründungsumfang	31
dd) Kein oralchirurgischer Schwerpunkt/Vergleichsgruppe der Zahnärzte	32
b) Nrn. 56c, Ä 935d und 41a BEMA-Z	32
3. Sonstiger Schaden: Veranlasste Narkoseleistungen	33
4. Zahnersatz: Voraussetzung eines Schadensersatzanspruchs	33
5. Notwendige Hinzuziehung eines Bevollmächtigten im Abhilfeverfahren	34
VI. Zulassungsrecht	35
1. Psychotherapeuten	35
a) Fachkundenachweis durch nicht KBV-anerkanntes Institut (WGI)	35
b) Bedarfsunabhängige Zulassung: Zeitfenster	35
aa) Tätigkeit als Supervisor/Krankheitszeiten/Alter	35
bb) Tätigkeit als Supervisor/Alter	36
cc) Kostenlose Behandlungsstunden/Krankheit	36
dd) Alleinerziehende Psychotherapeutin: Art. 6 GG	36
c) Interessenkollision (Jugendpsychiatrischer Dienst)	37
d) Keine Verlängerung des Ermächtigungszeitraums bei Krankheit	37
e) Altersgrenze von 68 Jahren	37
aa) Geringe Delegationstätigkeit	37
bb) Zulassungsende wegen Alters und Übergangsfrist	37
2. Zulassungsbeschränkungen nach Gebietsreform	38
3. Sonderbedarfzulassung: Psychologischer Psychotherapeut	38
4. Praxisnachfolge: Bestand der (Psychotherapie-)Praxis bei geringer Fallzahl	38
5. Belegarztvertrag: Bevorzugung eines nicht zugelassenen Arztes	39
6. Gleichzeitige Teilnahme an der haus- und fachärztl. Versorgung	39
a) Allgemeinmediziner	39
b) Lokaler Versorgungsbedarf (Internisten und Gastroskopien)	39
c) Voraussetzungen einer einstw. Anordnung/Gastroenterologie	40
7. Altersgrenze von 68 Jahren europarechtskonform	40
8. Nachträgliche Auflage unzulässig/Wohnsitz in Praxisnähe	41
9. Ermächtigung zur Dialyse bei wohnortnaher Zweigpraxis	41
10. Statthafter Antrag auf Aufhebung der sofortigen Vollziehung (Ermächtigung)	41
11. Zulassungsentziehung: Antrag auf sofortige Vollziehung	42
12. Ermächtigung für die Einrichtung einer Institutsambulanz	42
13. Widerspruchsbefugnis auf Zulassungssachen beschränkt	43
VII. Verwaltungsmehrkosten für die Bearbeitung einer Pfändung	43
VIII. Unterlassungsanspruch eines Vertrags(zahn)arztes gegen Krankenkasse	43
IX. Kein Unterlassungsanspruch eines Versicherten gegen KV	44

X. Beziehungen zwischen Krankenkassen, KV und Aufsicht	45
1. Gesamtvergütung	45
a) Bindung einer Krankenkasse an Gesamtvergütungsvertrag	45
b) Verzugszinsen für Gesamtvergütung	45
c) Gesamtvergütungsabschlag: Anschubfinanzierung nach § 140d	45
d) Anordnungsgrund bei Minderung der Abschlagszahlung	46
2. Aufsicht: Gesetzesauftrag KZV Rheinland-Pfalz	46
3. Anordnungsanspruch gg. Schiedsspruch bei Verfahrensmangel (Befangenheitsrüge)	47
XI. Streitwertfestsetzung, Gegenstandswert und Kosten	47
1. Eintragung in Psychotherapeutenregister	47
2. Halbierung des Gegenstandswerts bei Neubescheidung	48
3. Vorläufiger Rechtsschutz: KostRMOG/Abschlag/Streitwertkatalog	48
4. Einstellung eines Entlastungsassistenten	48
5. Spezialist und schwierige Rechtsfragen	49
a) Widerspruch: Richtgrößenprüfung 1999	49
b) Widerspruch: Feststellung sonstigen Schadens (Verordnung im Off-Label-Use)	49
6. Weitere Streitwertbeschlüsse	49
7. Vrfahrensrecht: Rechtsmittel gegen Kostengrundentscheidung	50
XII. Entscheidungen des BSG	51
1. Sachlich-rechnerische Berichtigung	51
a) Stationäre Leistungen/Vergütungsanspruch bei Verstoß gegen Vertragsarztrecht	51
b) Nr. 273 EBM	51
c) Nr. 653 EBM	51
d) Neurologen: Fachfremde Sonographie (Nrn. 671, 682 EBM)	51
e) Orthopädie: Fachfremde Kindesuntersuchung (Nr. 955 EBM)	51
f) Frauenärzte: Reproduktionsmedizin auf Frauen beschränkt	51
g) Persönliche Leistungserbringung auch für Laborärzte	52
h) Anästhesieleistungen bei Katarakt-Operationen	52
2. Schmerztherapie-Vereinbarung: Anästhesiologe - "Spezielle Schmerztherapie"	52
3. MRT-Genehmigung nach Widerruf der Herstellergewährleistung	52
4. Wirtschaftlichkeitsprüfung: Kürzung auf 20% über Durchschnitt/Übergangszone	53
5. Zulassungsrecht/Psychotherapeuten: Zeitfenster/Härtefallregelung	53
B. Krankenversicherungsrecht	54
I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung	54
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	54
a) Permanente Brachytherapie	54
b) Laserinduzierte Thermotherapie (LITT)	54
2. Ausgeschlossene NuB: Eximer-Laser-Behandlung	55
3. Nichtmedizinische Behandlung: Autismustherapiezentrum	55
4. Künstliche Befruchtung	55
a) § 27a SGB V i.d.F. GMG: Privatversicherte Ehefrau	55
b) Privatversicherte Ehefrau	56
c) Kein fünfter Versuch einer ICSI	56
5. Krankheitsbegriff (Laserhaarepilation)	56
6. Zahnärztliche Behandlung: Kieferorthopädische Behandlung	56
II. Kostenerstattungsanspruch	57
1. Pflegevertrag: Vergütungsrisiko des Versicherten	57
2. Einhaltung des Beschaffungsweges	57
3. Fehlerhafte Auskunft eines Vertragsarztes	57

4. Privatärztlicher Behandlungsvertrag: Einrede bei fehlender Schriftform	58
5. Privatärztliche Behandlung/Zumutbarer Arztwechsel	59
III. Kosten für stationäre Behandlung	59
1. Unaufschiebbarkeit bei psychischer Krise/Hochfrequente Expositionsbehandlung	59
2. Privatklinik	59
3. Krankheitsbegriff	59
a) Brustkorrektur und Bauchdeckenplastik	59
b) Operative Straffung der Bauchdecke	60
4. Magenbandoperation (sog. Gastric-Banding)	60
IV. Behandlung im Ausland	61
1. IVF-Behandlung in Österreich mit Embryonenselektion	61
2. Methode Dr. Kozijavkin	61
3. Stationäre Operation im EU-Ausland/Antragserfordernis	61
4. Zahnersatz-Anfertigung in Spanien ohne Heil- und Kostenplan	62
5. Retinitis Pigmentosa-Therapie in Kuba	62
V. Arzneimittel	62
1. Off-Label-Use	62
a) Chronisches Erschöpfungssyndrom: Immunglobuline, Interferon alpha, Vitamine	63
b) Somatropin-Therapie (Humatrope) bei Kleinwuchs	63
2. Sildenafil (Viagra)	63
3. Präparat "Cialis" bei erektiler Dysfunktion	64
4. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel	64
a) Liptar mit Wirkstoff Chininsulfat	64
b) "Methionin Stada"-Tabletten	64
5. BVerfG: Verfassungsbeschwerde zu § 34 SGB V idF GMG nicht angenommen	65
6. BVerfG: Verfassungsbeschwerde zu GMG nicht angenommen	65
7. Arztvorbehalt bei Medikamentenverordnung	65
VI. Hilfsmittel	65
1. Mikroportanlage	65
2. Elektro-Rollstuhl der 10 km/h-Version	66
3. Rollstuhl-Bike für Erwachsenen bei Glasknochenkrankheit	66
4. Therapie-Dreirad-Tandem	66
5. Sauerstoffwagen, Glasluftbefeuchter/Emissionen der Wohnung	67
6. Beidseitige Versorgung mit Cochlear-Implantat	67
VII. Häusliche Krankenpflege: Abgrenzung Grund- und Behandlungspflege	67
1. Verabreichung von Sondenkost mittels PEG-Sonde	67
2. Katheterisierung der Blase	68
VIII. Zuzahlungsregelung ab 2004 verfassungsgemäß	68
IX. Sterbegeld bei Tod nach dem 31.12.2004	68
X. Beziehungen zu Leistungserbringern	69
1. Beziehungen zu Krankenhäusern: Krankenhauskosten	69
a) Zahlungsanspruch und Prüfverfahren	70
aa) Einholung eines MDK-Gutachtens	70
bb) Einwendungsausschluss und Überprüfungsverfahren	70
cc) Verspätete Erstellung eines Kurzberichtes	70
b) Fehlende Krankenhauspflegebedürftigkeit	71
aa) Keine Hinweispflicht auf Behandlungsalternative	71
bb) Fehlender ablehnender Verwaltungsakt/Selbstgefährdungsgefahr	72

c) Prognose ex ante bei Abrechnungsbestimmungen	72
d) Erstattungsanspruch u. vierjährige Verjährungsfrist/Fallpauschale 16.02	73
e) Gerichtskosten auch für gemeinnützige Krankenhausträger	73
2. Versorgungsvertrag für Herzchirurgie	73
3. Apothekenrabatt im Jahre 1998	74
4. Höhe der Vergütung krankengymnastischer/physiotherapeutischer Leistungen	74
5. Kostenerstattung für die leihweise Überlassung einer Kniebewegungsschiene	75
6. Versorgungsvertrag mit Unternehmen für häusliche Krankenpflege	75
7. Sondennahrung: Kürzung der Kostenvoranschläge	76
8. Haushaltshilfenvertrag: Kündigung nach Falschabrechnungen	76
9. Beschränkung der Transportkosten	76
XI. Sonderkündigungsrecht nach Kassenfusion	77
1. Hauptsacheverfahren	77
a) Bejahung eines Sonderkündigungsrechts	77
b) Bedingungsverweigerung durch Krankenkasse	77
2. Einstweilige Anordnungsverfahren	77
a) Rüge der Verletzung rechtlichen Gehörs	77
b) Fehlender Anordnungsgrund	78
c) Antrag auf Aufhebung einer einstweiligen Anordnung	78
XII. Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen/Aufsichtsbehörden	78
1. Genehmigung einer Beitragssatzsenkung (Einstw. Anordnung)	78
2. Zentraler Beitragseinzug: Orderscheckverfahren/Verzugszinsen	78
XIII. Entscheidungen des BSG	79
1. Kostenerstattung für Behandlung in EU-Staat	79
2. Hilfsmittel	79
a) Herstellung der Schulfähigkeit(Notebook-PC für Blinde)	79
b) Autoschwenksitz für Transport Schwerkranker	79
c) Autoschwenksitz	79
3. Physiotherapeut: Besondere Qualifikation für "Manuelle Therapie"	79
4. Sonderkündigungsrecht wegen Beitragssatzerhöhung	79
C. Entscheidungen anderer Gerichte	80
I. Ärztliches Berufsrecht	80
1. Ärztliche Weiterbildung: Innere Medizin/Klinische Geriatrie	80
2. Ruhen der ärztlichen Approbation bei Abrechnungsbetrug	80
3. Sofortige Vollziehung des Ruhens der Approbation (§ 174c StGB)	80
4. Berufspflichtverletzung: Nichtbeteiligung eines Assistenzarztes	80
5. Außerberufl. Verhalten/Verletzende Äußerungen in Internetforen	81
6. EUGH: Zugang zu Arztstellen in der Allgemeinmedizin	81
II. Ärztliche, psychotherapeutische und zahnärztliche Berufsausübung	81
1. Unzulässigkeit eines isolierten Handels mit Vertragsarztsitz	81
2. Konkurrenzschutzklausel in zahnärztl. Praxisvertrag	82
3. BVerfG: Anspruch auf Mitteilung des Untersuchungsergebnisses	82
4. Beschränkte Herausgabepflicht psychiatrischer Behandlungsunterlagen	82
5. Werbung mit Vitaminprodukten bei akuter Krebserkrankung	83
6. „Brustzentrum Nordschwaben“ als unlauterer Wettbewerb	83
7. BGH: Unterlassungsanspruch gg. Abtreibungsgegner vor Praxis	83

III. Arzthaftung	83
1. BGH: Sicherungsaufklärung	83
2. BGH: Unterhaltsaufwendungen für durch Röteln geschädigten Sohn	84
3. BGH: Haftung des Betreibers eines Geburtshauses	84
4. Aufklärungsversäumnis rechtfertigt kein Schmerzensgeld	84
5. Honoraranspruch trotz unzureichender Risikoaufklärung	84
6. Computerunterstütztes Fräsverfahren („Robodoc“)	85
7. Belegkrankenhaus: Beschränkte Haftung des Krankenhausträgers	85
8. Gemeinschaftspraxis mit Belegärzten	85
9. Zahnärztlicher Behandlungsvertrag: Erfüllungsort/Gerichtsstand	86
IV. Generalanwalt EUGH: Behandlungskosten in der Schweiz	86
V. Private Krankenversicherung/GOÄ/GOZ/Beihilfe	86
1. BVerfG: Individualvereinbarung nach GOZ	86
2. BGH: Wahlleistungsvereinbarung	87
3. BGH: Behandlung durch Sprechlehrerin (Methode Schlaffhorst-Andersen)	87
4. Künstliche Befruchtung	88
a) PKV: Kein Anspruch auf zweites Kind	88
b) Beamtenkrankenkasse: IvF-Behandlung: Frau über 40 Jahre	88
5. GOZ	88
a) Zahnärztliches Implantatmaterial/Weitergabe von Rabatten	88
b) Analogabrechnung neuer Behandlungsmethoden	88
6. GKV-versicherter Beamter und Praxisgebühr	89
VI. Arzneimittel	89
1. EUGH: Vereinfachte Zulassung von Generika	89
2. Generalanwalt EuGH: Preisfestsetzung	89
3. Generalanwalt EuGH: Marktbeherrschendes Unternehmen	90
4. Nahrungsergänzungs-/Arzneimittel (Red Rice Kapseln)	90
5. Arzneimittelbegriff: „Teemischungen der trad. chin. Medizin“	90
6. Arzneimitteldatenbank im Internet	91
7. Kein Versandhandel Niederländischer Internet-Apotheken nach Deutschland	91
VII. Weitere Leistungserbringer	91
1. Augenoptiker: Erstattung der Praxisgebühr unrechtmäßig	91
2. BGH: Heimträger/Verpflegungsentgelt bei Sondennahrung	91
VIII. Verschiedenes	92
1. Ordnungsgemäße Bekanntmachung einer Satzungsänderung	92
2. Herabsetzung einer Berufsunfähigkeitsrente (Versorgungswerk)	92
3. EuGH: Höchstarbeitszeit im Rettungsdienst	92
4. BAG: Erschlichener Arbeitsvertrag als Arzt ist nichtig	92
5. BAG: Parteifähigkeit der BGB-Gesellschaft	92
6. Zivilrechtsweg: Apothekerverband gegen Sozialhilfeträger	93
7. Vitametische Behandlung als erlaubnisfreie Heilbehandlung	93
8. BGH: Keine Pfändung zukünftiger Beihilfeansprüche	93
9. BGH: Unzureichende haushaltsmäßige Ausstattung der Justiz	93
10. Steuerrecht	94
a) BFH: Teilpraxisveräußerung bei Doppelqualifikation eines Arztes	94
b) BFH: Steuerbefreiung nur bei medizinisch indizierter Schönheitsoperation	94
c) Voller Umsatzsteuersatz bei Schönheitsoperationen	94
d) BFH: Steuerbefreiung für heilberufliche Tätigkeit	94
e) BFH: Steuerfreie Umsätze einer Dental-Hygienikerin	94
f) Wirtschaftlicher Vorteil aus einer Vertragsarztzulassung (EStR)	95

IX. Weitere Entscheidungen des BVerfG	96
1. Neue Werbeformen freier Berufe	96
2. Altersgrenze für Piloten	96
3. Kausalzusammenhang bei Kostenerstattung (§ 13 III SGB V)	96
4. Untätigkeit eines Gerichts: Dreijähriges Verfahren (Telekom)	96
 <i>Verzeichnis der Entscheidungen</i>	 97
 <i>Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht</i>	 101
<i>Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung (Leistungsrecht)</i>	109
<i>Anhang III: Beim BVerfG anhängige Verfahren aus dem Bereich der GKV</i>	115

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 oder Zusammenfassungen 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.

ERRATUM

LSG Thüringen, Urt. v. 25.02.2004 – L 4 KA 235/02 - RID 04-04-56 ist irrtümlich mit Az.: L 4 KA 253/02 genannt worden.

LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 25.05.2004 – L 5 ER 17/04 KA - RID 04-04-64 ist irrtümlich mit Datum v. 29.04.2004 genannt worden.

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 aus der Instanzenpraxis direkt an die Redaktion (oder an die Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V., Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin) gebeten.

Bezug: Der RID kann über die Mitgliedschaft in der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.**, Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin, bezogen werden. Der Jahresbeitrag für natürliche Personen beträgt 30 €. Der RID erscheint viermal im Jahr.

Ältere Ausgaben (RID 00-01 bis 04-03) sind über die **homepage** der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.** verfügbar: **www.dg-kassenarztrecht.de**.

Nachdruck - auch auszugsweise -, Vervielfältigung, Mikrokopie, Einspeicherung in elektronische Datenbanken nur mit Genehmigung der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht, Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin.

A. VERTRAGSARZTRECHT

I. HONORARVERTEILUNG

S. zuletzt u.a. **BSG**, Urt. v. 08./09.12.2004 – B 6 KA 44/03 u. 19 weitere Verfahren, wonach insb. die Frage, ob **Radiologen bzw. Pathologen** in den betroffenen Quartalen III/1997 bis II/1998 unter dem Gesichtspunkt angemessener Vergütung **höheres Honorar** beanspruchen können, - auch unter Einbeziehung des Art 12 Abs 1 GG - zu verneinen ist (vgl. Presse-Mitteilung Nr. 68/04); **BSG**, Urt. v. 20.10.2004 – **B 6 KA 26/03** u. **30/03 R**-, wonach eine unterschiedliche Struktur der Vergütungsregelungen des HVM für Ermächtigte einerseits und für Zugelassene andererseits nicht zu beanstanden ist, da sich in das HVM-System arztzahlbezogener Kontingentvolumina die Ermächtigten mit ihrem jeweils unterschiedlichen Ermächtigungsumfang nicht – bzw. nur schwer – hätten einpassen lassen; niedergelassene **Radiologen** in **Schleswig-Holstein** haben in den Quartalen II u. III/99 keinen höheren Honoraranspruch; v. 20.10.2004 – **B 6 KA 4/02 R**-, wonach aber für die Vergütung **strahlentherapeutischer Leistungen** in **Schleswig-Holstein** aufzuklären ist, ob die Kläger die Stützung ihres Punktwerts aus dem Gesichtspunkt zu großen Punktwertabfalls beanspruchen konnten (Quartale III/1997 bis II/1999), da die niedergelassenen Ärzte zunächst nur in einer Praxis strahlentherapeutische Leistungen erbrachten, im Jahr 1998 kam eine weitere und im Jahr 1999 eine dritte Praxis hinzu; neben der Frage überhaupt eines gesonderten Honorarkontingents ist aufzuklären, ob dessen Volumen zu erhöhen war und erhöht wurde; v. 24.09.2003 – **B 6 KA 41/02 R** – (Zur unwirksamen rückwirkenden Inkraftsetzung einer Änderung des HVM, hier: Mindestpunktwert für histologische und zytologische Leistungen); zur weiteren Rspr. s. insb. die Hinweise in RID 04-03-A I 4 (S. 9) und in RID 04-02-A I 3 bis 6.

1. PSYCHOTHERAPEUTEN: AUFHEBUNG BESTANDSKRÄFTIGER HONORARBESCHEIDE (BIS 1998)

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 01.12.2004 – **L 3 KA 4/04** - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-01

Bestandskraft, Aufhebung eines Verwaltungsakts, Honorarbescheid, Rücknahme, Ermessen

SGB V § 85 IV; SGB X § 44 II, IV

§ 44 II 2 SGB X enthält **keine zeitlichen Ausschlussfristen**, namentlich kommt mangels einer anderslautenden ausdrücklichen gesetzlichen Regelung eine Rücknahme für die Vergangenheit auch bezüglich solcher Zeiträume grundsätzlich in Betracht, für die einem Sozialleistungsempfänger nach der Regelung des § 44 IV SGB X kein Anspruch auf eine rückwirkende Gewährung von Sozialleistungen zustände (vgl. **BSG** SozR 3-1300, § 44 SGB X, Nr. 3; BVerwGE 109, 346). Der Rechtsgedanken des § 44 IV SGB X kann allerdings in die im Rahmen der **Ermessensausübung** vorzunehmende Interessenabwägung einbezogen werden.

§ 44 II SGB X gibt weder der **Rechtssicherheit**, also Beständigkeit der Entscheidung, noch der **Einzelfallgerechtigkeit** den Vorrang; beide Ausprägungen des Rechtsstaatsprinzips haben im Rahmen dieser Vorschrift vielmehr gleichen Rang. Deshalb kann weder allein die Rechtswidrigkeit des früheren Bescheides zu dessen Rücknahme verpflichten, noch kann die eingetretene Bindungswirkung entscheidender Grund für die Ablehnung der Rücknahme sein (vgl. **BSG** SozR 1300 § 44 Nr. 28). Namentlich ist eine KV berechtigt, die finanziellen Auswirkungen im Falle einer dem Vertragsarzt positiven Entscheidung für die Gesamtheit ihrer Mitglieder zu berücksichtigen und die Vermeidung einer solchen Betroffenheit aller Mitglieder als ausschlaggebend anzusehen (**BSG**, Urt. v. 18.03.1998 - B 6 KA 16/97 R - SozR 3-1300 § 44 Nr. 23; vgl. auch die Parallelentscheidung vom gleichen Tage – B 6 KA 69/97 –).

Eine **Ermessensausübung** ist **fehlerhaft**, wenn die KV die wechselseitig betroffenen Interessen lediglich **pauschal** benannt, nicht aber konkret bemessen und gewichtet hat. Dies ist der Fall, wenn als Abwägungsgesichtspunkt ganz allgemein und eher floskelhaft das **"finanzielle Interesse"** der Psychotherapeutin eingeführt wird, ohne dieses auch nur größenordnungsmäßig zu bemessen und in Relation zu den bislang für die streitigen Quartale zuerkannten Honoraransprüchen zu setzen. Dies gilt jedenfalls dann, wenn **gewichtige Interessen** des Antragstellers betroffen sind. Bei solchen gewichtigen Interessen setzt eine pflichtgemäße Abwägung ihre konkrete einzelfallbezogene Gewichtung und Bemessung voraus; diese hat zumindest überschlägig zu erfolgen. Ohne eine derartige Gewichtung fehlt der vorzunehmenden Interessenabwägung, die entscheidende Grundlage, eine Abwägung kann sachgerechterweise nur erfolgen, wenn die wechselseitig zu berücksichtigenden Interessen sowohl qualitativ als auch quantitativ erfasst werden. Dies gilt gerade auch im Hinblick auf den Verfassungsgrundsatz der **Verhältnismäßigkeit**.

Ein besonderer Anlass zur sorgfältigen Berücksichtigung und einzelfallbezogenen Bemessung der Individualinteressen des Vertragsarztes besteht insbesondere dann, wenn im Rahmen der begehrten Überprüfung eine **Erhöhung seines Honoraranspruchs** jedenfalls in einigen der betroffenen Quartale **um mehr als 10 % in Betracht kommt**. Es ist näher zu prüfen, ob und inwieweit das für eine Neuberechnung bereits bestandskräftig festgesetzter Honoraransprüche erforderliche Finanzvolumen ein solches Ausmaß erreicht, dass dieses unter der Annahme seiner Entnahme aus der laufenden Gesamtvergütung zu einer spürbaren Minderung der Honoraransprüche der übrigen Vertragsärzte führen würde.

Dabei eröffnet § 44 II 2 SGB X nicht nur die Wahl zwischen einer vollständigen Ablehnung und einer vollständigen Befriedigung des geltend gemachten Neuberechnungsanspruchs. Das Ermessen kann auch im Sinne einer **Teilbefriedigung** des Nachhonorierungsanspruchs ausgeübt werden. Ein Bescheid muss erkennen lassen, dass sich die KV **dieser Möglichkeit bewusst** war.

Wird eine Honorar Neuberechnung für einen **mehrjährigen Zeitraum** begehrt, hat sich die KV auch mit der Frage auseinanderzusetzen, ob ein angemessener Ausgleich der wechselseitig betroffenen Interessen sich dadurch in angemessener Weise erreichen lässt, dass die Kosten für eine (Teil-)Nachhonorierung nicht nur den Gesamtvergütungszahlungen des laufenden Quartals, sondern anteilig den Gesamtvergütungszahlungen **für mehrere Quartale entnommen** werden.

SG Hannover, Urt. v. 03.12.2003 – S 16 KA 231/01 – wies die Klage ab, das **LSG** verpflichtete, über den Antrag der Klägerin auf Neuberechnung ihrer Honoraransprüche für die Quartale I/93, IV/93, I/94, IV/95, III/96 und I/97 bis IV/98 jeweils im Ersatz- und im Primärkassenbereich und für die Quartale II und III/93 nur im Primärkassenbereich unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senates neu zu entscheiden.

Das **BSG** hat nach Nichtzulassungsbeschwerden der KV **Revisionen** gegen **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 12.11.2003 – L 5 KA 4387/02 – und – L 5 KA 4408/02 – RID 04-01-04 und 4a zugelassen (B 6 KA 21 u. 24/04 R); das LSG hatte ähnlich wie hier dargelegt, dass bei der Ermessensausübung es nicht ausreichend ist, wenn sich die KV pauschal auf einen nicht vertretbaren Verwaltungsaufwand und unzumutbare finanzielle Auswirkungen bei den anderen Vertragsärzten beruft.

Zur **Vergütung psychotherapeutischer Leistungen** s. die Hinweise in RID 04-01-A I 1 (S. 7); s. a. **BSG**, Urt. v. 28.04.2004 – B 6 KA 62/03 R –, wonach die Annahme eines Schiedsamtes rechtmäßig ist, dass die erforderlichen Mittel zur Erreichung des Schwellenpunktwertes für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen im Jahre 1999 sowohl durch die KV im Wege der Umverteilung von Gesamtvergütungsanteilen als auch durch eine nachträgliche Erhöhung der Gesamtvergütung seitens der Krankenkassen aufgebracht werden können; nach einer Pressemitteilung der KBV v. 01.11.2004 (<http://www.kbv.de/presse/6206.htm>) haben sich Krankenkassen und KBV in Sachen Psychotherapie geeinigt. Der Bewertungsausschuss habe seinen alten Beschluss bestätigt. Er trage somit einem Urteil des Bundessozialgerichts Rechnung, das eine höhere Vergütung der genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen angemahnt hatte.

2. AUFTEILUNG IN HAUS-/FACHÄRZTLICHE VERGÜTUNG (AB I/00)

LSG Sachsen, Urt. v. 26.05.2004 - L 1 KA 13/02 -

RID 05-01-02

Hausärztliche Versorgung, fachärztliche Versorgung, Bewertungsausschuss, GKV-GRG 2000, Psychotherapeuten, Vergütungsanspruch, Beobachtungs- und Reaktionspflicht, Stützungsverpflichtung, Punktwert, budgetierter und unbudgetierter Leistungsbereich, Punktwertverfall, Durchschnittspunktwert, Praxisbudgets, KO-Leistungen, Gesamtvergütung

SGB V §§ 73, 85 IV u. IVa, 87; GG Art. 3 I, 12 I GG

Verfassungsrechtliche Bedenken gegen das **GKV-GRG 2000** bestehen nicht.

Die Einbeziehung Psychologischer **Psychotherapeuten** und ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Ärzte in den **fachärztlichen Versorgungsbereich** ist nicht zu beanstanden.

Die **Umsetzung** der gesetzlichen Vorgaben des **§ 85 IVa SGB V** durch den **Bewertungsausschuss** ist nicht zu beanstanden.

Eine KV ist zur Korrektur eines Honorarbescheids im Wege der **sachlich-rechnerischen Berichtigung** verpflichtet, soweit sie nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses v. 16.02.2000 bei der Festlegung des Trennungsfaktors nur die sog. KO-Leistungen der hausärztlichen Versorgung bereinigen durfte und ein entsprechender Vorbehalt dem Honorarbescheid beigelegt war.

Es besteht **kein subjektives Recht** des einzelnen Vertragsarztes **auf ein bestimmtes**, als angemessen bewertetes und beziffertes **Honorar** für die einzelne Leistung oder die ärztliche Leistung insgesamt.

Gegen eine ungenügende **Honorierung** der **Urologen** in **Sachsen** spricht auch der Umstand, dass sich seit dem 01.01.2000 zwölf Fachärzte für Urologie niedergelassen haben.

SG Dresden, Urt. v. 13.02.2002 – S 15 KA 901/00 u.a. – RID 02-01-07 (s. dort zum Sachverhalt) wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

LSG Sachsen, Urt. v. 26.05.2004 - L 1 KA 51 u. 52/02 -

RID 05-01-03

SG Dresden, Urt. v. 09.10.2002 - S 15 KA 30/02 u.a. - sowie S 15 KA 776/00 u.a. – RID 03-01-06 (s. dort zum Sachverhalt) wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. Es handelt sich im Wesentlichen um eine Parallelentscheidung bzgl. der Klage eines Internisten für die Quartale I/00, III/00 bis IV/01. Ergänzend führt der Senat zur Rechtmäßigkeit des Gesetzgebungsverfahrens für das GKV-GRG 2000 und zur Aufteilung der Honorarfonds aus.

3. FACHÄRZTLICHER HONORARTOPF UND STÜTZUNGSVERPFLICHTUNG

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 17.11.2004 – L 11 KA 182/02 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-04

Internist, Honorartopf, fachärztliche Versorgung, Fachgruppenquote, Beobachtungs- und Reaktionspflicht
SGB V § 85 IV

Ein Internist kann von der KV in den Quartalen II und III/01 eine Erhöhung des Honorartopfes für die fachärztliche Versorgung (und damit der Fachgruppenquote) nicht verlangen, weil es sich bei diesen Quartalen um die **beiden ersten Quartale** nach seinem Wechsel in die fachärztliche Versorgung handelt. Aus der Rechtsprechung des BSG zur Überprüfung und ggfs. Nachbesserung von Honorarverteilungsregelungen (Urt. vom 09.09.1998 - B 6 KA 55/97 R) ergibt sich, dass zwar eine **Beobachtungs- und Reaktionspflicht** der KVen besteht, diese jedoch die KVen erst dann zu einem Handeln verpflichtet, wenn der Punktwert der aus dem Honorartopf vergüteten Leistungen sich um **15 %** oder mehr verringert und es sich um eine dauerhafte, also nicht nur vorübergehende Entwicklung handelt, also mindestens seit zwei Quartalen besteht.

SG Düsseldorf, Urt. v. 16.10.2002 – S 2 KA 110/02 – wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

4. FALLZAHLZUWACHSBEGRENZUNG KV WESTFALEN-LIPPE

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 17.11.2004 – L 11 KA 160/02 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-05

Honorarverteilung, Fallzahlbegrenzung, Aussiedler, Ausländer
§ 85 IV SGB V

Die **Fallzahlzuwachsbeschränkung** gemäß § 15 HVM der **KV Westfalen-Lippe** i.d.F. des Beschlusses der Vertreterversammlung vom 19.06.2004 für die Quartale III/97 bis III/03 ist rechtmäßig und verstößt nicht gegen höherrangiges Recht.

Eine praktische Ärztin kann nicht verlangen, den zulässigen Fallzahlzuwachs von jährlich 5 % zu errechnen nach dem **eigenen anerkannten Fallzahlvolumen** des jeweiligen Vorjahresquartals statt an der **durchschnittlichen Fallzahl der jeweiligen Fachgruppe**. Das BSG hat entschieden, dass Steigerungssätze für ein pro Jahr zulässiges Honorarwachstum nicht auf das bisherige Abrechnungsvolumen des Arztes, sondern auf einen generellen Wert wie z.B. den Durchschnittsumsatz der Fachgruppe bezogen werden sollten, um ungleiche Wachstumsmöglichkeiten auszuschließen (**BSG** vom 10.12.2003 - B 6 KA 54/02 R). Es sind für den Senat keine Gesichtspunkte zu erkennen, dieses Regelungssystem nicht auch auf ein pro Jahr zulässiges Fallzahlwachstum anzuwenden.

Ein behaupteter verstärkter Zuspruch von russisch-sprachigen bzw. jüdischstämmigen Patienten würde keine besondere Sicherstellungsverpflichtung der Beklagten im System der gesetzlichen Krankenversicherung ergeben. Die Unterscheidungsmerkmale wie **Aussiedler, Ausländer, Patienten mit ausländischer Herkunft** usw. mit den sich daran anknüpfenden religiösen, kulturellen und sprachlichen Besonderheiten sind bereits in der Prüfung der ärztlichen Behandlungs- und Abrechnungsweise auf Wirtschaftlichkeit keine tauglichen, zu ermittelnden und objektivierbaren Kriterien zu Darlegung von Praxisbesonderheiten (s. dazu ausführlich **BSG** vom 10.05.2000 - B 6 KA 25/99 R - SozR 3-2500 § 106 Nr. 49). Ebenso wenig können sie als Rechtfertigungsmerkmal für die Inanspruchnahme anderer Sicherstellungs- und Ausnahmetatbestände im Rahmen der vertragsärztlichen Abrechnung gelten.

SG Dortmund, Urt. v. – S 14 KA 210/00 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Zur Rspr. vgl. zuletzt RID 04-03-05 mit Hinweisen zur BSG-Rspr. (S. 9 f.) und RID 04-04-08 (S. 11).

5. "ARZTLOHN" UND RADIOLOGISCHE PRAXEN (KV NORDRHEIN III/97)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 21.07.2004 – L 10 KA 5/02 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-06

Revision anhängig: B 6 KA 79/04 R

SG Düsseldorf, Urt. v. 21.11.2001 – S 2 (25) KA 478/98 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück. Es handelt sich im Wesentlichen um eine **Parallelentscheidung** zu *LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 21.05.2003 – L 10 KA 52/02 - RID 04-01-09*; s. hierzu die Revisionsentsch., *BSG, Urt. v. 08./09.12.2004 – B 6 KA 71/03 R*–); zu "Arztlohn" und patholog. bzw. radiolog. Praxen vgl. nunmehr die weiteren Urt. des BSG, v. 08./09.12.2004 (vgl. Presse-Mitteilung Nr. 68/04); aus der Instanzenpraxis s. zuletzt *LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 28.01.2004 – L 11 KA 7/01 - RID 04-04-04* (Revision entschieden: B 6 KA 40/04 R); RID 04-01-A I 3 (S. 13 f.); *LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 24.09.2003 – L 3 KA 164/00- RID 04-02-12* (Revision entschieden: B 6 KA 84/03 R) m.w.N.

6. HÄRTEFALLREGELUNG

LSG Bayern, Urt. v. 15.09.2004 – L 12 KA 169/03 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-07

Härtefallregelung, unbillige Härte

SGB V § 85 IV

Der in einem HVM auf der Tatbestandsseite verwendete Begriff der "unbilligen Härte" ist ein unbestimmter Rechtsbegriff, der der **vollen gerichtlichen Nachprüfung** unterliegt (vgl. etwa Urt. des Senats v. 06.03.2002 - L 12 KA 96/00 -). Eine "**unbillige Härte**" im Sinne der Nr.2.3.8 des HVM der **KV Bayern** im Quartal IV/96 ist dann gegeben, wenn die Anwendung des HVM beim Vertragsarzt (hier: Anästhesist) zu einem **besonders schweren Nachteil** führt, der es objektiv unzumutbar erscheinen lässt, den Arzt bei der Festlegung des individuellen Praxisbudgets an der Fallzahl oder dem Fallwert aus den Vergleichsquartalen des Jahres 1995 bzw. vorliegend an dem durchschnittlichen Fallwert der Arztgruppe des Jahres 1995 (hier: Quartal IV/95) festzuhalten.

SG München, Urt. v. 23.09.2003 – S 45 KA 860/03 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Vgl. bereits *LSG Bayern, Urt. v. 12.11.2003 – L 12 KA 71/02 - RID 04-02-14*.

7. ANSPRUCH AUF ABSCHLAGSZAHLUNG BEI FEHLENDER SELBSTÄNDIGKEIT

LSG Brandenburg, Beschl. v. 25.10.2004 – L 5 B 106/04 KA ER -

RID 05-01-08

Innengesellschaft, Fachchemiker der Medizin, Gesellschafter, Honoraranspruch, Scheinselbständigkeit

SGB V § 95 IV; SGG § 86b II; BMV-Ä § 7; EKV-Ä § 11

Es spricht vieles dafür, dass die Bildung einer **Innengesellschaft**, in der ein Fachchemiker der Medizin gegenüber dem anderen Gesellschafter möglicherweise in **abhängiger Stellung** steht, nach vertragsärztlichen Grundsätzen nicht zulässig ist.

Aber auch wenn die Gestaltung einer Innengesellschaft durchaus rechtlichen Zweifeln unterliegt, ist es - bei gebotener überschlüssiger Prüfung - jedoch den bislang in der Rechtsprechung anerkannten Grundsätzen nicht hinreichend sicher zu entnehmen, dass diese **rechtlichen Zweifel honorarrechtliche Auswirkungen** hätten. Ein Verstoß gegen die selbstständige und eigenverantwortliche Leistungserbringung bzw. gegen die Offenlegung der vorgenommenen Vertragsgestaltung gegenüber der KV ist nämlich nicht mit einer Wertminderung der ärztlichen Leistung verbunden. Der Honorarausschluss könnte nur die Funktion haben, dem Vertragsarzt den Anreiz zu nehmen, sich über die berufsrechtlichen Vorschriften hinwegzusetzen. Die **Berufsordnungswidrigkeit** mindert den **Wert der ärztlichen Leistung** jedoch nicht, sie entspricht dem Entgelt, das in der Honorarordnung für Leistungen dieser Art festgesetzt ist. Eine Vorschrift, nach der der ärztliche Honoraranspruch von der Befolgung ordnungspolitischer Vorschriften abhängig ist, ist nicht ersichtlich.

Der Ast., Fachchemiker der Medizin, ist für bestimmte Laborleistungen ermächtigt (vgl. § 7 II BMV-Ä/§ 11 II EKV-Ä). Seit 1999 betreibt er sein Labor aufgrund eines **Gesellschaftsvertrages** vom 18.05.1999/21.06.1999 mit der „Gesellschaft zur Förderung Labormedizinischer Entwicklung GbR“ (GFLE). Zweck der Gesellschaft ist es, den Betrieb, den Ausbau und die Neuorganisation der Laborpraxis des Ast. zu sichern und zu erweitern. Die vom Ast. und der GFLE errichtete Gesellschaft bürgerlichen Rechts soll nach § 1 Abs. 1 des Vertrages als Innengesellschaft nicht nach außen in Erscheinung treten. Die Erträge des Ast. stehen ab dem 29.12.1998 im Innenverhältnis ausschließlich der Innengesellschaft zu. Nach dem Vertrag war der Ast. zunächst zu 85 % an der Gesellschaft beteiligt und räumte der GFLE eine Kaufoption von 80 % ein. Die

Geschäftsführung der Innengesellschaft oblag Dr. K. aus Geesthacht, der die GFLE (im Folgenden auch „Dr. K.“ genannt) zusammen mit weiteren Laborärzten gegründet hatte. Allein der Ast. ist jedoch berechtigt, für die Laborarztpraxis unter Berücksichtigung der Geschäftsführungsbefugnis von Dr. K. nach außen aufzutreten (§ 5 Abs. 2 Satz 1 des Gesellschaftsvertrages). Der Ast. bedarf im Rahmen seiner Tätigkeit in der Laborarztpraxis für den Abschluss und die Kündigung von Verträgen mit einem Wert von über 30.000 DM sowie für die Einstellung und Entlassung von Mitarbeitern einer vorherigen Zustimmung von Dr. K. Der Eintritt von neuen Ärzten in die Laborarztpraxis bedarf ebenfalls der Zustimmung von Dr. K. § 8 des Gesellschaftsvertrages regelt, dass der Ast. und Herr Dr. K. in ihrer Berufsausübung frei seien. Die Gesellschafter seien nicht berechtigt, sich untereinander im medizinischen Bereich Weisungen zu erteilen. Der Ast. erhält nach § 10 des Gesellschaftsvertrages einen garantierten Gewinn vorab in Höhe von 240.000 DM jährlich. Für Herrn Dr. K. wird ausdrücklich kein garantierter Gewinn vorab geleistet. Nach § 10 Abs. 4 des Gesellschaftsvertrages erhält der Ast. einen erhöhten Gewinn vorab, soweit sich der Umsatz der Arztpraxis erhöht. Gewinn und Verlust der Gesellschaft werden gemäß den jeweiligen Anteilen an der Gesellschaft verteilt (§ 11 des Gesellschaftsvertrages). Sei der Ast. durch Krankheit vorübergehend gehindert, seine Tätigkeit für die Gesellschaft auszuüben, so werde ihm der garantierte Gewinn vorab auf die Dauer von drei Monaten fortgezahlt. Auch der Anspruch auf Gewinnbeteiligung besteht in dieser Zeit weiter. Der Ast. hatte einen Anspruch auf einen jährlichen Erholungsurlaub von 30 Tagen (sechs Wochen). Er ist berechtigt und verpflichtet, sich praxisbezogen fortzubilden, hierfür kann er für nicht mehr als jeweils zwei Wochen pro Jahr von seiner Tätigkeit freigestellt werden. Die Kosten der Fortbildung trägt die Gesellschaft (§§ 13, 14 des Gesellschaftsvertrages). Die Sprechstundenzeiten werden nach § 15 im gegenseitigen Einvernehmen festgelegt und geändert, sind in § 15 Abs. 2 als übliche Sprechstundenzeiten jedoch bereits geregelt. Der Ast. unterliegt weiterhin bei Ausscheiden aus der Gesellschaft einem Wettbewerbsverbot (§ 19 des Gesellschaftsvertrages). Nach einem Vermerk der Staatsanwaltschaft L. v. 16.04.2004 hat Dr. K. in einem Anteilskauf- und Abtretungsvertrag weitere 80 % der Gesellschaftsanteile übernommen, weshalb der Ast. lediglich noch mit 5 % an der Gesellschaft beteiligt ist. Im Mai 2004 teilte die KV dem Ast. mit, dass bereits jetzt erhebliche Honorarrückforderungen erfolgen könnten. Aus diesem Grund würden mit sofortiger Wirkung (Abschlag für den Monat April) die **Abschlagszahlungen** für Vergütungen aus der vertragsärztlichen Tätigkeit in Anlehnung an die Pfändungsfreigrenzen gemäß § 850c ZPO auf 1.507 € monatlich **reduziert**. **SG Potsdam**, Beschl. v. 24.06.2004 – S 1 KA 66/04 ER – wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** verpflichtete die KV zur vorläufigen Zahlung von monatlichen Honorarvorschüssen ab November 2004 in Höhe von weiteren 44 493,50 €, davon jedoch in Höhe von 4 449,35 € monatlich nur gegen Übergabe einer selbstschuldnerischen Bankbürgschaft eines deutschen Kreditinstitutes.

Nach **LSG Nordrhein-Westfalen**, Beschl. v. 16.04.2003 – L 10 B 21/02 KA ER – RID 04-02-35 dürfen Honorarbescheide einer Gemeinschaftspraxis wegen einer vermeintlichen **Scheinselbstständigkeit** erst dann aufgehoben werden, wenn durch die **Zulassungsgremien** wirksam festgestellt wurde, dass eine Gemeinschaftspraxis im Rückforderungszeitraum nicht bestanden hat; zur Honorarrückforderung wegen unzulässiger Gemeinschaftspraxis s. **LSG Niedersachsen-Bremen**, Beschl. v. 13.08.2002 - L 3 KA 161/02 ER - RID 03-01-18 (MedR 2002, 540); danach ist eine Beteiligung an einer Gemeinschaftspraxis im Rahmen eines **anstellungsähnlichen Verhältnisses** grundsätzlich zulässig; selbst bei Unzulässigkeit einer solchen Gemeinschaftspraxis ist es **fraglich, ob erbrachte Leistungen nicht zu vergüten sind.**; s. a. **LSG Bayern**, Beschl. v. 05.05.2003 – L 12 B 170/03 KA ER - RID 05-01-17, wonach selbst bei Verstoß gegen die Pflicht zur Ausübung in freier Praxis nicht zwingend eine Verpflichtung zur Honorarrückzahlung erfolgt.

Zur Problematik eines Gesellschaftsverhältnisses s. a. **LG Stuttgart**, Urt. v. 07.08.2003 – 27 O 228/03 - RID 04-02-261; zur sachlich-rechnerischen Berichtigung bei einer verdeckten Gemeinschaftspraxis s. **SG Kiel**, Urt. v. 16.05.2003 - S 13 KA 454/02 - RID 03-04-30; **SG München**, Urt. v. 29.04.2003 – S 42 KA 1133/02 - RID 04-01-29 (S. 20); zum Abrechnungsausschluss von **Vertretungsfällen in Praxisgemeinschaft** s. **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 25.09.2002 - L 11 KA 81/00 - RID 03-02-15 (Revision B 6 KA 1/03 R erledigt durch Rücknahme im Termin am 10.03.2004); zur Plausibilitätsprüfung bei sog. **Doppeleinlesungen** s. **SG Frankfurt a. M.**, Beschl. v. 16.08.2002 - S 27 KA 2147/02 ER - RID 02-03-21; zur Frage der Zulässigkeit von **Gewinnpartizipationsverträgen** unter den Mitgliedern einer Praxisgemeinschaft und ihren Auswirkungen auf die Honoraransprüche der beteiligten Ärzte gegenüber der KV s. **LSG Niedersachsen-Bremen**, Beschl. v. 10.02.2003 - L 3 KA 434/02 ER - RID 03-02-22.

Nach **Gerichtshof für die Heilberufe Niedersachsen**, Urt. v. 18.02.2004 – 1 S 2/03 - RID 04-04-201 verstößt ein Krankenhausarzt, der vertragsärztliche MRT-Leistungen erbringt, ohne hierfür von der KV ermächtigt worden zu sein, gegen seine **Berufspflichten**; nach **OLG Koblenz**, Beschl. v. 02.03.2000 - 2 Ws 92, 93 u. 94/00 - juris u. MedR 2001, 144 begehrt 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.

Nach **SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 26.11.2003 – S 29 KA 2521/01 – RID 04-02-29 ist die KV berechtigt, die Honorarzahungen im Wege der sachlich-rechnerischen Berichtigung zurückzufordern, wenn eine Abrechnungsgenehmigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie nicht vorliegt und sie nicht erteilt werden konnte.

8. SICHERHEITSEINBEHALT FÜR REGRESS WEGEN IMPORTZAHNERSATZ

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 05.08.2004 – L 3 KA 25/04 ER - www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-01-09**

Abschlagszahlung, Zulassung, Erlöschen der Zulassung, Wegzug, Sicherheitseinbehalt, Zahnersatz

SGB V §§ 85 IV 9, 97 VII 1; SGG § 86b I 2, II

Sind Ansprüche auf Gewährung von monatlichen Abschlagszahlungen nicht bescheidmäßig anerkannt worden, dann kann bezüglich der monatl. Abschlagszahlungen vorläufiger Rechtsschutz nicht nach § 86b I 2 SGG gewährt werden. In Betracht kommt vielmehr allein der Erlass einer einstweiligen Anordnung nach § 86b II SGG.

Eine **Zulassung** zur vertragszahnärztlichen Versorgung **erlischt** nach § 95 VII 1 SGB V durch **Wegzug** aus dem Bezirk des Kassenzahnarztsitzes. Der Wohnsitzbegriff des BGB ist nicht maßgeblich. Jede tatsächliche, nicht nur vorübergehende Aufgabe der ärztlichen Niederlassung am Kassenarztsitz bedeutet einen Wegzug. Dies gilt ohne Rücksicht darauf, ob damit auch der Wohnsitz aufgegeben wird oder die Absicht der erneuten Niederlassung am früheren Vertrags(zahn-)arztsitz besteht (vgl. [zur Vorgängervorschrift des § 368a VII RVO] BSG, NJW 1971, 1909).

Auf die Festsetzung eines **Sicherheitseinbehaltes** ist § 85 IV 9 SGB V (keine aufschiebende Wirkung) nicht anwendbar.

Auch unter der Annahme, **Zahnersatz** kann **aus Thailand** importiert werden, dürfen nur die notwendigen, d.h. die an den thailändischen Lieferanten zu erbringenden Zahlungen als Kosten für einen solchen Zahnersatz in Rechnung gestellt werden, zuzüglich ggfs. sonstiger Kosten. Der Zahnarzt darf weder persönlich noch durch eine von ihm wirtschaftlich beherrschte AG einen zusätzlichen Gewinn zulasten der Krankenkassen aus dem Import von Zahnersatz erzielen.

Ohne eine förmliche Aufhebung vorausgegangener **Honorarbescheide** kann sich eine KZV unter Berücksichtigung der ihren früheren Bescheiden zukommenden **Bindungswirkung** (vgl. § 39 II SGB X) nicht auf deren sachliche Unrichtigkeit berufen.

Es kann offen bleiben, inwieweit eine KV berechtigt ist, in einem HVM eine **Rechtsgrundlage** zur Anordnung von **Sicherheitseinbehalten** zu schaffen, mit denen sie sich von der gesetzlichen – sich aus dem Regelungsgehalt der Honorarbescheide ergebenden (§§ 31, 39 I 2 SGB X) – Verpflichtung zur Auszahlung zuerkannter Honorarbeträge vorläufig befreien will. Jedenfalls darf nur unter strikter Beachtung des **Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit** Gebrauch davon gemacht werden. Dieser Grundsatz verlangt, dass Sicherheitseinbehalte nur für eine Übergangszeit angeordnet werden, die auch eine um die gebotene Verfahrensbeschleunigung bemühte Behörde benötigt, um die Berechtigung des dem Einbehalt zugrunde liegenden Verdachts einer Regressforderung im Verwaltungsverfahren zu prüfen und ggfs. daraus die Konsequenzen im Sinne der Festsetzung einer solchen Regressforderung zu ziehen.

Der Ast., ein **Zahnarzt**, bezog über F. AG insbesondere von einem **thailändischen Lieferanten Zahnersatz** für seine Praxis. Den von ihm an die Krankenkassen weitergeleiteten Rechnungen der F. AG lagen die nach bundesdeutschem Recht höchstzulässigen sog. **BEL-II-Preise** zugrunde, obwohl der thailändische Lieferant nur **etwa 20 % dieser Preise in Rechnung** stellte. Die Differenz (abzüglich der Versandkosten und der allgemeinen Geschäftsunkosten der F. AG) verblieb bei der F. AG bzw. beim Ast. Der Ast. war zunächst Alleinaktionär und Geschäftsführer der F. AG; seit Ende 2001 übernahm die Aufgaben eines Geschäftsführers der Bankkaufmann G., der seinerseits 20 % der Aktien vom Antragsteller erwarb. Gegen den Ast. läuft ein Ermittlungsverfahren wegen Betrugs. Seit Februar 2003 wird die frühere aus dem Ast. und Dr. D. bestehende Gemeinschaftspraxis im Verhältnis zur Ag. vom Ast. als Einzelpraxis fortgeführt. Inhaberin der weiteren in dessen Eigentumswohnung bestehenden Zahnarztpraxis blieb im Jahre 2003 die Zahnärztin Dr. H., die sich jedoch im Rahmen eines Mutterschaftsurlaubs durch die Zahnärztin I. vertreten ließ. Tatsächlich ist der Ast. jedoch seit Februar 2003 als **Zahnarzt in Norwegen** tätig, wo er jetzt mit seiner Familie lebt. Im Mai 2003 ordnete die Bezirksregierung unter Anordnung des Sofortvollzuges das Ruhen der Approbation des Ast. als Zahnarzt an. Sein Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung seines Widerspruchs blieb in beiden Instanzen ohne Erfolg (vgl. VG Hannover, Beschl. v. 04.12.2003 – 5 B 2391/03 –; OVG Lüneburg, Beschl. v. 23.02.2004 – 8 ME 228/03 –). Den Antrag der AOK auf Entzug der Zulassung zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit lehnte der Zulassungsausschuss mit Beschluss vom 02.07.2003 mit der Begründung ab, dass noch nicht feststehe, ob sich der Ast. des Betruges strafbar gemacht habe. Die KZV stellte die Honorarzahlungen ab August 2003 ein und setzte unter Hinweis auf die HVM-Regelung einen **"Sicherheitseinbehalt"** fest. *SG Hannover*, Beschl. v. 19.12.2003 – S 31 KA 461/03 ER – ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage gegen den Sicherheitseinbehalt an und verpflichtete die KZV, dem Ast. 30.280,95 EUR zu "erstatten". Während des Beschwerdeverfahrens ersetzte die KZV den Ausgangsbescheid. Das **LSG** verpflichtete die Ag., auf das Konto des Ast. binnen drei Bankarbeitstagen nach Zustellung dieses Beschlusses 63.239,90 EUR zu überweisen.

9. DIALYSESACHKOSTEN HESSEN IV/01 UND III/02

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 10.11.2004 – S 27 KA 79/03 –

RID 05-01-10

Dialysesachkosten, Gesamtvertrag, Rückwirkung
SGB V § 85 IV

Die Erstattung der Dialysesachkosten auf der Grundlage der Anlage 6 zum Gesamtvertrag zwischen der KV Hessen und der VdAK-Landesvertretung Hessen in den Quartalen IV/01 und III/02 ist rechtmäßig. Soweit im Quartal IV/01 eine rückwirkende Vereinbarung vorliegt, war sie zulässig.

10. JAHRESVERGÜTUNGSOBERGRENZE MIT GERINGER RESTQUOTE (KZV NIEDERSACHSEN 1999)

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 27.10.2004 – L 3 KA 62/04 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-11

Schiedsamt, Honorarverteilungsmaßstab, Jahresvergütungsobergrenze, Restquote, Restvergütung, Budget, Honorarverteilungsgerechtigkeit, KfO-Leistungen
SGB V §§ 85 IV; GKV-SolG Art. 12 III; GG Art. 3 I, 12 I

Einem **Landesschiedsamt** fehlt die gesetzliche Ermächtigung zum Erlass eines Honorarverteilungsmaßstabes für das Honorarjahr 1999, soweit Art. 12 III GKV-SolG nicht vorliegt.

Ein HVM, der eine vollständige Honorierung nur bis zur Erreichung einer sog. **Jahresvergütungsobergrenze** (hier: 239.000 DM nebst Zuschlägen, insgesamt 288.180,32 DM), bei Überschreiten die darüber hinausgehenden Leistungen nur mit einer geringen Restquote (hier: 17,09 %) vorsieht, verstößt gegen das Gebot der leistungsproportionalen Vergütung.

Die Gewährung gleichmäßiger, das durchschnittliche Abrechnungsvolumen nur geringfügig überschreitender **Budgets** für alle Zahnarztpraxen, unabhängig von dem in der Vergangenheit erzielten Umfang, unabhängig von der Zahl der Patienten und unabhängig von der örtlichen Relation zwischen Angebot und Nachfrage an vertragszahnärztlichen Leistungen gefährdet bereits die gesetzlich vorgeschriebene Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung, wenn bei Überschreitung der Budgetgrenzen nur eine wirtschaftlich unbedeutende Restvergütung erfolgen soll. Mit solchen Honorarverteilungsregelungen wird den betroffenen Zahnärzten im Ergebnis nahe gelegt, unabhängig von dem örtlich abzudeckenden Versorgungsbedarf die Quantität ihrer Leistungen auf das Budgetvolumen zu beschränken.

Solange nicht die Gefahr einer "übermäßigen" Ausdehnung der vertrags(zahn-)ärztlichen Tätigkeit im Sinne des § 85 IV 5 SGB V zu besorgen ist, bringt die Vorgabe von Budgets, bei deren Überschreitung keine oder nur eine wirtschaftlich unbedeutende Restvergütung gewährt wird, nur dann eine sachgerechte, dem **Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit** Rechnung tragende Differenzierung zum Ausdruck, wenn eine **angemessene Korrelation zwischen abzudeckendem Versorgungsbedarf und Budgetgröße** besteht. Eine solche Einschätzung des Normgebers muss zumindest im Rahmen einer typisierenden Betrachtung als vertretbar zu bewerten sein.

In **gleicher Höhe zugemessene Budgets** (bei deren Überschreitung keine oder nur eine wirtschaftlich unbedeutende Restvergütung gewährt wird) haben zur Voraussetzung, dass von den betroffenen (Zahn-)Ärzten ein vergleichbar großer Versorgungsbedarf abzudecken ist. Schon die erheblichen Unterschiede im jeweiligen Versorgungsgrad in den 48 niedersächsischen Planungsbereichen, der von 66,7 % bis 140 % differiert, machen die Implausibilität einer solchen Annahme deutlich. Die sich bereits daraus ergebende Unzulässigkeit einheitlicher Budgets kann die KZV auch nicht mit der zwischenzeitlich rückwirkend eingeführten **Härtefallregelung** entkräften. Der dort in bestimmten Fällen vorgesehene Zuschlag kann ohnehin nach den tatbestandlichen Voraussetzungen in 30 der 48 Planungsbereiche nicht gewährt werden, obwohl auch bereits bei einer Betrachtung allein dieser 30 Planungsbereiche erhebliche Unterschiede im Versorgungsgrad (der dort zwischen 85 und 140 % liegt) festzustellen sind.

Zusätzlich zu den abzudeckenden **Grenzkosten** muss einem Zahnarzt noch ein spürbarer Zuwachs des (kalkulatorischen) (Zahn-)Arztlohnes verbleiben, da erst durch diesen eine finanzielle Motivation zur Erbringung weiterer Leistungen geschaffen wird. Entscheidende Bedeutung ist dabei auch der gesetzgeberischen Wertung bei der Ausgestaltung der Degressionsstufen in § 85 IVb SGB V beizumessen.

Ein HVM verstößt gegen das **Gebot der vorherigen Überschaubarkeit** verhaltenssteuernder Honorarregelungen, wenn nicht erkennbar ist, bis zu welchem Grenzwert den Vertragszahnärzten

Leistungen zum vollen Punktwert honoriert werden und ab wann nur eine im Vergleich dazu wirtschaftlich weitgehend unbedeutende Vergütung nach Maßgabe der sog. Restvergütungsquote in Betracht kommt. Solche klare Vorgaben gebietet auch der Verfassungsgrundsatz der **Verhältnismäßigkeit**.

Ein HVM muss bis zur Grenze einer übermäßigen Ausdehnung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit gewährleisten, dass dem einzelnen Vertragszahnarzt ein **effektiver wirtschaftlicher Anreiz** zur Erbringung auch **überdurchschnittlicher Leistungsvolumina** verbleibt.

Mangels entgegenstehender gesetzlicher Vorgaben haben die allgemeinen Zahnärzte keinen Anspruch auf ein zusätzliches **Budget für KfO-Leistungen**.

SG Hamburg, Urt. v. 10.03.2004 – S 35 KA 455/01 – wies die Klage ab, die *Berufung* führte zur Verpflichtung zur Neubeschreibung.

Z. T. anders bei allerdings wesentlich höherer Restquote und anderer Vorgaben für das Praxisbudget vgl. *LSG Hessen*, Urt. v. 14.05.2003 – L 7 KA 1425/00 – RID 04-02-06; *LSG Hessen*, Urt. v. 14.05.2003 – L 7 KA 1134/00 – RID 04-01-14, für das Jahr 1997 s. RID 00-02-32/33, S. 18.

II. PRAXIS- UND ZUSATZBUDGETS:

1. CHRONISCH SCHMERZKRANKE PATIENTEN

LSG Bayern, Urt. v. 04.08.2004 – L 12 KA 139/02 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-12

Anästhesist, Zusatzbudget Schmerztherapie, Schmerztherapie-Vereinbarung, Statusentscheidung

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

Die Gewährung des bedarfsabhängigen Zusatzbudgets Schmerztherapie ist nur Teilnehmern an der Schmerztherapie-Vereinbarung vorbehalten (vgl. hierzu bereits Urt. des *Senats* v. 16.05.2001 - L 12 KA 147/99 - juris, die Nichtzulassungsbeschwerde zurückgewiesen durch *BSG*, Beschl. v. 23.01.2002 - B 6 KA 91/01 B – RID 02-04-50 <juris>). Ein Rechtsstreit über die Frage der Teilnahme ist für die Frage des Budgets nicht präjudiziell, denn bei der Erteilung der Genehmigung zur Teilnahme an der Schmerztherapie-Vereinbarung handelt es sich um eine Statusentscheidung, die immer nur ex nunc, nicht aber für die Vergangenheit rückwirkend (ex tunc) erteilt werden kann.

SG München, Urt. v. 03.06.2003 - S 21 KA 535/02 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

2. QUALIFIKATIONSGB. ZUSATZBUDGETS UND "NULLABRECHNER"/FEHLENDES REFERENZQUARTAL

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 01.12.2004 – L 3 KA 360/02 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-13

Zusatzbudget, qualifikationsgebundenes Zusatzbudget, bedarfsabhängiges Zusatzbudget, Honorarverteilung, Zusatzbudget „Sonographie“

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

Bei der Differenzierung der qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets in **Unter- und Obergruppen** sind sog. **"Nullabrechner"** nicht zu berücksichtigen.

Bei dem **Zusatzbudget "Sonografie"** ergibt sich das Problem, dass für die Punktzahlanforderung der unter das Zusatzbudget fallenden Leistungen auf das erste Halbjahr 1996 abzustellen sein soll, in dem die (u.a.) maßgebliche Nr. 377 EBM noch nicht galt. Sie ist ebenso wie die das Zusatzbudget "transkavitäre Sonografie" definierende Nr. 388 EBM erst zum Juli 1996 eingeführt worden. Nach welcher Maßgabe Zusatzbudgets zu berechnen sind, wenn die gemäß Anlage 4 Abs. 1 maßgeblichen Punktzahlanforderungen auf der Basis der ersten beiden Quartale des Jahres 1996 nicht berechnet werden können, weil die entsprechenden Leistungsnummern in diesem Zeitraum noch nicht bestanden, ist weder in Anlage 4 noch in anderen Vorschriften des EBM geregelt. Da keine Hinweise dafür vorliegen, dass dies von dem gemäß § 87 I 1 SGB V für die Ausgestaltung des EBM zuständigen Bewertungsausschuss bewusst unterlassen worden wäre, ist der EBM insoweit als lückenhaft anzusehen. Diese Lücke ist im Wege ergänzender Auslegung zu schließen.

SG Hannover, Urt. v. 17.07.2002 - S 16 KA 158/00 - RID 02-04-14 verpflichtete zur Neubeschreibung, das *LSG* wies die Klage ab.

3. ZUSATZBUDGET ORTHOPTIK UND PLEOPTIK/LASERCHIRURGIE

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 01.12.2004 – L 3 KA 502/02 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-14

Zusatzbudget, Zusatzbudget Orthoptik und Pleoptik, Laserchirurgie

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

Die Heranziehung eines Zusatzbudgets in einem angefochtenen Honorarbescheid enthebt das **Gericht** nicht der **Prüfung**, ob die Klägerin dieses überhaupt dem Grunde nach beanspruchen konnte. Die Einzelheiten der in dem **Honorarbescheid** aufgeführten **Budgetberechnungen** beinhalten keine eigenständigen Regelungen, sondern bilden lediglich unselbstständige **Begründungselemente** für den im Tenor des Bescheides zuerkannten Honoraranspruch.

Eine Zuerkennung der **Zusatzbudgets Orthoptik und Pleoptik** scheidet aus, wenn die im Bereich dieses Zusatzbudgets erbrachte **Leistungsmenge** nicht merklich über dem Durchschnitt der Fachgruppe liegt (hier: ein Drittel des Fachgruppendurchschnitts).

Werden Leistungen eines Zusatzbudgets von weniger als der Hälfte der Praxen der Fachgruppe und damit nur von einer Minderheit erbracht, so handelt es sich um **atypische Leistungen**, bezüglich derer keine nachhaltige Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts für eine Zuerkennung zu fordern ist. Dies ist für das **Zusatzbudget Laserchirurgie** der Fall.

Die **Erweiterung von Zusatzbudgets** gemäß Nr. 4.3 unterliegt jedoch grundsätzlich strengeren Voraussetzungen als die erstmalige Zuerkennung nach Nr. 4.2. Erfüllt ein Arzt nicht einmal die Voraussetzungen der Ziffer 4.2 in dem Sinne, dass ihm das Zusatzbudget nach Maßgabe des sog. Oberschnitts bewilligt werden könnte, dann ist folgerichtig erst recht kein Raum, das ihm nach Ziffer 4.2 auf der Basis des sog. Unterschnitts zugesprochene Budget unter Heranziehung der Ausnahmenvorschrift der Ziff. 4.3 zu erweitern.

Der Umstand, dass **der den Fachgruppendurchschnitt übersteigende Anteil** des Leistungsvolumens bei den Ziffern 1216, 1218 und 1219 EBM in Höhe von 9,13 Punkten nur **etwa 1,22 %** der insgesamt im Falldurchschnitt abgerechneten Punktmenge von rund 750 ausmacht, macht deutlich, dass keine Korrektur der Budgetvorgaben durch eine Erweiterung des Praxisbudgets geboten ist.

SG Hannover, Urt. v. 06.11.2002 - S 10 KA 851/98 - verpflichtete zur Neubescheidung, das LSG wies die Klage ab.

4. PRAXISBUDGET U. GESPRÄCHSLEISTUNGEN/ZUSATZBUDGET PSYCHOSOMATIK

LSG Brandenburg, Urt. v. 25.08.2004 – L 5 KA 4/01 –

RID 05-01-15

Revision anhängig: B 6 KA 80/04 R

Allgemeinarzt, Praxisbudget, Zusatzbudget, Psychosomatik, Gesprächsleistung

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

Eine Allgemeinmedizinerin hat keinen Anspruch auf Erweiterung des qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets Psychosomatik hinsichtlich der Gebührennummern 850 und 851 EBM und des Praxisbudgets hinsichtlich der Gesprächsleistungen nach den Gebührennummern 10, 11, 18 EBM, wenn die psychosomatischen Leistungen in den Bezugsquartalen 4,14 % (Fachgruppe 1,2 %) betragen und die überdurchschnittliche Abrechnung von Gesprächsleistungen einer geringen Patientenzahl gegenübersteht.

Die Kl., eine Ärztin für Allgemeinmedizin mit den Zusatzqualifikationen Naturheilverfahren, Neuraltherapie, Psychotherapie, Hypnose, rechnete in III/97 bis II/98 75, 92, 102 u. 95 budgetrelevante Fälle bei durchschnittlich 900 budgetrelevanten Fällen der Fachgruppe ab. Ihr Überweisungsanteil betrug etwas weniger als die Fachgruppe. In I u. II/96 betrug der Anteil der Leistungsanforderung der Nr.851 an der Gesamtleistungsanforderung 4,16 % beziehungsweise 4,12 %. In den Quartalen III/96 bis I/98 betrug dieser Anteil 3,77 %, 3,98 %, 2,92 %, 2,60 %, 17,24 %, 11,48 % und 9,64 %. Der Anteil der Leistungsanforderungen der Gebührennummer 850 an der Gesamtleistungsanforderung betrug von Quartal I/96 bis I/98 höchstens 2 % (Quartal II/97), der Gebührennummer 855 0 % bis zum Quartal III/97, im Quartal IV/97 dann 4,32 % und im Quartal I/98 5,74 %. Die Leistungsanforderungen der Gebührennummern 10, 11, 17 und 18 an der Gesamtleistung betrug in den Quartalen I u. II/96 58,26 % beziehungsweise 58,18 %. In den Folgequartalen III/96 bis I/98 betrug dieser Wert 20,58 %, 11,30 %, 12,24 %, 11,67 %, 24,79 %, 36,16 % und 26,26 %. In den Quartalen II/98 bis IV/02 hatte die Kl. nur in den Quartalen III/99, IV/99 und IV/01 jeweils einen Überweisungsfall. Eine Erweiterung des Praxisbudgets hinsichtlich der Gebührennummern 10, 11, 18 und die Erweiterung des Zusatzbudgets Psychosomatik (Gebührennummern 850, 851) lehnte die Bkl. ab. *SG Potsdam, Urt. v. 22.11.2000 - S 1 KA 121/98 – wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.*

III. SACHLICH-RECHNERISCHE BERICHTIGUNG UND GEBÜHRENRECHT

BSG, Urt. v. 30.06.2004 B 6 KA 34/03 R – hat zur Reichweite des **Vertrauensschutzes** von Ärzten gegenüber **rückwirkenden Honorarberichtigungen** nunmehr für die **Fallgruppe einer individuell fehlerhaften Rechtsanwendung im Einzelfall** – nicht bei Abrechnungsfehlern des (Zahn)-Arztes oder im Zusammenhang mit Korrekturvorbehalten – auf die Rechtsgrundsätze nach § 45 II 3 iVm IV 1 SGB X verwiesen; von praktischer Bedeutung ist regelmäßig allein, ob der betroffene (Zahn)-Arzt die Fehlerhaftigkeit des ursprünglichen Bescheides kannte oder infolge grober Fahrlässigkeit nicht kannte; ist das nicht der Fall, kann die K(Z)ÄV den anfänglich rechtswidrigen Bescheid nicht zu Lasten des (Zahn)-Arztes korrigieren; zur **Instanzenpraxis** vgl. zuletzt RID 04-03-A III 1 (S. 14 f.); nach *BSG*, Urt. v. 08.09.2004 - B 6 KA 14/03 R – steht dem Vertragsarzt für Leistungen, die er **nicht gemäß den Bestimmungen des Vertragsarztrechts** erbracht hat, auch kein Vergütungsanspruch auf bereicherungsrechtlicher Grundlage zu; zur **sachlich-rechnerischen Berichtigung einzelner Gebührenpositionen** s. zuletzt *BSG*, Urt. v. 08.09.2004 - B 6 KA 82/03 R – (Nr. 653 EBM); v. 08.09.2004 - B 6 KA 37/03 R u. B 6 KA 46/03 - (Nr. 273 EBM); zur **Fachfremdheit** s. nachstehend unter 3. u. RID 04-04-21 m.w.N. sowie zuletzt *BSG*, Urt. v. 02.04.2003 - B 6 KA 30/02 R - SozR 4-2500 § 95 Nr 5 = GesR 2003, 284 (Chirurg und arthroskopische Leistungen); v. 08.09.2004 - B 6 KA 27/03 R – (Orthopäde und kinesiologische Untersuchung durch Prüfung der Lagereaktionen bei kleinen Kindern); v. 08.09.2004 - B 6 KA 32/03 R – (Neurologe und Dopplersonographische Untersuchungen der Arteria subclavia).

1. BVERFG: KONTROLLE DES EBM (NR. 14 EBM)

BVerfG, 1. Sen., 2. Ka., *Beschl. v. 22.10.2004 – 1 BvR 528/04 u.a.* - juris

RID 05-01-16

EBM, Bewertungsausschuss, Norm, Normgeber, Nervenarzt, psychisch Kranker

GG Art. 3 I, 12 I; EBM Nr. 14

Die **Verfassungsbeschwerden** gegen *BSG*, *Beschl. v. 28.01.2004 - B 6 KA 97/03 B - RID 04-02-37 u.a.* und LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 16.07.2003 – L 5 KA 2312/02 - RID 04-02-36 u.a. werden nicht zur Entscheidung angenommen.

Die **Leistungsbeschreibungen des EBM** dienen dem Gemeinwohlbelang der Funktionsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie sind geeignet und erforderlich, eine gleichmäßige Vergütung der Vertragsärzte sicherzustellen. Auch hinsichtlich der Verhältnismäßigkeit bestehen im Allgemeinen keine Bedenken, sofern die Vereinbarungen der KBV mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen sachgerecht sind. Als **Normgeber** unterliegt der **Bewertungsausschuss** denselben verfassungsrechtlichen Bindungen wie jedes andere zur Normsetzung befugte Gremium.

Es kann offen bleiben, ob der EBM notwendig eine besondere Leistungsziffer für die **kontinuierliche Betreuung psychisch Kranker** enthalten muss. Es ist jedenfalls nicht unangemessen, wenn die kontinuierliche und aufwändige Betreuung chronisch psychotischer Patienten einschließlich der Anleitung und Führung der Bezugs- und Betreuungspersonen unter Einschluss von Koordinierungsmaßnahmen pauschalierend von zusätzlichen objektivierbaren Merkmalen abhängig gemacht wird, die über die mehrmalige Behandlung im Quartal hinausgehen. Das hat notwendig zur Folge, dass ein Teil der Behandlungsfälle aufgrund der besonders hohen Abrechnungsvoraussetzungen der eigens für umfassende Betreuungsleistungen vorgesehenen Leistungsziffer nicht unterfallen.

An der verfassungsrechtlich erforderlichen **Effizienz des Rechtsschutzes** fehlt es auch nicht deshalb, weil **Anfragen beim Bewertungsausschuss** zur Aufklärung der dem EBM zugrunde liegenden Erwägungen **unterblieben sind**. Der **EBM** hat nach der Rechtsprechung der Sozialgerichte **Normcharakter**. Es kommt nicht auf die Überlegungen des Normgebers im Einzelnen, sondern auf die sachliche Rechtfertigung der Regelung insgesamt an.

Ausgehend von den Aufgaben des Bewertungsausschusses und den mit den Bestimmungen des EBM verfolgten Zwecken besteht zwar ein weiter **Gestaltungsspielraum**, dieser wird aber durch die Schranken des Art. 3 I GG begrenzt (vgl. BVerfGE 106, 166; BVerfG, DVBl 2004, S. 1104).

Im Hinblick auf einen möglichen Bescheidungsantrag hat das Bundessozialgericht seine Entscheidung in der Sache vertretbar damit begründet, dass das Erfordernis eines Hausbesuchs schon deshalb **sachgerecht** sei, weil mit der hohen Punktzahl ein besonderer Betreuungs- und Behandlungsaufwand honoriert werden solle. Dieser sei gerade mit **Hausbesuchen** verbunden. Darüber hinaus hat das Bundessozialgericht in Frage gestellt, ob es sich bei den von den Beschwerdeführern betreuten psychisch Kranken, die keiner häuslichen Pflege bedürfen und die Praxis aufsuchen können, um den in Nr. 14 EBM umschriebenen Personenkreis handelt. Ob diese Erwägungen einfachrechtlich zutreffen, hat das Bundesverfassungsgericht nicht zu überprüfen.

2. AUFHEBUNG EINES HONORARBESCHEIDS

A) KEINE ZWINGENDE HONORARRÜCKZAHLUNG BEI VERSTOß GEGEN VERTRAGSARZTRECHT

LSG Bayern, Beschl. v. 05.05.2003 – L 12 B 170/03 KA ER -

RID 05-01-17

Vertragsarzt, freie Praxis, Laborarzt, Honorarberichtigung, Innengesellschaft, Gesellschafter, Honoraranspruch, Scheinselbstständigkeit

SGB V §§ 85 IV; 95 Ärzte-ZV § 32 I; SGG §§ 86a II Nr. 4, 86b I 1 Nr. 2

Es ist umstritten, welche Anforderungen im Einzelnen an **vertragsärztliche Kooperationsformen** zu stellen sind, damit sie den Anforderungen einer **freien Praxis** nach § 32 I Ärzte-ZV entsprechen.

Aus der Feststellung, ein Arzt hat Leistungen nicht in **Übereinstimmung mit dem Vertragsarztrecht** erbracht, folgt nicht zwangsläufig, dass er die dafür erhaltenen **Honorare** zurückzahlen muss.

Aus den Gründen:

„... Selbst wenn man zu dem Ergebnis kommt, der Bg (Anm.: das ist hier der Vertragsarzt) habe die honorierten vertragsärztlichen Leistungen nicht in Übereinstimmung mit dem geltenden Vertragsarztrecht erbracht, folgt daraus nicht zwangsläufig, dass er die dafür erhaltenen Honorare zurückzahlen muss. Das würde voraussetzen, dass § 32 Abs. 1 Satz 1 Ärzte-ZV die Existenz des ärztlichen Honoraranspruchs von seiner Befolgung abhängig machen würde. Wie das LSG Niedersachsen-Bremen (a.a.O. S. 28) zutreffend ausführt, ist kein Rechtsgrundsatz ersichtlich, wonach jegliche Missachtung der von einem Vertragsarzt zu beachtenden rechtlichen Vorgaben zu einem vollständigen Verlust seines Honoraranspruchs führt. Ob dies vorliegend der Fall ist, kann erst im Zuge des Hauptsacheverfahrens abschließend geklärt werden. Zwar besteht ein Vergütungsanspruch grundsätzlich nur für im Einklang mit dem geltenden Vertragsarztrecht erbrachte Leistungen (vgl. BSG Urteil vom 4. Mai 1994, SozR 3-2500 § 85 SGB V Nr. 6 und vom 20. September 1995, SozR 3-5525 § 32b Nr. 1). Damit sollen die Vertragsärzte angehalten werden, die geltenden Rechtsnormen zu beachten. Ob eine solche verhaltenssteuernde Wirkung jedoch im vorliegenden Fall durch die Rückforderung von vor langer Zeit gezahlten Honoraren noch erreicht werden kann, erscheint zweifelhaft, zumal im Hinblick auf die Unbestimmtheit des § 32 Abs. 1 Satz 1 Ärzte-ZV dem die Leistung erbringenden Arzt eine klare Unterscheidung zwischen normkonformen und normwidrigem Verhalten nur schwer möglich war. Im Übrigen hatte der Bg die damalige Praxistätigkeit bei Erhalt des Bescheides bereits aufgegeben. Soweit erkennbar ist zwischen den Beteiligten nicht streitig, dass die beanstandeten Leistungen medizinisch notwendig waren und vom Bg „lege artis“ erbracht wurden. Ob unter diesen Umständen die Bf berechtigt ist, die gezahlten Honorare in voller Höhe vom Bg zurückzufordern, zumal dieser sie nach dem Vorbringen der Bf nicht persönlich erhalten, sondern an einen Vertragspartner abgetreten hat, bedarf einer eingehenden rechtlichen Prüfung, die dem Hauptsacheverfahren vorbehalten bleiben muss.“

Der antragstellende Laborarzt war seit III/93 zugelassen. Nach Ruhen der Zulassung (14.07. bis 30.09.1997) verlegte er den Praxissitz und führte eine Praxisgemeinschaft, ab 1998 eine Gemeinschaftspraxis, ab März 1999 eine Einzelpraxis. Im Oktober 1998 **entzog** der Zulassungsausschuss die **Zulassung**; nach erfolglosem Widerspruch ist eine Klage anhängig (SG Nürnberg – S 6 KA 17/00 -). Dem Antrag auf Sofortvollzug der KV gab das SG statt; das **LSG** hob dessen Beschl. mit Beschl. v. 09.09.2002 – L 12 B 87/02 KA ER – RID 05-01- (diese Ausgabe S. 42) wieder auf. Mit Bescheid von 1998 nahm die KV eine **Honorarberichtigung** in Höhe von 16.319.396,80 DM für die 16 Quartale IV/93 bis III/97 vor (Klageverfahren SG München – S 39 KA 148/99 -), da der Ast. **nicht in freier Praxis** tätig gewesen sei. Er sei aufgrund komplexer vertraglicher Vereinbarungen nicht am Betriebsvermögen beteiligt und von den erheblichen Finanzierungskosten und wirtschaftlichen Risiken befreit gewesen, habe eine jährliche Entschädigung als Geschäftsführer erhalten und dafür seine Honorarforderungen an seinen Vertragspartner abgetreten. Er sei persönlich und wirtschaftlich nicht unabhängig gewesen und habe „de facto“ ein Festgehalt bezogen, kein Unternehmerrisiko getragen und sei nicht weisungsfrei gewesen. Es fehle an einer vertragsärztlichen Tätigkeit, er habe das Honorar ohne Rechtsgrund erhalten. Die KV behielt ferner die Restzahlungen für I/99 bis IV/01 in Höhe von 1.097.598,15 DM ein. **SG München**, Beschl. v. 26.02.2003 – S 39 KA 1986/02 ER – ordnete die aufschiebende Wirkung von Widerspruch und Klage gegen die Honorarberichtigung an und verpflichtete die KV, die einbehaltenen Restzahlungen für I/99 bis IV/01 auszuführen. Auf Beschwerde der KV verpflichtete das **LSG** zur Auszahlung gegen Übergabe einer **selbstschuldnerischen Bankbürgschaft**, wies die Beschwerde im Übrigen aber zurück.

S. a. vorstehend **LSG Brandenburg**, Beschl. v. 25.10.2004 – L 5 B 106/04 KA ER - RID 05-01-08 m.w.N. und nachstehend **SG München**, Urte. v. 25.06.2002 – S 45 KA 312/99 - RID 05-01-19.

B) PRAXISGEMEINSCHAFT: RECHTSMISSBRÄUCHLICHE FALLZÄHLERHÖHUNG

LSG Baden-Württemberg, Urte. v. 09.06.2004 - L 5 KA 4316/02 -

RID 05-01-18

Revision anhängig: B 6 KA 76/04 R

Doppelinlesung, Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft, Arztwahl, Ordinationsgebühr, Grundpauschale
SGB V §§ 73, 76 III

Leitsätze:

Hausärzte, die ihre Gemeinschaftspraxis in eine Praxisgemeinschaft umwandeln, handeln rechtsmissbräuchlich, wenn sie es darauf anlegen, eine möglichst hohe Zahl an Doppelbehandlungen bei beiden Ärzten im selben Quartal zu erreichen. Bei diesem Verhalten ist die eingereichte Abrechnungssammelerklärung unrichtig mit der Folge, dass die KÄV das zustehende Honorar schätzen kann.

Zusammenfassung der Redaktion:

Ein Vertragsarzt darf nicht durch ein Verhalten dazu beitragen, dass die Versicherten im Quartal den Hausarzt ohne wichtigen Grund wechseln. Der hausärztlich tätige Vertragsarzt hat den Versicherten darauf hinzuweisen, dass der Wechsel des Hausarztes nur aus einem wichtigen Grund erfolgen soll. Besondere Maßstäbe gelten in Fällen, in denen die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte in irgendeiner Form zusammenarbeiten und der Versicherte innerhalb dieser gemeinsamen Praxisorganisation den Hausarzt wechselt. Ein zulässiger Wechsel des Hausarztes innerhalb eines Quartals kann nur in einzelnen Fällen gegeben sein, keineswegs aber zwischen 45% und 72% der Abrechnungsfälle. Ein wichtiger Grund zum Wechseln liegt nur vor, wenn unter Berücksichtigung der Interessen des Versicherten eine weitere hausärztliche Behandlung durch den gewählten Hausarzt bis zum Ende des Quartals nicht mehr zumutbar ist.

Auf unterschiedliche Behandlungsschwerpunkte können sich Hausärzte nicht berufen. Eine Spezialisierung innerhalb eines Behandlungsspektrums entspricht nicht dem Wesen des Hausarztes.

Das systematische Zuweisen von Patienten an andere ärztliche Kollegen ohne medizinische Notwendigkeit und allein mit dem Ziel, dem ärztlichen Kollegen Einnahmen zu verschaffen, ist rechtsmissbräuchlich. Werden Gebührenatbestände durch rechtsmissbräuchliches Handeln erfüllt, besteht kein Anspruch auf eine Vergütung.

Eine Abrechnungssammelerklärung ist unrichtig, wenn Vertragsärzten schon allein aufgrund des Wechsels von einer Gemeinschaftspraxis zur Praxisgemeinschaft hätte klar sein müssen, dass sie nicht wie bisher weiterhin Patienten gemeinsam hausärztlich behandeln können.

Der Kl., ein Allgemeinarzt führte bis 1995 mit dem Allgemeinarzt Dr. U. eine **Gemeinschaftspraxis**. Seit 1996 sind beide in einer **Praxisgemeinschaft** tätig. Die bekl. KV strich die Nr. 1 EBM für die Quartale I/96 bis II/97 zwischen 256 mal und 330 mal pro Quartal (597.705 Punkte) und in den Quartalen I/96 bis IV/98 die (nicht budgetierte) Hausarztzuschale pauschal in Höhe von 30% pro Quartal (Kürzungsbetrag insoweit 25.835,22 DM). Zur Begründung führte sie u.a. aus, die Überprüfung habe ergeben, dass durchschnittlich 58% der Patienten des Kl. in beiden Praxen überwiegend mit "Originalschein" primär hausärztlich behandelt worden seien. Offensichtlich sei die Praxisgemeinschaft wie früher die Gemeinschaftspraxis weiter geführt worden. In den Doppelfällen seien damit in nicht gerechtfertigter Weise die doppelte Abrechnung der Ordinationsgebühr und der hausärztlichen Grundpauschalen sowie Vorteile bei der Budgetberechnung und bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung erreicht worden. Das Verhalten der beiden Ärzte stelle einen Verstoß gegen § 76 III i.V.m. § 73 SGB V (Hausarztssystem) dar. **SG Reutlingen**, Urt. v. 17.07.2002 - S 1 KA 620/00 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Vgl. zuletzt zur **verdeckten Gemeinschaftspraxis** RID 04-03 A III 1 a (S. 12 f. m.w.N.).

C) HONORARRÜCKFORDERUNG BEI VERDECKTEM ANGESTELLTENVERHÄLTNIS

SG München, Urt. v. 25.06.2002 – S 45 KA 312/99 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-19

Berufung anhängig: LSG Bayern - L 12 KA 138/02

Vertragsarzt, freie Praxis, Laborarzt, Honorarberichtigung, Innengesellschaft, Gesellschafter, Honoraran-spruch, Scheinselbstständigkeit

SGB V §§ 85 IV; 95 Ärzte-ZV §§ 32 I, 33

Der Arzt muss in der Praxis seine **ärztliche Berufstätigkeit in eigener Verantwortung** ausführen.

Übt ein Arzt trotz Zulassung seine Tätigkeit nach Würdigung des Gerichts tatsächlich als **angestellter Laborarzt** aus, so ist er nicht vertragsärztlich tätig und entfällt die **Garantiefunktion der Abrechnungssammelerklärung** vollständig. Die KV ist berechtigt, im Wege der sachlich-rechnerischen Berichtigung den Honorarbescheid aufzuheben und die gezahlten Honorare zurückzufordern. Es ist nicht entscheidungserheblich, ob die Zulassung rückwirkend entzogen werden kann.

Die bekl. KV hob den Honorarbescheid für das Quartal III/97 auf und forderte das Honorar in Höhe von 917.162,61 DM zurück. Der klagende Laborarzt hatte in einer Erklärung darauf hingewiesen, zum Zeitpunkt der Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit in keinem Beschäftigungsverhältnis zu stehen. Er war zunächst als ganztags beschäftigter Arzt (sog. Dauerassistent) bei Dr. M., Laborarzt in der D.Str. in A., die im Eigentum des Dr. R., Laborarzt in E. steht. Seit April 1997 war er vertragsärztlich tätig, bis 13.07.1997 in Praxisgemeinschaft mit Herrn Dr. M. Ab 14.07.1997 bis einschließlich 19.11.1997 betrieb er eine Einzelpraxis. Da die Vertragsverhandlungen mit Herrn Dr. R. Mitte 1997 scheiterten, ruhte vom 20.11.1997 bis 31.12.1997 seine Zulassung. Vom 01.01.1998 an setzte der Kläger seine Tätigkeit als Laborarzt in Praxisgemeinschaft mit der Gemeinschaftspraxis Dr. M./Dr. B. in der K.str. fort. Zum 01.03.1999 ist Frau Dr. B. ausgeschieden, so dass der Kläger nun mit Herrn Dr. M. in Praxisgemeinschaft die laborärztliche Tätigkeit fortführte. Mit Bescheid vom

04.12.1998 wurde ihm die Zulassung entzogen. Die Klage hiergegen wies SG Nürnberg, Urt. v. 14.02.2002 - S 12 KA 42/02 - ab; der Kl. hat Berufung eingelegt (zu Verfahren des Dr. M. s. vorstehend **LSG Bayern**, Beschl. v. 05.05.2003 - L 12 B 170/03 KA ER - RID 05-01-17).

D) ERMÄCHTIGTER KRANKENHAUSARZT: HÖCHSTPERSÖNLICHE LEISTUNGSERBRINGUNG

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 27.10.2004 - L 3 KA 209/04 ER - www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 05-01-20

Krankenhausarzt, Ermächtigung, persönliche Leistungserbringung, Sammelerklärung

SGB V §§ 15 I, 116; Ärzte-ZV §§ 31a, 32a; SGG § 86b I 1 Nr. 2; BMV-Ä § 15 I; EKV-Ä § 14 I

Vertragsärztliche Leistungen sind nur solche Leistungen, die in Übereinstimmung mit dem Grundsatz der **persönlichen Leistungserbringung** erbracht worden sind. Dieser ist im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung grundlegend in § 15 I SGB V und im Rahmen des vertragsarztrechtlichen Normengefüges vor allem in den §§ 15 I BMV-Ä, 14 I EKV-Ä geregelt. Dieser Grundsatz gilt auch für **ermächtigte Krankenhausärzte** (§ 32a Satz 1 Ärzte-ZV).

Für die Tätigkeit von **Assistenzärzten** ist in den §§ 15 I 2 BMV-Ä, 14 I 2 EKV-Ä geregelt, dass grundsätzlich auch ärztliche Leistungen, die durch (genehmigte) Assistenten erbracht werden, als persönliche Leistungen des Vertragsarztes anzuerkennen und zu honorieren sind. Dies gilt jedoch nicht für ermächtigte Krankenhausärzte.

Ein ermächtigter Krankenhausarzt gibt eine **unrichtige Sammelerklärung** ab, wenn er verschweigt, dass er zwei Assistenten im Rahmen seiner Ermächtigung beschäftigt hat. Damit waren auch alle Einzelabrechnungen unrichtig, bei denen die zugrundeliegenden ärztlichen Leistungen nicht durch ihn, sondern durch seine **Assistenzärzte** erbracht worden waren. Hieraus folgt, dass er im Rahmen der erneuten Honorarfestsetzung im Hinblick auf jede einzelne der abgerechneten Leistungen darzulegen und im Bestreitensfall zu beweisen hat, dass er persönlich und nicht einer seiner Assistenten diese Leistungen erbracht hat.

Fehlen Anhaltspunkte für eine einzelfallbezogene **Honorarschätzung**, ist das Vorgehen der KV nicht zu beanstanden, die Schätzung auf das zeitanteilige Tätigwerden des Antragstellers und seiner beiden Assistenzärzte zu stützen und dabei dem ermächtigten Arzt ein Drittel bzw. 40 % der abgerechneten Leistungen zuzuordnen.

Der Ast. begehrte einstweiligen Rechtsschutz gegen eine Honorarrückforderung in Höhe von 200.797,72 EUR für Behandlungsleistungen in den Quartalen IV/00 bis I/03. Er ist Facharzt für Innere Medizin (mit den Schwerpunkten Hämatologie und Internistische Onkologie) und **Chefarzt** der Klinik für Onkologie, Hämatologie und Immunologie am Klinikum C. er war zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung **ermächtigt**. Den Quartalsabrechnungen fügte er jeweils die von ihm unterschriebene **Sammelerklärung** mit der Erklärung bei, dass die abgerechneten Leistungen persönlich oder durch einen Vertreter bzw. Assistenten oder (auf Anordnung und unter Aufsicht und eigener Verantwortung) von nichtärztlichen Mitarbeitern erbracht worden sind. Zu der unter Punkt 2. der Sammelerklärung abgefragten Beschäftigung von Vertretern und Assistenten machte er keine Angaben. Die **Honorarfestsetzungen** betrugen für die streitbefangenen Quartale insgesamt 401.595,37 EUR. Die Ag., die **KV**, **berichtigte** sein **Honorar** um 50 % und forderte 200.797,72 EUR zurück, weil der Ast. nicht persönlich erbrachte Leistungen abgerechnet habe. Solange der Ast. keine Einzelheiten dazu vorbringe, in welchem Umfang jeder einzelne der in der Ambulanz tätigen drei Ärzte (Ast. und zwei Assistenten) an der Leistungserbringung beteiligt gewesen sei, sei im Rahmen des Schätzungsermessens davon auszugehen, dass alle drei Ärzte in zeitlicher Hinsicht zu etwa gleichen Teilen an der Leistungserbringung beteiligt gewesen seien. Der demnach eigentlich auf 1/3 des Honorars zu bemessende Anteil des Ast. sei zu erhöhen gewesen, weil dieser auf Grund seiner langjährigen Berufserfahrung einen höheren Leistungsanteil erbracht haben dürfte; da weitere Unwägbarkeiten die Gewährung eines Sicherheitsabschlags erforderten, sei nur ein Anteil von 50 % des Honorars zurückgefordert worden. **SG Hannover**, Beschl. v. 27.07.2004 - S 16 KA 156/04 ER - lehnte den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung des Widerspruchs ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

Nach **LSG Niedersachsen-Bremen**, Urt. v. 18.02.2004 - L 3 KA 99/02 - juris sind Laborleistungen, die Hilfspersonen im Zeitpunkt einer Urlaubsabwesenheit des Arztes erbracht haben, keine vertragsärztlichen Leistungen und können nicht vergütet werden; die hiergegen erhobene Nichtzulassungsbeschwerde hat **BSG**, Beschl. v. 08.09.2004 - B 6 KA 25/04 B - juris zurückgewiesen, weil in der Rechtsprechung des Senats geklärt ist, dass einem Vertragsarzt für die unter Verstoß gegen das **Gebot der persönlichen Leistungserbringung** (§ 32 I 1 Ärzte-ZV) erbrachten Leistungen keine Vergütung zusteht. Nach **BSG**, Urt. v. 08.09.2004 - B 6 KA 14/03 R - steht dem Vertragsarzt für Leistungen, die er **nicht gemäß den Bestimmungen des Vertragsarztrechts** erbracht hat, auch kein Vergütungsanspruch auf bereicherungsrechtlicher Grundlage zu (hier: Abrechnung stationärer als ambulante Leistungen).

E) TECHNISCHE FEHLER IM VERANTWORTUNGSBEREICH DER KV

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 13.10.2004 – L 5 KA 4756/03 – rechtskräftig

RID 05-01-21

Berichtigung, rechtswidriger Honorarbescheid, Verantwortungsbereich, technischer Fehler, Vertrauensschutz
SGB V § 85 IV

Leitsätze:

Die KV ist berechtigt, Honorarbescheide nachträglich zu berichtigen, die auf technischen Fehlern in ihrem Verantwortungsbereich (hier: unzureichende Dateneingabe bei der Errechnung des Einzelleistungskorrekturfaktors) beruhen. Auf Vertrauensschutz kann sich der Arzt jedenfalls dann nicht berufen, wenn ein individueller Vertrauenstatbestand nicht gesetzt ist und der Erstattungsbetrag sein Gesamteinkommen nur unwesentlich (hier knapp drei Prozent des Gesamthonorars für das betreffende Quartal) mindert.

Die Kl., eine Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, zugelassen seit II/00, wandte sich gegen eine Rückforderung in Höhe von DM 2.407,73 (€ 1.231,05) auf Grund einer Berichtigung der Gesamtabrechnung des Quartals II/01. Im Rahmen eines internen Controllings stellte die Bekl. bei der Abrechnung des Quartals II/01 einen Fehler bei der Anwendung des Einzelleistungskorrekturfaktors innerhalb der jeweiligen HVM-Fachgruppentöpfe fest, sodass im Ergebnis ein zu hoher Punktwert für die "roten Leistungen" und ein überwiegend zu niedriger Punktwert für die "grün/gelben Leistungen" zur Auszahlung kam. Dies teilte die Beklagte ihren Mitgliedern mit Schreiben vom November 2001 mit und kündigte abgeänderte Honorarbescheide an. Unter Bezugnahme auf das Schreiben vom November 2001 teilte die Bekl. der Kl. mit dem "Berichtigungsbescheid zur GKV-Honorarabrechnung des 2. Quartals 2001" vom 26. November 2001 mit, für ihre Praxis ergebe sich eine Rückforderung von DM 2.407,73. Der Bescheid enthält den Hinweis: "Dieser Bescheid ändert die Gesamthonorarabrechnung vom 11.10.2001 ab". *SG Stuttgart*, Gerichtsb. v. 29.10.2003 – S 5 KA 531/03 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

3. FACHFREMDEIT BEI UNTERSCHIEDLICHEN WEITERBILDUNGSORDNUNGEN (HNO/RÖNTGEN)

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 18.08.2004 – L 3 KA 103/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-22

Revision anhängig: B 6 KA 75/04 R

Fachfremdheit, Weiterbildungsordnung, HNO-Arzt, Chirotherapie, Zusatzqualifikation, Vertrauensschutz
EBM Nr. 5032

Die Frage einer **Fachfremdheit** röntgenologischer Aufnahmen der Halswirbelsäule für HNO-Ärzte wird in den einzelnen **Bundesländern unterschiedlich** beurteilt.

Die Diagnose und Behandlung von Halswirbelsäulenbeschwerden zählt nach der **WBO der Ärztekammer Niedersachsen** nicht zum Fachgebiet eines HNO-Arztes. Röntgenaufnahmen der Halswirbelsäule sind für dieses Fachgebiet fachfremd (vgl. *LSG Niedersachsen, Breithaupt 1998, 715*). Die Fachfremdheit bleibt auch dann, wenn der Arzt sie berufsrechtlich aufgrund einer nach Landesrecht erworbenen **Zusatzqualifikation** erbringen darf. Einem HNO-Arzt sind **chirotherapeutische Eingriffe** an der Halswirbelsäule unter Einschluss der zur Vorbereitung ihrer durchzuführenden Röntgenaufnahmen der HWS verwehrt.

Unter **Vertrauensschutzgesichtspunkten** kann auf eine Honorierung fachfremder Leistungen dann ein Anspruch bestehen, soweit über einen längeren Zeitraum eine systematisch fachfremde oder eine ohne ausreichende fachliche Qualifikation ausgeübte Tätigkeit wesentlich geduldet und der Vertragsarzt im Vertrauen auf die weitere Vergütung solcher Leistungen weiterhin entsprechende Leistungen erbracht hat (*BSG, Urt. v. 05.02.2003 - B 6 KA 15/02 R -*). In diesem Zusammenhang ist namentlich zu prüfen, ob dem Vertragsarzt nach den Umständen des Falles eine **Auslauffrist** zuzubilligen ist. Dies kann selbst dann angezeigt sein, wenn die KV Anlass zur Änderung ihrer Verwaltungspraxis hatte (vgl. *BSG SozR 3-2500 § 95 Nr. 9 S 38*); dabei kommt insbesondere dem Umstand Bedeutung zu, wann der Vertragsarzt Kenntnis davon erlangt hat, dass der KV-Vorstand hinsichtlich der Fachgebietszugehörigkeit der streitigen Leistungen zwischenzeitlich seine Auffassung geändert hatte (*BSG, Urt. v. 05.02.2003 - B 6 KA 15/02 R -*).

SG Hannover, Urt. v. 27.02.2002 – S 16 KA 974/98 – gab der Klage statt, das *LSG* gab der Klage nur teilweise statt; zur **Revisionszulassung** wies es darauf hin, dass gleichlautende Bestimmungen über die Grenzen des HNO-ärztlichen Fachgebietes in den jeweiligen Weiterbildungsordnungen beispielsweise in Niedersachsen und in Baden-Württemberg unterschiedlich hinsichtlich der Zulässigkeit der Vornahme von Röntgenaufnahme der Halswirbelsäule interpretiert werden.

4. ZYTODIAGNOSTIK: PRÄPARATEBEZOGENE PRÜFUNG FÜR PATHOLOGEN

SG Berlin, Urt. v. 09.06.2004 – S 71 KA 336/01 - rechtskräftig

RID 05-01-23

Pathologe, Zytologie-Vereinbarung, Prüfung
SGB V § 135 II 1; EBM Nrn. 155, 4951

Die von BSG, Urt. v. 18.03.1998 – B 6 KA 23/97 R – SozR 3-2500 § 135 Nr. 9 gemachten Ausführungen zur Rechtmäßigkeit der in der Zytologie-Vereinbarung v. 19.02.1992 vorgesehenen Qualitätserfordernisse gelten auch für Pathologen, auch wenn die zytologischen Untersuchungen bei dieser Facharztgruppe – anders als bei Gynäkologen – wesentliche Leistungen des Fachgebiets sind. Auch Pathologen müssen eine präparatebezogene Prüfung nachweisen (vgl. BSG, Beschl. v. 26.01.2000 – B 6 KA 44/99 B – zit. n. Wenner, NZS 2000, S. 4). Eine Weiterbildungsermächtigung reicht nicht aus. Erbrachte Leistungen nach Nrn. 155, 4951 EBM können sachlich-rechnerisch berichtigt werden.

5. BERICHTIGUNG EINZELNER GEBÜHRENNUMMERN

A) INTERNIST UND NRN. 820, 821 EBM: FACHFREMDEIT

LSG Bayern, Urt. v. 02.10.2002 - L 12 KA 138/00 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-24

Internist, Psychotherapie, Psychoanalyse, fachfremd, Psychotherapeutische Medizin
EBM Nrn. 820, 821

Ein als Internist mit den Zusatzbezeichnungen "Psychotherapie" und "Psychoanalyse" zugelassener Vertragsarzt kann die Nrn. 820, 821 EBM als fachfremd nicht abrechnen. Eine Abrechnung scheidet auch dann aus, wenn er die Facharztanerkennung für Psychotherapeutische Medizin hat, denn auch die Ärzte dieses Fachgebiets sind nach der Präambel zum Abschnitt G II von der Erbringung dieser Leistungen ausgeschlossen.

SG München, Urt. v. 25.10.2000 - S 38 KA 176/99 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

B) PSYCHOTHERAPIE: NRN. 870, 881, 882 EBM

SG München, Urt. v. 03.12.2003 – 33 KA 1161/00 - (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-25

Doppelstunde, probatorische Sitzung, Kurzzeittherapie, Antragsverfahren
EBM Nrn. 870, 881, 882

Die Nr. 870 EBM kann je Sitzung nur einmal abgerechnet werden, auch bei Doppelstunden.

Der Ansatz einer probatorischen Sitzung nach Nr. 870 EBM neben der Nr. 881 EBM, d.h. einer Verhaltenstherapie als Kurzzeittherapie in Einzelbehandlung, ist ebenfalls nicht möglich. Nach den Psychotherapie-Richtlinien, Teil E Nr. 1.1.2 setzt eine Kurzzeittherapie nach Nr. 881 EBM eine entsprechende Antragstellung und Begutachtung voraus, während eine probatorische Sitzung nach Nr. 870 EBM gemäß Nr. 1.1.1 nur vor der Antragstellung möglich ist. Ein zeitgleicher Ansatz beider Leistungen scheidet demnach aus.

Der Ansatz der Nr. 881 und 882 EBM ohne Durchführung des Antragsverfahrens ist nicht regelkonform. Erbrachte Leistungen können abgesetzt werden.

Nach *LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 31.03.2004 – L 11 KA 15/02* - RID 04-04-27 kann die Nr. 827 EBM bei einer durchgeführten Gruppentherapie nicht zweimal pro Teilnehmer abgerechnet werden, wenn der klientenbezogene und der themenbezogene Teil je 50 Minuten dauerte und durch eine ca. 30-minütige Pause unterbrochen war.

C) NRN. 187, 381, 388, 1115 EBM (KONTROLLSONOGR. N. SCHWANGERSCHAFTS- ABBRUCH)

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 18.08.2004 – L 3 KA 183/03 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-26

Revision anhängig: B 6 KA 77/04 R

Sonographie, Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation, Portioadapter
SGB V § 24b; StGB § 218a; EBM Nrn. 187, 381, 388, 1115

Kontrollsonographien nach ambulant durchgeführten Schwangerschaftsabbrüchen, die am Tage des Eingriffs noch vor der Entlassung der Patientin in den häuslichen Bereich vorgenommen werden,

können nicht nach den Nrn. 381 und 388 EBM gesondert abgerechnet werden. Sie sind Bestandteil des Abbruchs und seiner Nachbehandlung (bei komplikationslosem Verlauf).

Neben Leistungen nach Nr. 187 EBM (Sterilisation) können Leistungen nach Nr. 1115 EBM (Anlegen eines Portoadapters) nicht abgerechnet werden.

SG Hannover, Urt. v. 09.04.2003 – S 16 KA 633/99 – verpflichtete unter Abweisung der Klage im übrigen, die abgesetzten Leistungen nach den Nrn. 381 und 388 EBM nachzuvergüten; die **Berufung** führte zur Klageabweisung insgesamt.

D) NRN. 7116, 8015 EBM/FACHFREMDHEIT FRAUENARZT

LSG Bayern, Urt. v. 21.07.2004 – L 12 KA 123/02 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-27

Diabetes mellitus, Fachgebiet, Frauenarzt, Versandkosten, infektiöses Material
EBM Nrn. 7116, 8015

Die **Nr. 8015 EBM** ist ausschließlich im Zusammenhang mit den genehmigungspflichtigen Nrn. 7215, 8013 und 8014 EBM abrechenbar und nur von einem Arzt, der die Genehmigungen zur Abrechnung der Nrn. 7215, 8013, 8014 EBM hat und der Teilnehmer der Diabetes-Vereinbarung ist (vgl. § 5 der Diabetes-Vereinbarung). Die Nr. 8015 EBM kann ein **Frauenarzt nicht fachgebietskonform** erbringen (vgl. zum Ganzen: Urt. des Senats vom gleichen Tage, L 12 KA 124/02).

Es reicht für eine Pauschalerstattung mit dem erhöhten Betrag gemäß der **Nr. 7116 EBM** zusätzlich zu der Grundpauschalerstattung nach der Nr. 7103 EBM nicht aus, dass es sich um infektiöses Material handelt. Es muss hinzukommen, dass es gerade wegen der Versendung bzw. dem Transport von infektiösem Material notwendigerweise zu zusätzlichen Kosten kommt. Es ist grundsätzlich nicht zu beanstanden, wenn die KV zur Auslegung der Nr. 7116 EBM maßgeblich auf die Regelungen über den Postversand von medizinischem Untersuchungsgut der Bundespost abstellt, in denen danach unterschieden wird, ob es sich um Untersuchungsgut ohne oder mit geringerem Infektionsrisiko oder Untersuchungsgut mit Infektionsrisiko handelt. Nur in letzteren, wesentlich selteneren Fällen ist eine Versendung per Wertbrief/Wertpaket und somit der Zuschlag nach der Nr. 7116 EBM erforderlich.

Der Kl., ein Frauenarzt mit Labor, wandte sich gegen die sachlich-rechnerische Berichtigung im Quartal IV/97; u.a. waren in 119 Fällen je einmal die Nr. 7116 EBM (Streitwert 398,81 Euro) und in 17 Fällen die Nr. 8015 EBM (Streitwert 109,93 Euro) abgesetzt worden. **SG München**, Urt. v. 20.03.2002 - S 43 KA 272/02 – gab der Klage bzgl. der Nrn. 7116 und 8015 EBM statt, das **LSG** wies die Klage ab; dabei führte es zu Nr. 8015 EBM nur ergänzend aus, da insoweit der Kläger bereits vor dem SG die Klage zurückgenommen hatte.

Parallelentscheidungen:

LSG Bayern, Urt. v. 21.07.2004 – L 12 KA 124/02 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-28

SG München, Urt. v. 20.03.2002 - S 43 KA 273/02 –.

LSG Bayern, Urt. v. 15.09.2004 – L 12 KA 482/02 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-29

SG München, Urt. v. 20.03.2002 - S 43 KA 271/02 –.

Parallelentscheidung bzgl. der Nr. 7116 EBM:

LSG Bayern, Urt. v. 15.09.2004 – L 12 KA 481/04 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-30

SG München, Urt. v. 20.03.2002 - S 43 KA 270/02 –.

Parallelentscheidung bzgl. der Nr. 8015 EBM:

LSG Bayern, Urt. v. 15.09.2004 – L 12 KA 483/04 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-31

SG München, Urt. v. 20.03.2002 - S 43 KA 272/02 –.

E) LABORARZT: NRN. 3687, 3720, 4535, 4536, 4537 EBM

SG Düsseldorf, Urt. v. 17.03.2004 – S 2 (25) KA 155/01- (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-32

Laborarzt, Toxoplasmose-Diagnostik, Creatinkinase, Toxoplasmaantikörper

SGB V §§ EBM Nrn. 3687, 3720, 4535, 4536, 4537

Der **Ausschluss der Nr. 3687 EBM neben der Nr. 3720 EBM** folgt insofern aus den Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil A Ziffer 1 EBM. Danach ist eine Leistung dann nicht neben einer anderen Leistung berechnungsfähig, wenn sie Teil des Leistungsinhalts einer anderen berechnungsfähigen Leistung oder eines Leistungskomplexes ist.

Die **Nr. 4535 EBM** ist **neben** der höher bewerteten **Nr. 4537 EBM** nicht abrechenbar.

Die **Nr. 4537 EBM** kann **neben** der **Nr. 4536 EBM** abgerechnet werden. Ein Abrechnungsausschluss kann sich somit auch nicht auf die Allgemeinen Bestimmungen A I. Teil A Ziffer 1 EBM stützen.

6. AUGENÄRZTE UND KATARAKT-OPERATION: APSELSPANNRINGE

SG Düsseldorf, Urt. v. 08.12.2004 – S 2 KA 43/02 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-33

Katarakt-Operation, Kapselspannring, Intraokularlinse
SGB V § 85 IV

Nach dem im Juli 1998 zwischen den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden mit der KV Nordrhein geschlossenen "Vertrag zur Abgeltung der Kosten für Intraokularlinsen und Verbrauchsmaterialien bei der ambulanten vertragsärztlichen Katarakt-Operation", wonach die Krankenkasse - nach Art der Linse differenzierende - Pauschalbeträge zur pauschalen Abgeltung der Kosten für die vom Arzt implantierte Intraokularlinse sowie zur Deckung der Sachkosten des Verbrauchsmaterials für Mittel außerhalb des Sprechstundenbedarfs und des viskochirurgischen Materials bezahlt, sind alle Kosten des Implantats inkl. der Beschaffung und Lieferung abgegolten (§ 3 Abs. 2). Damit sind nicht nur die Kosten für die Linse selbst, sondern auch die in unmittelbarem Zusammenhang mit der Linse anfallenden weiteren Sachkosten erfasst, soweit es sich noch um "das Implantat" handelt. Dies ist bei den Kapselspannringen der Fall.

Zur Kostenerstattung nach Kündigung freiwilligen Vertrages (Katarakt-Operationen) vgl. *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 25.06.2003 – L 11 KA 99/01 - RID 04-02-15.

7. ZAHNÄRZTE

A) FEHLENDE DOKUMENTATION

LSG Bayern, Urt. v. 07.07.2004 - L 3 KA 510/02 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-34

Fachausschuss, Verwaltungsinternum, Aufzeichnung, Dokumentation, Par-Behandlung, Zahnersatz
SGB V §§ 75 I, II 2, 106; BMV-Z §§ 5 I, 19; EKV-Z §§ 4 II, 12 I; BEMA Nrn. 25, 89

Der Vorstand einer KZV kann einen **Fachausschuss** einsetzen, dessen Aufgabe es ist, zu prüfen, ob die vertragsärztliche Versorgung ihrer Mitglieder den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Es handelt sich dabei um ein **Verwaltungsinternum**, wenn der Fachausschuss nach außen hin nicht tätig wird.

Nach den Bundesmantelverträgen (§ 5 I BMV-Z, § 4 II EKV-Z) ist der Vertragszahnarzt verpflichtet, über jeden behandelten Kranken **Aufzeichnungen** zu machen, aus denen die einzelnen Leistungen, die behandelten Zähne und - soweit erforderlich - die Diagnose sowie die Behandlungsdaten ersichtlich sein müssen. Sind von einem Zahnarzt abgerechnete Leistungen aus den Krankenblättern nicht ersichtlich, so ist zunächst davon auszugehen, dass er diese Leistungen tatsächlich nicht erbracht hat. Es obliegt dann dem Zahnarzt, die **Erbringung** der von ihm abgerechneten Leistungen **nachzuweisen**. Eine **sachlich-rechnerische Richtigstellung** ist gerechtfertigt, wenn die gebührenordnungsgemäßen Leistungen und Abrechnungsvoraussetzungen nicht eingehalten worden sind, die Behandlungsdokumentation Vollständigkeit vermissen lässt und Richtlinienverstöße vorliegen, die im Hinblick auf die Qualitätssicherung der vertragszahnärztlichen Versorgung zu beachten und einzuhalten sind.

Die bekl. KZV führte 1997 beim Kl. eine stichprobenartige Überprüfung von sechs Fällen ab 1994 durch. Drei Fällen mit einer Gesamtberichtigung in Höhe von 10.171,69 DM blieben streitig. Sie führte in der Begründung des Widerspruchbescheides aus, es sei im **Fall H.** vor der Zahnersatzbehandlung keine richtliniengemäße systematische **Par-Behandlung** durchgeführt worden. Es fehle an einer Gesamtplanung und es habe keine Vorbehandlung im Sinne einer Schienentherapie zur Erhöhung der vertikalen Relation stattgefunden. Eine **Kariesprofunda** sei an den Zähnen 11, 21, 25 und 34 nicht zu behandeln gewesen. Im **Falle K.** fehle es an der vollständigen **Dokumentation** der tatsächlich vorgenommenen prothetischen Leistungen. Das Röntgenbild zeige an Zahn 43 eine distale unbehandelte Karies bis zum Knochenniveau. Die **Erhaltungswürdigkeit** hätte überprüft werden müssen, in dem eine Vorbehandlung durchgeführt wurde. An Zahn 23 sei eine mesiale Knochentasche bis in das apicale Drittel erkennbar, so dass dieser Zahn nicht erhaltungswürdig gewesen sei. Es fehle an einer Gesamtplanung. Im **Fall N.** sei die BEMA Nr. 89 abgerechnet, jedoch nicht dokumentiert worden. Es fehle die vollständige **Dokumentation** der tatsächlich vorgenommenen prothetischen Leistungen. Zahn 37 sei nicht im Sinne der notwendigen konservierenden **Vorbehandlung** versorgt worden. An den Zähnen 23 und 24 fehle es an einer **Kariesprofunda**, so dass BEMA Nr. 25 zweimal zu berichtigen sei. Die Zähne 12, 11, 21, 22, 23 und 24 waren nicht **überkronungswürdig**. Es fehle an einer Mehrkostenvereinbarung (obwohl Präparationen für Teleskopkronen an 12, 11, 21, 22, 23, 24 und 26 erfolgten). *SG München*, Urt. v. 05.02.2004 - S 22 KA 5212/00 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Nach *AG Potsdam*, Urt. v. 31.03.2004 – 20 C 390/03 – RID 04-04-222 = ZMGR 2004, 171 begründet die ärztliche Dokumentation in einem Rechtsstreit über ärztliches Honorar keinen Anscheinsbeweis zugunsten des klagenden Arztes hinsichtlich der von ihm behaupteten Leistungserbringung.

B) PARADONTOSEBEHANDLUNG: PERSÖNLICHE LEISTUNG (Nr. P 200 BEMA-Z)

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 01.09.2004 - L 5 KA 3947/03 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-35

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 79/04 B

Parodontosebehandlung, Kürettage, Parodontoseleistung, Dentalhygieniker, Zahnarzt, Leistungserbringung
BEMA-Z Nr. P 200; ZHG § 1 V

Leitsatz:

Ein Zahnarzt, der bei der Parodontosebehandlung die Kürettage von geprüften Dentalhygienikern durchführen lässt, verletzt seine Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung und ist nicht berechtigt, die Nr. P 200 BEMA-Z abzurechnen.

SG Stuttgart, Urt. v. 25.06.2003 – S 10 KA 4041/02 verurteilte zur Nachvergütung (99.359,31 Euro). Das *LSG* wies die Klage ab.

C) PARODONTOSEBEHANDLUNG MITTELS LASEREINSATZ

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 01.09.2004 - L 5 KA 1523/03 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-36

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 78/04 B

Parodontosebehandlung, Laser-Behandlung
BMV-Z § 19; EKV-Z § 12, Nr. P 200 BEMA-Z

Leitsatz:

Ein Zahnarzt, der wesentliche Teile der Parodontosebehandlung mittels Lasereinsatz durchführt, hat keinen Anspruch auf Vergütung seiner Behandlung nach Nr. P 200 BEMA-Z.

Nach Verweisung der Prüfungsgremien zur Wirtschaftlichkeit setzte die Bekl. in I, IV/96 u. I/97 in 37, 73 u. 18 Parodontosefällen Berichtigungen, insgesamt 121.646,40 DM, fest. Vor dem Beschwerdeausschuss hatte der Kl. erklärt: *"Auf Befragen erklärte der Zahnarzt, die Behandlung der 28 Parodontien habe (ohne das Abwarten der Anästhesietiefe) zwischen 30 und 45 Minuten gedauert. Er setze seit ca. 5 Jahren bei Par-Behandlungen CO₂-Laser und Nd-(Neodym-)Yag-Laser ein. Mit dem CO₂-Laser werde das Granulationsgewebe vaporisiert und die Konkremente vorbehandelt. In einzelnen Fällen erfolge zusätzlich eine Nachbehandlung mit dem Nd-Yag-Laser. Anschließend würden mit "Roto-pro" die Konkremente entfernt und mit Feinstiftdiamant die Wurzeln geglättet. Abschließend werde mit dem Scaler überprüft, ob alle Konkremente entfernt wurden und gegebenenfalls Restkonkremente entfernt. Mit der Kürette würden die vaporisierten Granulationsgewebe entfernt werden. Abschließend würde mit dem CO₂-Laser eine Taschensterilisierung durchgeführt."* *SG Stuttgart*, Urt. v. 11.12.2002 – S 10 KA 1134/99 – verurteilte die Bekl., an den Kl. in 23 Fällen, bei denen ausweislich der vorgelegten Unterlagen und der glaubhaften Einlassungen des Klägers die Parodontosebehandlungen ohne Laser durchgeführt worden seien, die zurückgeforderten Honorare zu zahlen, und wies im Übrigen die Klage ab. Das *LSG* wies die Berufung d. Kl. zurück.

D) WURZELSPITZENRESEKTION (Nrn. 54b u. c BEMA-Z)(1997)

LSG Bayern, Urt. v. 07.07.2004 - L 3 KA 528/01 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-37

Vertrauensschutz, Wurzelspitzenresektion
BEMA-Z Nr. 54b, 54c

Die **Nr. 54b bzw. c Bema-Z** konnte im Quartal I/97 bei einer Wurzelspitzenresektion an einem Seitenzahn, auch wenn mehrere Wurzelspitzen reseziert wurden, nur einmal abgerechnet werden (vgl. *BSG*, Urt. v. 13.05.1998 - B 6 KA 34/97 R - SozR 3-5555 § 10 Nr. 1). Die vom BSG entwickelten Grundsätze gelten auch für eine Wurzelspitzenresektion an einem benachbarten Seitenzahn in derselben Kieferhälfte in einer Sitzung gemäß der Nr. 54c Bema-Z.

Auf die **Kenntnis des Zahnarztes** von der Auslegung bzw. ihrer Umstrittenheit zum Zeitpunkt der Abrechnung (hier: I/97) kommt es nicht an; einzige Voraussetzung ist die sachlich-rechnerische Unrichtigkeit des Honorarbescheids (vgl. *BSG*, Urt. v. 26.06.2002 – B 6 KA 26/01 R -). Eine KZV war nicht verpflichtet, Quartalshonorarbescheide im Hinblick auf den noch nicht bekannten Ausgang des Verfahrens vor dem BSG und einer möglichen Richtigstellung mit einem Vorbehalt zu versehen.

SG München, Urt. v. 29.08.2001 - S 32 KA 5164/00 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Vgl. zuletzt RID 04-04 A III 8d (S. 18 f.) u. RID 04-02 A III 9 (S. 24 f.).

Parallelverfahren bzgl. der Nr. 54b BEMA-Z (I-III/97): *SG München*, Urt. v. 29.08.2001 - S 32 KA 5344/00 –

LSG Bayern, Urt. v. 11.08.2004 - L 3 KA 535/01 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-38

Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 6 KA 106/04 B

Parallelverfahren bzgl. der Nr. 54b BEMA-Z (IV/97): *SG München*, Urt. v. 29.08.2001 - S 32 KA 5264/00 –

LSG Bayern, Urt. v. 11.08.2004 - L 3 KA 533/01 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-39

IV. ARZTREGISTEREINTRAGUNG/FACHKUNDE/GENEHMIGUNGEN

Nach *BVerfG*, 1. Sen., 2. Ka., Beschl. v. 16.07.2004 – 1 BvR 1127/01 – RID 04-04-34 kann jedenfalls zur Sicherung von **Qualität** und **Wirtschaftlichkeit** in der **gesetzlichen Krankenversicherung** eine **Beschränkung** auf einen engeren Bereich zulässig sein, für den die Weiterbildungsordnung eingehende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten vorschreibt und finden die Anforderungen der Kernspintomographie-Vereinbarung ihre verfassungsrechtliche **Rechtfertigung** weniger unter dem Gesichtspunkt der **Qualitätssicherung** als unter dem Gesichtspunkt der **Wirtschaftlichkeit der Versorgung**; nach *BSG*, Urt. v. 08.09.2004 - B 6 KA 18/03 R - ist die Ermächtigungsgrundlage der Schmerztherapie-Vereinbarung nicht § 135 II SGB V, sondern die allgemeine Ermächtigungsgrundlage zum Abschluss bundesmantelvertraglicher Vereinbarungen; auf dieser Grundlage sind die Partner der Bundesmantelverträge berechtigt, Vereinbarungen zur Verbesserung der Strukturqualität ärztlicher Leistungserbringung zu treffen.

1. FACHKUNDENACHWEIS PSYCHOTHERAPIE: GESTALTTERAPIEAUSBILDUNG

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 10.11.2004 – S 27 KA 421/04 -

RID 05-01-40

Fachkundenachweis, Gestalttherapie, Psychotherapie, Richtlinienverfahren

SGB V § 95c; PsychThG § 12

Eine **Ausbildung in Gestalttherapie** ist nicht geeignet, den Fachkundenachweis in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie zu führen.

Eine **Bescheinigung über die Qualifikation in einem Richtlinienverfahren** muss von einer **Person** ausgestellt sein, die selbst über eine **entsprechende Richtlinienqualifikation** verfügt. Sie muss nachvollziehbar erläutern, weshalb es sich bei den bescheinigten Psychotherapiebehandlungsstunden um Behandlungen in einem Richtlinienverfahren handelt.

2. SCHMERZTHERAPIE-VEREINBARUNG/QUALIFIKATIONSNACHWEIS

LSG Bayern, Urt. v. 15.09.2004 - L 12 KA 138/03- www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-41

Schmerztherapie-Vereinbarung, Fortbildungsnachweis, Anästhesist, Schmerzpatient, Kolloquium

Anl. 12 EKV-Ä (Schmerztherapie-Vereinbarung) §§ 2, 3

Für den **Nachweis** einer 12-monatigen Tätigkeit in einer **Fortbildungsstätte** nach § 3 Nr. 2 Schmerztherapie-Vereinbarung ist Voraussetzung, dass überwiegend reine Schmerzpatienten i.S.v. § 1 III u. IV, also nicht allein Patienten mit Schmerzen behandelt worden sind. Dies ist nicht der Fall, wenn aus den Zeugnissen nicht hervorgeht, dass es sich um Kliniken bzw. Abteilungen von Kliniken handelte, die auf die Behandlung von Schmerzpatienten spezialisiert waren und deshalb von Patienten anderer Abteilungen innerhalb der Klinik oder anderer Kliniken gezielt aufgesucht werden. Aus den Zeugnissen muss auch eine 12-monatige Tätigkeit in den in § 2 im Einzelnen genannten fachgebietszugehörigen speziellen Untersuchungs- und Therapieverfahren nachgewiesen werden.

Die fehlenden **Qualifikationsvoraussetzungen** des § 3 Schmerztherapie-Vereinbarung können nicht durch ein **Kolloquium** oder durch eine Prüfung durch einen vom Gericht benannten Sachverständigen ersetzt werden. Ist zweifelsfrei klar, dass die Qualifikationsvoraussetzungen bei weitem nicht erfüllt sind, ist für ein Kolloquium nach § 8 III Nr. 1 Schmerztherapie-Vereinbarung kein Raum.

Es ist unerheblich, dass es zur Zeit der Ausbildung einer Vertragsärztin qualifizierte interdisziplinäre Fortbildungsstätten im Sinne von § 3 Schmerztherapie-Vereinbarung noch nicht gab.

SG München, Urt. v. 03.06.2003 - S 21 KA 143/02 – wies die Klage einer Anästhesistin ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Zur Schmerztherapie-Vereinbarung s. zuletzt RID 04-02-A IV 2 b (S. 29); nach der zu *LSG Niedersachsen*, Urt. v. 23.01.2002 - L 3 KA 16/01 - RID 03-03-32 (S. 26) ergangene Revisionsentscheidung, *BSG*, Urt. v. 08.09.2004 - B 6 KA 18/03 R –, ist Ermächtigungsgrundlage für die Schmerztherapie-Vereinbarung nicht § 135 II SGB V, sondern § 72 II iVm § 82 I 1 SGB V und dürfen für die Teilnahme an der Schmerztherapie-Vereinbarung höhere Qualifikationsanforderungen gestellt werden, als sie nach ärztlichem Berufsrecht für die Erlangung der Zusatzbezeichnung "Spezielle Schmerztherapie" erforderlich sind.

3. AUFHEBUNG EINER RÖNTGENGENEHMIGUNG BEI HAUSÄRZTL. VERSORGUNG

SG Dresden, Urt. v. 28.07.2004 - S 15 KA 374/03 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-42

Röntgenleistung, Teil-Röntgen-Genehmigung, Aufhebung, Hausarztvertrag

SGB V 73 I, Ia, Ic, 87 IIa 4; SGB X § 48; GG Art. 12 I, 14 I; Hausarztvertrag §§ 6, 9

Mit Ablauf des Übergangszeitraums gemäß § 9 des Hausarztvertrages ist eine Änderung der rechtlichen Verhältnisse i.S.d. § 48 SGB X eingetreten und kann eine zuvor erteilte Teil-Röntgen-Genehmigung aufgehoben werden.

Eine KV prüft nicht nur die Voraussetzungen des Hausarztvertrages, sondern bei radiologischen Leistungen insbesondere auch das Vorliegen der Voraussetzungen nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie sowie der Röntgenverordnung.

Der 1938 geb. Kl. ist Facharzt für Chirurgie und Praktischer Arzt und nimmt an der hausärztlichen Versorgung teil. Zuletzt erhielt er 2001 die Genehmigung zur Erbringung von Röntgenleistungen für den Organbereich Skelett mit Geräten nach Anwendungsklasse II, beschränkt auf das Fachgebiet Chirurgie. Die Zulassungsgremien lehnten bestandskräftig den Antrag auf weitere Röntgentätigkeit ab. Die bekl. KV hob den Rönthengenehmigungsbescheid mit Wirkung ab dem 01.01.2003 nach § 48 SGB X auf. Zugleich ordnete sie die sofortige Vollziehung der Entscheidung an. Zur Begründung führte sie u.a. aus, dass nach § 9 Hausarztvertrag eine Erbringung und Abrechnung von Leistungen im Falle der Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung längstens bis zum 31.12.2002 möglich sei. Das *SG* wies die Klage ab.

4. WIDERRUF EINER DIALYSEGENEHMIGUNG

SG Hamburg, Urt. v. 08.09.2004 - S 27 KA 365/01 -

RID 05-01-43

Blutreinigungsverfahren, fachliche Befähigung, Widerruf

SGB V §§ 75 VII, 135 II; Qualitätssicherungs-RL KBV Nr. 6.10, 6.11

Eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren kann nicht auf eine fehlende fachliche Befähigung nach § 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gestützt werden, wenn nur der Vorwurf einer fehlerhaften Indikationsstellung erhoben wird.

Der Widerruf einer Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren auf der Grundlage der Nr. 6.11 Qualitätssicherungs-RL KBV muss als Ermessensentscheidung sich mit dem Gewicht der festgestellten Mängel auseinandersetzen und darlegen, weshalb sogleich ein Widerruf gerechtfertigt ist.

5. TEILNAHME AM ORGANISIERTEN ÄRZTLICHEN NOTFALLDIENST

A) EIGENE PRAXIS ALS TEILNAHMEVORAUSSETZUNG

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.06.2003 - L 11 KA 8/02 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-44

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 73/04 R

Notfalldienst, Praxis

SGB V § 75 I 2

Die Teilnahme am organisierten ärztlichen Notfalldienst setzt voraus, dass der Arzt über eine ärztliche Praxis verfügt.

Dem Kl., seit 1993 als praktischer Arzt zugelassen, wurde 1998 die Zulassung bestandskräftig entzogen (Urt. des Sen. v. 20.02.2002 - L 11 KA 212/01 -). 1995 wurde der Kl. von der Teilnahme am organisierten ärztlichen Notfalldienst frei gestellt, da ihm der Führerschein entzogen worden war. 1997 teilte der Kl. mit, dass er ab Januar 1998 wieder am organisierten ärztlichen Notfalldienst teilnehmen könne und wolle. Dies lehnte die bekl. KV mit der Begründung ab, der Kl. habe keine Praxis mehr; dies sei jedoch gemäß § 13 der Berufsordnung Voraussetzung für die Ausübung ambulanter vertragsärztlicher Tätigkeit. Im Klageverfahren hat der Kl. dargelegt, dass er seine ärztliche Tätigkeit als Übergangslösung in seiner Wohnung erbringe. Pro Quartal behandle er sechs bis acht gesetzlich Krankenversicherte (Familienangehörige und Bekannte). *SG Düsseldorf*, Urt. v. 21.11.2001 - S 17 (25) KA 221/99 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Zum **Teilnahmeanspruch** am ärztl. Notdienst s. *LSG Hessen*, Urt. v. 27.09.2001 - L 7 KA 702/00 - RID 01-03-57; zur Heranziehung zur Teilnahme am Notdienst s. zuletzt *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 16.07.2003 - L 5 KA 3081/02 - RID 04-04-47 u. RID 04-02-A VI (S. 37 f.) m.w.N.

B) ERRICHTUNG EINES HINTERGRUNDRUFBEREITSCHAFTSDIENSTES ALS ORGANISATIONSAKT

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 10.11.2004 – S 27 KA 2040/04 –

RID 05-01-45

Notdienst, Hintergrundbereitschaftsdienst, Verwaltungsakt, Organisationsakt

SGB V § 75 I 2; SGB X § 31 S. 1

Wird in einem Schreiben lediglich die bereits gesetzlich bestehende Pflicht zur Teilnahme am Notdienst, hier konkretisiert zum HNO-Hintergrundrufbereitschaftsdienst, festgestellt und ergeht die Aufforderung, den Hintergrundbereitschaftsdienst zu organisieren, ohne darzulegen, wie diese Teilnahme aussieht, wann sie zu erfolgen hat und unter welchen Voraussetzungen, so handelt es sich lediglich um eine Mitteilung, dass der Geschäftsausschuss wiederum auf der Durchführung eines solchen Dienstes bestehe. Mit dieser Entscheidung wird lediglich ein Organisationsakt oder ein vorbereitender Beschluss getroffen, der der Umsetzung bedarf. Eine solche Mitteilung ist keine Regelung i.S.d. § 31 Satz 1 SGB X, auch fehlt es ihr an einer Außenwirkung. Ergeht eine solche Mitteilung dennoch in der äußeren Form eines Verwaltungsaktes, so ist dieser rechtswidrig und mit der Anfechtungsklage angreifbar.

6. ZAHNÄRZTLICHER VERTRETER BEI RUHEN DER APPROBATION

SG Düsseldorf, Beschl. v. 30.11.2004 – S 2 KA 360/04 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-46

Vertreter, Approbation, Ruhen, Verfahrenskosten

SGB V § 95; Zahnärzte-ZV § 32 I 2, II 2; BÄO § 6 IV; ZHG § 5; VwGO § 155 V

Bei der Anordnung des Ruhens der Approbation kann ein **Vertreter** nicht nach § 32 I 2, II 2 Zahnärzte-ZV bestimmt werden. Die berufsrechtliche Genehmigung eines Vertreters durch die Zahnärztekammer entfaltet für eine vertragszahnarztrechtliche Vertretung keine Bedeutung. Eine planwidrige Lücke liegt im Fehlen einer § 6 IV BÄO entsprechenden Regelung im ZHG nicht vor.

Dem **Schutz des Eigentums** an einer Praxis wird vertragszahnarztrechtlich dadurch Rechnung getragen, dass die Praxis eines verstorbenen Vertragszahnarztes zugunsten der unterhaltsberechtigten Angehörigen durch einen Vertreter während eines "Gnadenquartals" weitergeführt werden kann. In sinngemäßer Anwendung dieser Verwaltungsübung hält es die Kammer für gerechtfertigt, dem Ast. die Abwicklung seines vertragszahnärztlichen Praxisbetriebes dadurch zu ermöglichen, dass die Ag. ihm die vertretungsweise Fortführung seiner Vertragszahnarztpraxis für einen gewissen Übergangszeitraum zu gestatten hat.

Wenn ein Vertragszahnarzt aufgrund verdichteter staatsanwaltschaftlicher Ermittlungen und eigenem Eingeständnis den Anschein erweckt, durch vertragswidrige Abrechnung fortgesetzt einen Betrug begangen zu haben, begründet dies ein entsprechendes Verschulden (§ 155 V VwGO), so dass er die **Kosten eines gerichtlichen Verfahrens**, in dem um den Erhalt seiner Praxis gestritten wird, selbst zu tragen hat (vgl. auch LSG NRW, Beschl. v. 26.02.1992 - L 11 S(Ka) 3/92 -).

Dem Ast., einem Zahnarzt, wurde im Hinblick auf ein strafrechtliches Ermittlungsverfahren unter Anordnung der sofortigen Vollziehung das **Ruhen der Approbation** angeordnet. Über die Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung seines Widerspruchs ist, nachdem das VG Düsseldorf seinen Antrag abgelehnt hat, das Beschwerdeverfahren anhängig. Unter dem 03.11.2004 genehmigte die **Zahnärztekammer** Nordrhein d. Ast. die Vertretung durch O und T bis zum 04.02.2005, längstenfalls jedoch bis zu einem ggf. festgestellten rechtskräftigen Entzug der Approbation. Der **Zulassungsausschuss** entzog dem Ast. die Zulassung, sein Widerspruch wurde zurückgewiesen. Eine **Genehmigung der Beschäftigung der Zahnärztin T** als Vertreterin in seiner Praxis lehnte die **KZV** (Ag.) wegen des Ruhens der Approbation ab. Das **SG** verpflichtete die KZV, dem Ast. eine Vertretung seiner Person in seiner Vertragszahnarztpraxis durch T zu genehmigen; es befristete diese Verpflichtung bis zum 04.02.2005. Sollte der Entzug der Approbation d. Ast. zu einem früheren Zeitpunkt rechtskräftig werden, endet die Genehmigung in diesem Augenblick.

V. WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG/SCHADENSERSATZANSPRUCH

Vgl. zuletzt *BSG*, Urt. v. 20.10.2004 – *B 6 KA 65/03 R* –, wonach der Beschwerdeausschuss die Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise auch unter dem Gesichtspunkt einer fehlerhaften Zuordnung von Sprechstundenbedarf zu den Ersatzkassen bzw. den Primärkassen zu untersuchen und gegebenenfalls daraus Konsequenzen zu ziehen hat; v. 20.10.2004 – *B 6 KA 41/03 R* –, wonach sog. **koaxiale Interventionssets** nicht über den **Sprechstundenbedarf** verordnet werden dürfen, wenn sie durch strafbare Handlungen beschafft wurden, und weil es sich um Einmalkanülen handelt, die nicht gesondert verordnungsfähig sind; die Auffassung, die generelle Verwendung von "**Volon A**" an Stelle preiswerterer Generika ist unwirtschaftlich, ist nicht zu beanstanden; v. 28.04.2004 – *B 6 KA 8/03 R* – zur **Wirksamkeit eines Vergleichsschlusses** ohne die Krankenkassenverbände; v. 05.11.2002 – *B 6 KA 55/02 R* –, wonach eine Honorarminderung wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise nicht von der für das **Praxisbudget** maßgeblichen Honoraranforderung abzuziehen ist; v. 16.07.2003 – *B 6 KA 14/02 R* – zur **Begründungspflicht bei Inhomogenität der Vergleichsgruppe**; v. 16.07.2003 – *B 6 KA 45/02 R* – zu den Voraussetzungen der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei **Einzelleistungen**; v. 16.07.2003 – *B 6 KA 44/02 R* – zum statistischen Kostenvergleich bei **Einzelleistungen**; v. 21.05.2003 – *B 6 KA 32/02 R* – zum **Kürzungsermessen**; die Honorarkürzung muss in angemessener Weise mit dem festgestellten Ausmaß der Unwirtschaftlichkeit korrespondieren.

1. ARZNEIKOSTENREGRESS:

A) ARZNEIKOSTENREGRESS UND OFF-LABEL-USE/VERTRAUENSSCHUTZ

SG Berlin, Urt. v. 10.11.2004 – *S 71 KA 12/03* –

RID 05-01-47

Immunglobulin, Gammagard, Intraglobin, Off-Label-Use, Vertrauensschutz, Prüfantrag, sonstiger Schaden
SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 31 I, 106

Die Verordnung von Arzneimitteln, die gegen die AMR verstoßen oder nicht von der Leistungspflicht der Krankenkassen erfasst sind, ist **kein sonstiger Schaden**, sondern dem Bereich der **Wirtschaftlichkeit** zuzuordnen (vgl. *BSG* – *B 6 KA 19/00 R* – SozR 3-2500 § 106 Nr. 52; v. 30.01.2002 – *B 6 KA 9/01 R* –).

Die sechsmonatige **Antragsfrist** nach der Berliner Prüfvereinbarung beginnt erst dann zu laufen, wenn den Krankenkassen die arztbezogen sortierten Rezepte abschließend vorliegen (vgl. Urt. d. Kammer v. 14.05.2003 – *S 71 KA 86/01* – RID 03-04-50).

Bei einem **Arzneikostenregress** wegen der Verschreibung von Immunglobulinen an Versicherte mit HIV-Infektionen im Rahmen des sog. **Off-Label-Uses** darf nicht unberücksichtigt bleiben, dass die Verschreibung vor Stellung des Prüfantrages über einen längeren Zeitraum unbeanstandet geblieben ist. Für **Berlin** ist von einem **Vertrauensschutz** auszugehen. Anders als in anderen KV-Bereichen, z.B. Bayern, erfolgte weder von Seiten der Kassen noch von Seiten der KV eine Information der Ärzte, dass die Gabe von Immunglobulinen neben einer antiretroviralen Therapie nunmehr nicht mehr zulässig sein sollte.

Gegen die klagende Gemeinschaftspraxis (Internisten/Hämatologie) stellte eine BKK im November 2000 den Antrag auf Festsetzung eines sonstigen Schadens wegen der Verordnung von Immunglobulinen an sechs Versicherte mit HIV-Infektionen in Höhe von 79.239 DM. Der Beschwerdeausschuss beschränkte die Festsetzung auf vier, seit 1996/1997 in Behandlung stehende Versicherte (33.985,32 Euro). Das *SG* verpflichtete zur Aufhebung des Bescheides des Prüfungsausschusses.

Zur Rspr. der KR-Senate des *BSG* zum Off-Label-Use s. die Hinweise unter B (Arzneimittel).

B) BAGATELL-ARZNEIMITTEL (LOCABIOSOL)

SG Düsseldorf, Urt. v. 17.11.2004 – *S 17 KA 220/03* – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-48

Berufung zugelassen

Locabiosol, Bagatell-Arzneimittel, Negativ-Liste, sonstiger Schaden, Arzneimittelregress
SGB V §§ 34 I, 106

Bei der Festsetzung von Regressen wegen der Verordnung von Arzneimitteln, für die keine Leistungspflicht der Krankenkasse besteht, handelt es sich nicht um einen Regress wegen sonstigen Schadens, sondern um einen **Arzneimittelregress** (*BSG*, Urt. v. 14.03.2001 – *B 6 KA 19/00 R* – SozR 3-2500 § 106 Nr. 52). Dies ist insofern von Bedeutung, als es beim Arzneiregress nicht auf ein Verschulden des Arztes ankommt.

Locabiosol ist nach der Verordnung über unwirtschaftliche Arzneimittel in der GKV, der sog. **Negativ-Liste** von der Verordnung zu Lasten der GKV ausgeschlossen, sofern nicht die Ausnahme

nach § 4 der Verordnung eingreift. Sofern eine Ausnahme nach § 4 nicht eingreift, ist der Arzneiregress zwingend festzusetzen, ein Ermessen der Prüfungsgremien besteht nicht. Andernfalls ist § 34 I SGB V in Verbindung mit den AMR zu prüfen.

Die **Negativ-Liste** ist im Ordnungszeitraum der Quartale I und II/01 **verbindlich** gewesen. Dies ergibt sich aus der Entscheidung des **BVerfG** v. 25.02.1999 (1 BvR 1472/91, 1 BvR 1510/91 - NZS 1999, 338 = NJW 1999, 3404). Es bestehen keine verfassungsrechtlichen Bedenken an der Gültigkeit der Negativ-Liste (ebs. **LSG Bayern**, Urt. v. 22.01.2004 - L 4 KR 217/02 - RID 04-02-184 zum Medikament Wobe-Mugos E). Rechtsunsicherheit bestand nicht, da die Ärzte sich durch die Rote Liste von den Wirkstoffen des zu verschreibenden Medikaments informieren konnten, bei Monopräparaten wie Locabiosol ist der einzige Wirkstoff den Ärzten in der Regel bekannt.

Die Kl. stellte den Antrag auf Festsetzung von Regressen wegen der Verordnung des Medikaments Locabiosol durch den beigel. HNO-Arzt im Quartal I/01 in 11 u. im Quartal II/01 in 6 Fällen, da Bagatell-Arzneimittel nicht ordnungsfähig seien. Die Prüfungsgremien lehnten einen Regress ab. Das **SG** verurteilte zur Neubescheidung.

2. ZAHNÄRZTE

A) VERGLEICHSGRUPPE BEI ORALCHIRURGEN

AA) VERFEINERTE VERGLEICHSGRUPPE NACH GEBIETSBEZEICHNUNG

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.10.2004 – L 11 KA 37/03 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-49

Revision zugelassen

Gebietsbezeichnung, Vergleichsgruppe, Zahnarzt, Oralchirurg, Fachgruppe
SGB V § 106

Die unterschiedliche Gestaltung der Verpflichtung zum Tätigwerden rechtfertigt es nicht, im vertragszahnärztlichen Bereich – anders als im vertragsärztlichen Bereich – keine Verpflichtung zur Bildung einer (verfeinerten) Vergleichsgruppe anzunehmen. Denn aus der Berechtigung zum Führen der entsprechenden **Gebietsbezeichnung** kann grundsätzlich geschlossen werden, dass der Zahnarzt auch die im Rahmen dieser Weiterbildung erlangten Fähigkeiten und Kenntnisse im Rahmen seiner Behandlungstätigkeit anwendet und damit die Behandlungstätigkeit des Zahnarztes derart geprägt wird, dass eine Vergleichbarkeit mit der Gruppe der allgemein tätigen Zahnärzte nicht mehr gegeben ist. Für die Bildung einer (**verfeinerten**) **Vergleichsgruppe der Oralchirurgen** spricht auch, dass die KZV im Rahmen der **Honorarverteilung** für die Fachgruppe der Oralchirurgen eine gesonderte (höhere) Kontingentgrenze je Behandlungsfall festgelegt hat. Da die Festlegung dieser besonderen Kontingentgrenze für Oralchirurgen darauf beruht, dass die entsprechenden Abrechnungswerte dieser Fachgruppe Berücksichtigung gefunden haben, muss das Behandlungs- und Abrechnungsverhalten der Oralchirurgen gegenüber dem der allgemein tätigen Zahnärzte Besonderheiten aufweisen.

Der Beschwerdeausschuss kürzte den Kl., einen Oralchirurgen, im Quartal IV/1999 bei den Nrn. 40 und 49 Bema-Z auf 100 % Mehraufwand zum Durchschnitt der Vergleichsgruppe der Zahnärzte. Diese Vergleichsgruppe sei maßgebend, da er über 65 % seines Umsatzes im klassisch zahnärztlichen Bereich erbringe. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 26.02.2003 – S 2 KA 163/02 – verpflichtete zur Neubescheidung, weil wegen der Gebietsbezeichnung "Oralchirurgie" eine verfeinerte Vergleichsgruppe hätte gebildet werden müssen, was bei etwa 40 Oralchirurgen im Bereich der Bekl. auch grundsätzlich möglich sei. Das **LSG** wies die Berufung des Bekl. zurück.

Parallelverfahren: **SG Düsseldorf**, Urt. v. 26.02.2003 – S 2 KA 119/02 – (Nrn. 12, 25, 26, 40 u. 49 Bema-Z in I/1997, III/1998 - I/1998)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.10.2004 – L 11 KA 35/03 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-50

Revision zugelassen

Parallelverfahren: **SG Düsseldorf**, Urt. v. 26.02.2003 – S 2 KA 54/02 – (Nrn. 25, 26, 40 und 49 Bema-Z in II/1998 bis I/1999)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.10.2004 – L 11 KA 34/03 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-51

Revision zugelassen

BB) VERFEINERTE VERGLEICHSGRUPPE BEI GEMEINSCHAFTSPRAXIS

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.10.2004 – L 11 KA 36/03 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-52

Revision zugelassen

Der Beschwerdeausschuss hat bei der Festlegung der Vergleichsgruppe zu berücksichtigen, dass eine **Gemeinschaftspraxis** bestand, in der ein Vertragszahnarzt berechtigt war, die **Gebietsbezeichnung "Oralchirurgie"** zu führen. Denn nur unter Berücksichtigung dieser unterschiedlichen Qualifikationen der beiden Mitglieder der Gemeinschaftspraxis, der damit verbundenen (möglicherweise) unterschiedlichen Leistungserbringung und dem daraus resultierenden Leistungsspektrum der Gemeinschaftspraxis lässt sich die für eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten rechtlich geeignete Vergleichsgruppe finden.

Der Beschwerdeausschuss hat unter Berücksichtigung des festgestellten Leistungsspektrums der **"fachübergreifenden" Gemeinschaftspraxis** zu prüfen, ob wegen dieses Leistungsspektrums, der der Prüfung unterfallenden Berichte sowie der besonderen Praxisausrichtung als (**verfeinerte**) **Vergleichsgruppe** die im Bereich der KZV zugelassenen Vertragsärzte mit der Gebietsbezeichnung **"Oralchirurgie"** zugrunde zu legen ist. Insoweit wird auf die Ausführungen in den Senatsurteilen in den Verfahren L 11 KA 34/03, L 11 KA 35/03 und L 11 KA 37/03 verwiesen.

Der Beschwerdeausschuss kürzte eine Gemeinschaftspraxis eines Oralchirurgen und einer Zahnärztin bei den Nrn. 25, 26, 40 und 49 Bema-Z im Quartal II/99. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 26.02.2003 – S 2 KA 162/02 – verpflichtete zur Neubewertung, das **LSG** wies die Berufung zurück.

CC) ORALCHIRURGEN OHNE SPEZIALISIERUNG/SONSTIGER SCHADEN: BEGRÜNDUNGSUMFANG

SG Dresden, Urt. v. 29.09.2004 - S 11 KA 5005/03 Z - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-53

Vergleichsgruppe, Oralchirurg, Nachbehandlung, Intubationsnarkose, sonstiger Schaden, Differenzhypothese
SGB V §§ 12, 106; BEMA-Z Nrn. 28 (VitE), 38 (N)

Nicht jede von der Mehrheit der Zahnärzte abweichenden Behandlungsausrichtung oder sonstige individuelle Besonderheit einer Arztpraxis muss stets zur Bildung einer engeren **Vergleichsgruppe** führen (vgl. BSG SozR 3-2500 § 106 Nr. 36). Speziell bei Zahnärzten ist wegen der hohen Homogenität dieser Gruppe und der Herausnahme eines großen Teils der zahnärztlichen Leistungen aus der (nachträglichen) Wirtschaftlichkeitsprüfung eine Aufteilung in Untergruppen mit bestimmten Behandlungsschwerpunkten nicht als erforderlich angesehen worden (vgl. BSGE 62, 24; BSG SozR 3-2500 § 106 Nr. 36; zuletzt Urteil vom 21.05.2003, Az.: B 6 KA 32/02 R). Soweit eine Spezialisierung auf den Bereich der **Oralchirurgie** nicht dazu geführt hat, dass die übrigen zahnärztlichen Leistungen unterdurchschnittlich häufig abgerechnet wurden, kann als Vergleichsgruppe einer Wirtschaftlichkeitsprüfung die **Gruppe aller Zahnärzte** genommen werden.

Bei Zahnärzten und vergleichsgruppentypischen Leistungen und den Einzelpositionen **Nr. 28 (VitE) und Nr. 38 (N)** ist die Annahme der Schwelle zum **offensichtlichen Missverhältnis mit 50 %** nicht rechtsfehlerhaft.

Werden sowohl bei den chirurgischen Leistungen als auch bei den **Nachbehandlungen** die Durchschnittswerte überschritten, muss festgestellt werden, ob und inwieweit dabei ein offensichtliches Missverhältnis gegeben ist. Die Anzahl der chirurgischen Eingriffe kann den Nachbehandlungen gegenübergestellt werden.

Voraussetzung für den Anspruch einer Krankenkasse auf Ersatz eines **sonstigen Schadens** durch einen Vertragszahnarzt ist die Verletzung einer vertragszahnärztlichen Pflicht, ein hieraus resultierender Schaden sowie ein schuldhaftes, also zumindest fahrlässiges Verhalten des Vertragszahnarztes (vgl. BSG SozR 3-2500 § 106 Nr. 52, S. 280, 283; Urt. v. 14.03.2001, B 6 KA 18/00 R, Urt. v. 30.01.2002, B 6 KA 9/01 R). Eine Verletzung der vertragszahnärztlichen Pflichten muss sich in sämtlichen der (hier: 59) gerügten Fälle nachweisen lassen. Soll eine Behandlung mit **Intubationsnarkose (ITN)** als Schaden geltend gemacht werden, muss für jeden Fall dargelegt werden, dass die Indikation zur Behandlung unter ITN nicht vorgelegen hat. Jedenfalls die maßgebend tragenden Erwägungen, die zur Schadensfeststellung geführt haben, müssen so ausführlich dargelegt werden, dass es dem Vertragszahnarzt möglich ist, sich sachgerecht zu verteidigen. Es muss nachgewiesen werden, dass der Zahnarzt wider besseren Wissens die ITN veranlasst hat (Vorsatz) oder augenfällige Zweifel am Bestehen der Indikation zur Behandlung unter ITN verdrängt hat (Fahrlässigkeit).

Auch der **auf Überweisung tätig werdende Arzt** hat als ausführender (Zahn-)Arzt Art und Umfang der notwendigen Leistungen selbst zu bestimmen, auch über die Notwendigkeit einer Intubationsnarkose.

Bei der Feststellung des sonstigen Schadens ist im Vertragszahnarztrecht wie im Zivilrecht der eingetretene Schaden in der Regel nach der **Differenzhypothese** zu berechnen. Das bedeutet, dass die tatsächliche Vermögenslage der durch die vertragswidrige Behandlung geschädigten Krankenkasse mit der hypothetischen Vermögenslage ohne das schädigende Ereignis zu vergleichen ist (vgl. **LSG Bayern**, Urt. v. 28.11.2001 - L 12 KA 515/99 -).

Bei Anwendung der Grundsätze der gedeckelten Gesamtvergütung lässt sich ein konkreter, auf den Einzelfall bezogener Schaden bei den Krankenkassen schwerlich nachweisen. **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 12.03.1997 - L 11 Ka 42/96 -, wonach ein Schaden entstanden sei, weil auf Veranlassung des Zahnarztes und ohne erkennbare medizinische Indikation ITN von Anästhesisten durchgeführt und abgerechnet worden sind, überzeugt nicht.

Das **SG** verpflichtete zur Neubescheidung über den sonstigen Schaden für die Durchführung von ITN und wies im Übrigen (Wirtschaftlichkeitsprüfung Quartale I/00 bis IV/00) die Klage ab.

Zum **sonstigen Schaden** bei **MKG-Chirurgen** und **Narkoseleistungen** s. vorstehend **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 15.09.2004 - L 11 KA 58/02 - RID 05-01-56 (S. 33).

DD) KEIN ORALCHIRURGISCHER SCHWERPUNKT/VERGLEICHSGRUPPE DER ZAHNÄRZTE

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 08.09.2004 - S 27 KA 1180/04 -

RID 05-01-54

Berufung anhängig: LSG Hessen - L 7 KA 102/04 -

Oralchirurg, Vergleichsgruppe, Operationsleistung, Praxisbesonderheit, stat. Kostenvergleich, Gesamtfallwert SGB V § 106

Eine Oralchirurgin, bei der kein ausgesprochen oralchirurgischer Schwerpunkt vorliegt, kann mit der Vergleichsgruppe der Zahnärzte verglichen werden (hier: statistischer Kostenvergleich des Gesamtfallwertes). In einzelnen Bereichen erhöht abgerechnete Operationsleistungen begründen noch keine Praxisbesonderheit im Rechtssinne oder schließen gar eine Vergleichbarkeit mit der Gruppe aller Zahnärzte aus.

B) NRN. 56c, Ä 935d UND 41a BEMA-Z

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 15.09.2004 - L 11 KA 62/02 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-55

MKG-Chirurg, Verfahrensordnung, Mindestbesetzung, Wirtschaftlichkeitsprüfung, sachlich-rechnerische Prüfung

SGB V § 106 SGB V

Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung und keine sachlich-rechnerische Prüfung der Nrn. 56c, Ä 935d und 41a BEMA-Z liegt vor, wenn die Voraussetzungen für die Leistungserbringung geprüft werden und es sich dabei aber um Fragen der Indikationsstellung handelt, die aufgrund einer zahnmedizinischen Beurteilung erfolgen muss.

Der Kl. ist Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg. Der bekl. Beschwerdeausschuss führte für die Quartale I bis IV/96 eine repräsentative Einzelfallprüfung mit anschließender Hochrechnung der Positionen 56c, Ä 935d und 41a durch (Kürzung: 27.999 Punkte). Zur Begründung führte er aus, bei der Position Ä 935d sei u. a. eine Kürzung dann vorgenommen worden, wenn die Röntgenaufnahme zum Frakturausschluss nicht am OP-Tag vorgenommen worden sei. In vielen Fällen sei ein medizinischer bzw. therapeutischer Nutzen nicht erkennbar gewesen. Die Anästhesieposition 41a sei häufig neben einer Intubationsnarkose abgerechnet worden; es sei vielmehr die Position 29 angezeigt gewesen. Bei der Position 56c sei vielfach den Befunden nicht zwingend die Voraussetzung für das Vorliegen einer Leistung nach dieser Position auslösenden Zyste zu entnehmen gewesen. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 20.03.2002 - S 2 KA 174/01 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück; zur Frage der bei der Beschlussfassung mitwirkenden Ausschussmitglieder und der Mindestbesetzung vgl. nachstehend **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 15.09.2004 - L 11 KA 58/02 - RID 05-01-56.

Zur sachlich-rechnerischen Berichtigung der Nr. 56c (Zy 3) wegen fehlender Mindestgröße einer Zyste vgl. **LSG Schleswig-Holstein**, Urt. v. 19.04.2002 - L 6 KA 34/99 - RID 03-01-21; nach **SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 11.02.2004 - S 27 KA 1076/03 - RID 04-02-67 kann die Nr. 56c sachlich-rechnerisch berichtigt werden; ebs. **SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 02.06.2004 - S 27 KA 2383/03 -; **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.

3. SONSTIGER SCHADEN: VERANLASSTE NARKOSELEISTUNGEN

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 15.09.2004 – L 11 KA 58/02 - www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-01-56**
MKG-Chirurg, Narkose, Analgesist, Lokalanästhesie, sonstiger Schaden, Verfahrensordnung, Mindestbesetzung, Schaden, Wirtschaftlichkeitsprüfung, Verjährungsfrist, Verwirkungsfrist
SGB V §§ 72, 106 SGB V

Die bei der Beschlussfassung **mitwirkenden Ausschussmitglieder** eines Prüfungsgremiums müssen nicht an allen vorherigen Sitzungen zur Feststellung des entscheidungserheblichen Sachverhaltes mitgewirkt haben. Etwas anderes kann nur dann gelten, wenn in früheren Sitzungen "Zeugen" gehört worden sind und es für die Entscheidung des Gremiums wesentlich auf die Glaubwürdigkeit dieser "Zeugen" ankommt.

Nach einer Verfahrensordnung kann es für die Rechtmäßigkeit der Entscheidung eines Beschwerdeausschusses allein darauf ankommen, ob die **Mindestbesetzung** eingehalten worden ist.

Wird ein Arzt in der Prüfsitzung, in der die Entscheidung ergeht, persönlich gehört, so ist eine Verletzung des **rechtlichen Gehörs** bereits deshalb nicht erkennbar.

Ein **MKG-Chirurg** hat **alleinverantwortlich** die Entscheidung zu treffen, ob die zahnmedizinische Behandlung den Richtlinien entsprechend mittels Leitungs- und/oder Infiltrationsanästhesie erfolgen kann oder aber eine andere Art der **Schmerzausschaltung** erforderlich ist. Ob und inwieweit diese Richtlinien aus der subjektiven Sicht des Klägers nicht mehr die aktuellen zahnmedizinischen Erkenntnisstand widerspiegeln, ist irrelevant. Der hinzugezogene **Anästhesist** hat demgegenüber darüber zu befinden, ob gegen die Narkose aus Sicht seines Fachgebietes Bedenken bestehen oder Kontraindikationen vorhanden sind, der Patient also narkosefähig ist.

Ein MKG-Chirurg hat einen **Schaden** verursacht, wenn auf seine Veranlassung und ohne zwingende medizinische Indikation Anästhesien vom Anästhesisten durchgeführt und abgerechnet worden sind. Ob der betreffende Anästhesist einer Wirtschaftlichkeitsprüfung unterzogen wird, ist eine hiervon losgelöste Frage. Im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung ist niemals konkret feststellbar, ob gerade die vom MKG-Chirurgen veranlassten Leistungen gekürzt werden. Zu einem zweifachen Schadensausgleich, einerseits durch den Regress gegenüber diesem und andererseits durch die Wirtschaftlichkeitsprüfung beim Anästhesisten, kann es daher nicht kommen (Urt. des erkennenden Sen. v. 12.03.1997 - L 11 Ka 42/96 -).

Ungeachtet der Frage, ob die anästhesistischen Leistungen unter einer begrenzten **Gesamtvergütung** gezahlt worden sind, ist der **Schaden** letztlich bei den Krankenkassen eingetreten. Die gesetzliche Anordnung, Wirtschaftlichkeitsprüfungen durchzuführen, würde zu einem erheblichen Teil leerlaufen, wenn infolge von Budgetierungen, Kontingentierungen oder gedeckelten Gesamtvergütungen ein konkreter, auf den Einzelfall bezogener Schaden bei den Krankenkassen nicht nachweisbar wäre. Die Prüfungsgremien sind hiernach nicht verpflichtet, im Einzelnen darzulegen, bei wem der Schaden entstanden ist (Urt. des erkennenden Sen. a. a. O.).

Es gilt die **allgemeine Verjährungs- bzw. Verwirkungsfrist**. Es ist unerheblich, ob die Verfahrensordnung kürzere Fristen für die Zustellung des Beschlusses des Prüfungsausschusses vorsieht.

Der Kl., ein Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg wandte sich gegen die Feststellung eines sonstigen Schadens (I bis IV/96; 676 Behandlungsfälle überprüft; 71.194,69 DM, auf Widerspruch 108.625,28 DM), weil er die Indikationsstellung für Narkosen bzw. deren Vorhaltung zu weit gestellt und den Krankenkassen damit durch Hinzuziehung eines Anästhesisten einen sonstigen Schaden zugefügt habe. *SG Düsseldorf*, Urt. v. 20.03.2002 – S 2 KA 199/01 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück: zur Frage der bei der Beschlussfassung mitwirkenden Ausschussmitglieder und der Mindestbesetzung ebs. nachstehend *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 15.09.2004 – L 11 KA 58/02 -.

S.a. vorstehend *SG Dresden*, Urt. v. 29.09.2004 - S 11 KA 5005/03 Z - RID 05-01-53 (S. 31).

4. ZAHNERSATZ: VORAUSSETZUNG EINES SCHADENSERSATZANSPRUCHS

Zum Schadensersatzanspruch während der Regelung über Kostenerstattung (Revisionen anhängig) vgl. RID 04-03-A VI 3 b (S. 21); *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 26.06.2003 - L 11 KA 237/01 - RID 03-04-41 u.a.; zum Schadensersatzanspruch nach einer KfO-Behandlung vgl. *LSG Bayern*, Urt. v. 22.10.2003 – L 3 KA 519/02 - RID 04-02-70; vgl. weiter RID 03-01 A VI 2 (S. 30) m.w.N.

Zahnersatz, Prothetik, Schadensersatz, Nachbesserungsmöglichkeit, Nachbehandlung, Kündigung, Kündigung
EKV-Z §§ 4, 12 Nr. 6; BGB §§ 611, 626, 627, 628

LSG Bayern, Urt. v. 07.07.2004 – L 3 KA 504/03 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-57

Der zahnärztliche Vertrag ist auch bei der Versorgung mit Zahnersatz ein Dienstvertrag gemäß § 611 BGB, der gemäß § 627 BGB jederzeit gekündigt werden kann. Dies schließt generell ein Recht des Zahnarztes auf Nachbesserung zur Vermeidung von Schadensersatzansprüchen aus. Ein Schadensersatzanspruch setzt jedoch – unabhängig davon, ob aus § 628 II BGB analog oder aus positiver Vertragsverletzung – voraus, dass der Versicherte aufgrund eines schuldhaften vertragswidrigen Verhaltens des Zahnarztes zur Kündigung veranlasst worden ist. Eine mangelhafte Leistung reicht hierfür nicht aus. Das schuldhaft vertragswidrige Verhalten des Dienstverpflichteten muss das Gewicht eines wichtigen Grundes i.S.d. § 626 BGB haben (BSG Urt. v. 16.01.1991, SozR 3-5555 § 12 Nr. 2). Dies ist der Fall, wenn das Arbeitsergebnis vollständig unbrauchbar und eine Nachbesserung nicht möglich oder dem Versicherten nicht zumutbar ist.

Eine Nachbesserung durch den Vertragszahnarzt ist nach 15 erfolglosen Behandlungsversuchen und einer ständigen Verschlechterung des Zahnstatus nicht zumutbar. Dies gilt umso mehr, als der gesamte Zahnersatz bei Begutachtung durch den Sachverständigen provisorisch eingegliedert war.

LSG Bayern, Urt. v. 07.07.2004 – L 3 KA 521/02 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-58

Zum zahnärztl. Behandlungsvertrag wie **LSG Bayern, Urt. v. 07.07.2004 – L 3 KA 504/03** - RID 05-01-57 (1. Absatz).

Ein Vertragszahnarzt hat seine Behandlungspflicht schuldhaft verletzt, wenn er die vertragszahnärztlichen Leistungen nicht in einer Weise erbracht hat, die dem allgemein anerkannten Stand zahnärztlicher Kunst entspricht. Eine Nachbesserung ist für eine Versicherte nicht länger zumutbar, wenn sie sich ein Jahr lang nach der Anfertigung der prothetischen Versorgung zum Nacharbeiten zum Zahnarzt begeben hat, ohne dass trotz entsprechender Nachbesserungen (Wiederaufbauen der Brücken/Kronen) eine zufriedenstellende Versorgung erreicht worden ist.

Der Entschluss, den Behandler zu wechseln, ist als konkludente Kündigung zu werten.

SG München, Urt. v. 29.05.2002 - S 42 KA 5186/99 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

LSG Bayern, Urt. v. 07.07.2004 – L 3 KA 533/02 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-59

Zum zahnärztl. Behandlungsvertrag wie **LSG Bayern, Urt. v. 07.07.2004 – L 3 KA 504/03** - RID 05-01-57 (1. Absatz).

SG München, Urt. v. 25.09.2002 - S 42 KA 5237/99 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

5. NOTWENDIGE HINZUZIEHUNG EINES BEVOLLMÄCHTIGTEN IM ABHILFEVERFAHREN

SG für das Saarland, Urt. v. 06.10.2004 – S 2 KA 15/04 –

RID 05-01-60

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 78/04 R

Zuziehung, Rechtsanwalt, Vorverfahren, Abhilfeverfahren, Prüfvereinbarung, Prüfungsausschuss

SGB V § 106; SGB X § 63

In einer Prüfvereinbarung kann nicht abweichend von § 63 Abs. 1 i.V.m. Abs. 2 geregelt werden, dass der Arzt im Abhilfeverfahren auf seine Kosten einen Rechtsbeistand hinzuziehen kann.

In Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren ist angesichts der Komplexität und Kompliziertheit der Rechtsmaterie sowie unter Berücksichtigung des Umstands einer höchst umfänglichen höchstrichterlichen Judikatur die Notwendigkeit der Hinzuziehung eines Bevollmächtigten in der Regel gegeben; dies gilt auch für das Abhilfeverfahren vor dem Prüfungsausschuss als dem ersten Abschnitt des Widerspruchsverfahrens.

Nach **BSG, Urt. v. 15.12.1987 – 6 RKa 21/87 – SozR 1300 § 63 Nr. 12 B** findet § 63 SGB X über die Erstattung von Kosten im Vorverfahren in der kassenärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung Anwendung, soweit Abweichendes nicht bestimmt ist, ist aber jedenfalls im ersten Abschnitt des Widerspruchsverfahrens, in dem Abhilfeverfahren vor dem Prüfungsausschuss nach § 17 II EKV-Z, die Zuziehung eines Rechtsanwalts grundsätzlich nicht notwendig; eine Ausnahme von diesem Grundsatz ist nur bei Vorliegen besonderer Umstände gerechtfertigt. Nach **BSG, Beschl. v. 29.09.1999 – B 6 KA 30/99 B – MedR 2000, 246**

ist in der Rechtsprechung der obersten geklärt, dass für die Entscheidung, die Zuziehung eines Rechtsanwalts im Vorverfahren für notwendig zu erklären, maßgeblich ist, ob der Kläger es für erforderlich halten durfte, im Vorverfahren durch einen Rechtsanwalt unterstützt zu werden (sog Ex-ante-Sicht), und dann einen Rechtsanwalt zugezogen hat. Es mußte möglich erscheinen, daß schwierige Sach- oder Rechtsfragen eine Rolle spielen, so daß es ihm nicht zuzumuten war, das Verfahren allein zu führen. Diese Grundsätze gelten auch für Vorverfahren bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Der Senat hat bereits früher Kostenerstattungen für Beschwerdeverfahren anerkannt (vgl **BSG SozR 3-1300 § 63 Nr 10 S 37**, wenn auch ohne nähere Ausführungen; - siehe auch **BSG SozR 1300 § 63 Nr 7 S 22**; ferner **Spellbrink, Wirtschaftlichkeitsprüfung im Kassenarztrecht, 1994, RdNrn 338 bis 340**; - anders für das früher vorgeschaltete Abhilfeverfahren vor dem Prüfungsausschuss **BSG SozR 1300 § 63 Nr 12 S 45**, das die Zuziehung dort nur in besonderen Fällen als notwendig ansah).

VI. ZULASSUNGSRECHT

Vgl. zuletzt *BSG*, Urt. v. 20.10.2004 – *B 6 KA 67/03 R* –, zu **Zulassungsentziehung** bei Pflichtverletzungen (Beleidigungen, fachfremde Behandlung von Männern durch Frauenarzt, keine Teilnahme an Qualitätssicherung); v. 30.06.2004 – *B 6 KA 11/04 R* –, wonach sich eine Zahnärztin im Rahmen der genehmigungsfreien Urlaubs-, Krankheits- und Fortbildungsververtretung nach § 32 I Zahnärzte-ZV auch durch einen Zahnarzt **vertreten** lassen kann, der das **68. Lebensjahr** bereits vollendet hat; v. 28.04.2004 – *B 6 KA 9/03 R* – zur **Sonderbedarfzulassung** eines psycholog. Psychotherapeuten nach dem **55. Lebensjahr** und wirtschaftliche Gründe hinsichtlich einer **unbilligen Härte**; v. 05.11.2003 – *B 6 KA 11/03 R* – BSGE = SozR 4-2500 § 103 Nr. 1 zum **Auswahlermessen** des Berufungsausschusses bei mehreren Bewerbern für eine **Nachfolgezulassung**; v. 05.11.2003 – *B 6 KA 52/02 R* – SozR 4-2500 § 117 Nr. 2 zur **Ermächtigung einer Psychotherapieambulanz** nach § 117 II SGB V; v. 05.11.2003 – *B 6 KA 53/02 R* – SozR 4 zur Ablehnung eines Anspruchs auf **bedarfsabhängige Zulassung** in dem für **Psychotherapeuten** wegen Überversorgung gesperrten Planungsbereich Waldshut; v. 05.11.2003 – *B 6 KA 2/03 R* – SozR 4 = GesR 2004, 242 zur Zulässigkeit einer **Auflage** als Nebenbestimmung, um die sog. **Residenzpflicht** (§ 24 II Ärzte-ZV) durchzusetzen, wobei die Entfernung zwischen Praxis und Wohnung eines Vertragsarztes 30 Minuten betragen darf; v. 16.07.2003 – *B 6 KA 34/02 R* – SozR 4 = GesR 2004, 50 = MedR 2004, 118 = SGB 2004, 235 zur Zulässigkeit einer **überörtlichen Gemeinschaftspraxis von Laborärzten**; v. 16.07.2003 – *B 6 KA 49/02 R* – BSGE = SozR 4-5520 § 33 Nr. 1 = NJW 2004, 1820 zu den Voraussetzungen einer **ärztlichen Gemeinschaftspraxis**.

1. PSYCHOTHERAPEUTEN

A) FACHKUNDENACHWEIS DURCH NICHT KBV-ANERKANNTES INSTITUT (WGI)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 22.09.2004 – *L 11 KA 169/03* - www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 05-01-61

Fachkundenachweis, Psychologischer Psychotherapeut, Richtlinienverfahren
SGB V §§ 92 I 2 Nr. 1, 95 X, 95c Satz 2 Nr. 3; PsychTHG § 12

Eine bei der Wissenschaftlichen Gesellschaft für analytische Intensivbehandlung/Psychotherapie e.V. (WGI) absolvierte Ausbildung ist eine Ausbildung in dem Richtlinienverfahren tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (Anschluss an *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 12.11.2003 – *L 10 KA 76/02* - RID 04-02-50, Revision anhängig: *B 6 KA 27/04 R*).

Die Frage, ob die Ausbildung bei der WGI in einem Richtlinienverfahren erfolgt, ist keine Frage der Sachverhaltsermittlung, sondern der Subsumtion, die dem erkennendem Gericht vorbehalten und einer Beweiserhebung nicht zugänglich ist (vgl. *BSG*, Beschl. v. 08.09.2004 – *B 6 KA 6/04 B* -; *LSG NRW*, 10. Senat, a.a.O.).

Der 1947 geborene Beigel. ist approbierter Psychologischer Psychotherapeut, seit 1982 als klinischer Psychologe in eigener Praxis tätig, 1980 bis 1983 ausgebildet als "Analytischer Intensivbehandler/Psychotherapie". Der Zulassungsausschuss ermächtigte ihn bedarfsunabhängig. Auf seinen Widerspruch hin sprach der bekl. Berufungsausschuss die Zulassung aus. Hiergegen erhob nun die KV die Klage, weil die Bescheinigung der Gesellschaft für analytische Intensivbehandlung über 1675 Stunden Ausbildung keine Berücksichtigung finden könne, da es sich nicht um ein von der KBV anerkanntes Ausbildungsinstitut gehandelt habe. *SG Köln*, Urt. v. 05.11.2003 – *S 19 KA 243/00* – wies die Klage ab; es sei vorliegend unerheblich, ob der Beigel. die für eine bedarfsunabhängige Zulassung notwendige Stundenzahl abgeleistet habe, da der Zulassungsausschuss ihm eine bedarfsunabhängige Teilnahme an der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter gewährt habe und die Kl. hiergegen kein Rechtsmittel eingelegt habe. Diese Entscheidung sei daher gegenüber der Kl. bestandskräftig geworden. Sie sei folglich mit jedem Vorbringen ausgeschlossen, dass sich gegen die Teilnahme des Ast. an der vertragsärztlichen Versorgung richte. Die Auffassung, wonach die Ausbildung an einem von der KBV anerkannten Ausbildungsinstitut absolviert werden müsse, finde im Gesetz keine Stütze. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

B) BEDARFSUNABHÄNGIGE ZULASSUNG: ZEITFENSTER

AA) TÄTIGKEIT ALS SUPERVISOR/KRANKHEITSZEITEN/ALTER

LSG Bayern, Urt. v. 07.07.2004 – *L 12 KA 83/02* - www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 05-01-62

Psychotherapeut, Zeitfenster, Supervisor, Teilnahme, Krankheitszeit
SGB V § 95 X; Ärzte-ZV § 25

Die **Tätigkeit als Supervisor** kann nicht als Teilnahme im Sinne von § 95 X 1 Nr. 3 SGB V berücksichtigt werden (vgl. bereits *Urt. des Senats* v. 25.06.2003 – *L 12 KA 95/02* -

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris; die Nichtzulassungsbeschwerde hiergegen wurde mit **BSG**, Beschl. v. 28.04.2004 - B 6 KA 116/03 B – juris zurückgewiesen).

§ 95 X 1 Nr. 3 SGB V stellt per se eine Härtefallregelung dar, die allein an den Aufbau einer Praxissubstanz, d.h. an die tatsächliche und erhebliche Teilnahme an der ambulanten Versorgung der Versicherten, nicht aber an in der Person des Antragstellers liegende Gründe anknüpft. **Krankheitszeiten** sind daher nicht zu berücksichtigen. Auch die Tatsache, dass ein Psychotherapeut infolge seines Alters nach § 25 Satz 1 Ärzte-ZV grundsätzlich keine bedarfsabhängige Zulassung mehr erhalten kann, begründet keinen Anspruch auf Erteilung einer bedarfsunabhängigen Zulassung. Die Frage der bedarfsabhängigen Zulassung und des möglichen Vorliegens eines Härtefalles im Sinne von § 25 Satz 2 Ärzte-ZV ist im Zusammenhang mit der bedarfsabhängigen Zulassung zu prüfen. Diese Auslegung des § 95 X 1 Nr.3 SGB V verstößt auch nicht gegen höherrangiges Recht.

SG München, Urt. v. 18.12.2001 - S 43 KA 1069/01 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Zur bedarfsunabhängigen Zulassung Psychologischer Psychotherapeuten s. zuletzt RID 04-02-A VIII 1 (S. 40); RID 04-01-A XI 1 a (S. 37); zur Rspr. d. **BSG** und des **BVerfG** s. die Hinweise in RID 03-03-A IX 1 a (S. 39).

BB) TÄTIGKEIT ALS SUPERVISOR/ALTER

LSG Bayern, Urt. v. 21.07.2004 – L 12 KA 137/03 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-63

Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 6 KA 102/04 B

Psychotherapeut, Zeitfenster, Supervisor, Teilnahme

SGB V § 95 X; Ärzte-ZV § 25

Die Tätigkeit als Supervisor kann nicht als Teilnahme im Sinne von § 95 X 1 Nr. 3 SGB V berücksichtigt werden.

Die Frage der bedarfsabhängigen Zulassung und des möglichen Vorliegens eines Härtefalles im Sinne von § 25 Satz 2 Ärzte-ZV ist im Zusammenhang mit der bedarfsabhängigen Zulassung zu prüfen.

SG München, Urt. v. 02.07.2003 - S 38 KA 3235/01 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

CC) KOSTENLOSE BEHANDLUNGSSTUNDEN/KRANKHEIT

LSG Bayern, Urt. v. 07.07.2004 – L 12 KA 97/03 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-64

Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 6 KA 100/04 B

Psychotherapeut, Zeitfenster, Supervisor, Teilnahme, Krankheitszeit

SGB V § 95 X; Ärzte-ZV § 25

Behandlungsstunden, die nicht berechnet, sondern kostenlos erbracht wurden, waren nicht Grundlage für das Erwerbseinkommen einer Psychotherapeutin und sind für das sog. Zeitfenster nicht zu berücksichtigen.

Eine Erkrankung (hier: Dysthymia) rechtfertigt es nicht, vom grundsätzlichen Erfordernis von 250 Behandlungsstunden innerhalb eines Halbjahreszeitraumes nach unten abzuweichen.

SG München, Urt. v. 06.02.2003 - S 28 KA 739/02 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

DD) ALLEINERZIEHENDE PSYCHOTHERAPEUTIN: ART. 6 GG

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 22.09.2004 – L 10 KA 19/02 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-65

Psychotherapeut, Zeitfenster, Kindererziehung

SGB V § 95 X

Der Einwand bzgl. der Nichterfüllung des sog. Zeitfensters, die Erziehung und Versorgung einer 1984 geborenen Tochter, die nach der Trennung von dem Ehemann einer Psychotherapeutin im Jahre 1986 allein durch sie erfolgt und die auch im Hinblick auf deren 1996 aufgetretene psychische Erkrankung sehr zeitaufwändig gewesen seien, hätten sie daran gehindert, im Zeitfenster die Anzahl der Behandlungsstunden in ihrer selbständigen Tätigkeit zu erhöhen, ist nicht geeignet, von den Anforderungen an das sog. Zeitfenster abzusehen. Weder verstößt § 95 X 1 Nr. 3 SGB V gegen Art. 6 GG noch ist eine rechtswidrige Diskriminierung zu erkennen. Eine nicht durch objektive Gründe gerechtfertigte mittelbare geschlechtsspezifische Diskriminierung ist nicht zu erkennen.

SG Köln, Urt. v. 05.12.2001 – S 19 KA 58/00 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

C) INTERESSENKOLLISION (JUGENDPSYCHIATRISCHER DIENST)

LSG Hamburg, Urt. v. 11.08.2004 – L 2 KA 4/01 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-66

Zulassung, Interessen- und Pflichtenkollision, Psychotherapeut, Teilzeitbeschäftigung

SGB V § 95 I u. II, X, XI; Ärzte-ZV § 20 II

Eine Tätigkeit im Jugendpsychiatrischen Dienst, die das Aufgabengebiet Diagnostik von Leistungsdefiziten, Intelligenzdiagnostik, Diagnostik von Entwicklungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten sowie seelischen Behinderungen umfasst, wobei gutachterliche Aufgaben gemäß den gesetzlichen Vorgaben des BSHG und SGB VIII durchgeführt sowie auf Antrag von Eltern bzw. Erziehungsberechtigten unter fachpsychologischer Sichtweise Empfehlungen zu geeigneten Hilfsmaßnahmen für Kinder/Jugendliche, die geistig, körperlich, seelisch oder mehrfach behindert sind, abgegeben werden und auch häufig eine Beratung der Eltern und im Einzelfall diagnostische und therapeutische Sitzungen mit dem Kind/Jugendlichen erfolgt, beinhaltet intensive Patientenkontakte. Auch bei Verzicht auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen als Vertragspsychotherapeut schließt eine solche Tätigkeit eine mögliche Kollision i.S.d. § 20 II Ärzte-ZV nicht mit Gewissheit aus und ist mit der Tätigkeit des Vertragspsychotherapeuten unvereinbar.

SG Hamburg, Urt. v. 01.11.2000 – S 3 KA 61/00 – RID 01-02-04 gab der Klage statt, die *Berufung* führte zur Klageabweisung.

D) KEINE VERLÄNGERUNG DES ERMÄCHTIGUNGSZEITRAUMS BEI KRANKHEIT

SG Berlin, Beschl. v. 24.08.2004 – S 71 KA 161/04 ER -

RID 05-01-67

Psychologischer Psychotherapeut, Ermächtigung, Krankheit, Nachqualifikation

SGB V § 95 XI, XIa, XIb; GG Art. 3 II 2

Für eine Verlängerung des Ermächtigungszeitraums einer Psychologischen Psychotherapeutin nach § 95 XI SGB V aus Krankheitsgründen fehlt es an einer Rechtsgrundlage. Eine analoge Anwendung des § 95 XIa u. b SGB V scheidet schon dann aus, wenn es an einer Unterbrechung der Tätigkeit fehlt.

LSG Berlin, Beschl. v. 05.11.2004 – L 7 B 40/04 KA ER -

RID 05-01-

Eine Verlängerung des Ermächtigungszeitraums ist auch nicht unter dem Gesichtspunkt des Verbots der Benachteiligung behinderter Menschen gegeben (Art. 3 II 2 GG), wenn jedenfalls im geltend gemachten Zeitraum der behinderungsbedingten Einschränkung der Erwerbsfähigkeit gerade von der bestehenden Ermächtigung Gebrauch gemacht wurde.

E) ALTERSGRENZE VON 68 JAHREN

AA) GERINGE DELEGATIONSTÄTIGKEIT

SG Berlin, Beschl. v. 26.02.2004 – S 71 KA 344/03 ER 04 -

RID 05-01-68

Zulassung, Altersgrenze, Delegationstätigkeit, Delegationsverfahren, Psychotherapeut

SGB V § 95 VII

Die Ausnahme von der Beendigung der Zulassung wegen Vollendung des 68. Lebensjahres nach § 95 VII 3 Nr. 2 SGB V greift nicht zugunsten von Psychotherapeuten ein, die über 20 Jahre lang im Delegations- bzw. Erstattungsverfahren tätig waren (vgl. *BSG*, Urt. v. 08.11.2000 – B 6 KA 55/00 R – SozR 3-2500 § 95 Nr. 26). Hat eine Psychotherapeutin von der Delegationsermächtigung keinen oder nur geringen Gebrauch (hier: ein bis zwei Wochenstunden) gemacht, führt dies nicht zu einer Verlängerung der Zulassung.

Das *SG* wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

BB) ZULASSUNGSENDE WEGEN ALTERS UND ÜBERGANGSFRIST

SG Hamburg, Urt. v. 01.09.2004 – S 27 KA 379/01 –

RID 05-01-69

Zulassung, Altersgrenze, Delegationstätigkeit, Delegationsverfahren, Psychotherapeut, Behandlung

SGB V § 95 VII

Die Zulassung einer im Okt. 1922 geb. und seit 1974 als Delegationspsychologin tätigen Psychotherapeutin kann wegen Überschreitens der Altersgrenze von 68 Jahren zum 31.12.2001 entzogen werden. Die dadurch bereits eingeräumte Übergangsfrist zur Übergabe der gesetzlich krankenversicherten Patienten ist ausreichend.

2. ZULASSUNGSBESCHRÄNKUNGEN NACH GEBIETSREFORM

SG Berlin, Urt. v. 09.06.2004 – S 79 KA 128/02 -

RID 05-01-70

Planungsbereich, Gebietsreform, Zulassungsbeschränkung, Überversorgung, Zusammenlegung
SGB V §§ 101 I 5, 103

Werden die Gebiete zweier Planungsbereiche durch ein Gebietsreformgesetz zusammengelegt, so gelten für beide Planungsbereiche verhängten Zulassungsbeschränkungen fort.

Seit November 2000 galten für Augenärzte in den Bezirken Steglitz und Zehlendorf Zulassungsbeschränkungen. Durch Gesetz wurden beide Bezirke ab 2001 zusammengelegt. Im Februar 2001 beantragte die kl. Augenärztin die Zulassung. Im Juli 2001 verhängte der Landesausschuss für den Planungsbereich Steglitz/Zehlendorf eine Zulassungsbeschränkung. Das *SG* wies die Klage gegen die Ablehnung der Zulassung ab.

3. SONDERBEDARFSZULASSUNG: PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUT

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 13.11.2002 - L 5 KA 1247/02 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-71

Lokaler Versorgungsbedarf, Psychotherapeut, Weiterbildungsordnung, Teilgebiet, Gebietsbezeichnung
SGB V § 101 I 1 Nr. 3; BedarfsPIRL-Ä Nr. 24

Ein **Beurteilungsspielraum** steht dem Berufungsausschuss nur hinsichtlich der Einschätzung des (lokalen oder besonderen) **Versorgungsbedarfs** zu, nicht aber hinsichtlich des Vorliegens der Anspruchsvoraussetzungen nach den Ausnahmeregelungen der Nr. 24 BedarfsPIRL-Ä, insb. nicht hinsichtlich des unbestimmten Rechtsbegriff **"großräumiger Landkreis"**.

Ein Landkreis mit einer **Längsachse von über 40 km** ist als **großräumiger Landkreis** anzusehen.

Nr. 24 Satz 1 Buchst. b BedarfsPIRL-Ä kann auf nichtärztliche Psychotherapeuten nicht angewandt werden. Er knüpft nach seinem Wortlaut an die **Weiterbildungsordnung** an, die es für Psychologische Psychotherapeuten und KJP nicht gibt. Diese Berufsbezeichnungen sind den ärztlichen Gebietsbezeichnungen gleichzustellen. Die Berufsbezeichnung „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ ist nicht als Teil der Berufsbezeichnungen "Psychologischer Psychotherapeut" anzusehen.

SG Freiburg, Urt. v. 20.02.2002 - S 1 KA 3370/01 – gab der Klage statt, u.a. hielt es Nr. 24 Satz 1 Buchst. b BedarfsPIRL-Ä für anwendbar; das *LSG* verurteilte zur Neubescheidung unter Beachtung seiner Rechtsauffassung..

Zu Nr. 24 Satz 1 Buchst. b BedarfsPIRL-Ä wie hier *SG Stuttgart, Urt. v. 29.07.2004 – S 5 KA 7223/03 -* RID 04-04-49.

4. PRAXISNACHFOLGE: BESTAND DER (PSYCHOTHERAPIE-)PRAXIS BEI GERINGER FALLZAHL

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 08.05.2002 - L 5 KA 382/02 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-72

Praxisfortführung, Praxisnachfolge, Psychotherapeut
SGB V §§ 72 I 2, 93 III 1, 95 VI, 103 IV

Praxisfortführung in Sinne des § 103 IV 3 SGB V liegt nur dann vor, wenn der ausscheidende Vertragsarzt zum Zeitpunkt der Beendigung seiner Zulassung tatsächlich unter einer bestimmten Anschrift in nennenswertem Umfang (noch) vertragsärztlich tätig gewesen ist (§ 95 III 1 SGB V) (vgl. zum Ganzen: *BSG* SozR 3-2500 § 103 Nr. 5). Die (insgeheim meist von vornherein feststehende) Absicht des übernehmenden Arztes bzw. Psychotherapeuten, die Praxis alsbald an einem anderen Ort und/oder mit einem anderen Inventar fortzuführen, ist rechtlich irrelevant.

Hat ein Psychotherapeut zuletzt nur eine sehr **geringe Zahl von Behandlungsfällen** (in den Quartalen I/00 bis III/00 jeweils 6 bzw. 8 Fälle; Durchschnitt der Gruppe der Psychotherapeuten: 24 Fälle) zur Abrechnung gebracht, lässt dies nicht den Schluss zu, er habe keine fortführungsfähige Praxis mehr betrieben. Die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung setzt nicht voraus, eine bestimmte Anzahl von Behandlungsfällen zur Abrechnung zu bringen. Eine geringere Fallzahl kann unterschiedliche Gründe haben.

Ist die KV der Auffassung, mit der Abrechnung einer geringen Zahl von Behandlungsfällen nehme ein Vertragsarzt bzw. zugelassener Psychotherapeut nicht mehr an der vertragsärztlichen Versorgung teil, so muss sie auf eine Entziehung der Zulassung hinwirken.

SG Karlsruhe, Urt. v. 19.12.2001 - S 1 KA 3590/01 – wies die Klage der KV ab, das *LSG* die Berufung zurück.

5. BELEGARZTVERTRAG: BEVORZUGUNG EINES NICHT ZUGELASSENEN ARZTES

SG München, Urt. v. 01.04.2004 – S 33 KA 498/03 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de
Krankenhausträger, Belegarzt, Belegarztvertrag, Vertragsarzt
SGB V §§ 103 VII, 121 II

RID 05-01-73

Einem Krankenhausträger kann der Abschluss eines Belegarztvertrages aufgrund von Unregelmäßigkeiten bei der Abrechnung in der Vergangenheit, die zu einer Kündigung eines bereits bestehenden Belegarztvertrages führten, nicht zugemutet werden. Bewirbt sich dieser Vertragsarzt auf die Ausschreibung für eine belegärztliche Tätigkeit als einziger Vertragsarzt, so kann der Krankenhausträger einen noch nicht zugelassenen Arzt bevorzugen.

Auch bei weniger als 10 Belegbetten kann an der Ausübung der belegärztlichen Tätigkeit im Sinne des § 121 II SGB V nicht automatisch gezweifelt werden (vgl. *BSG* vom 14.03.2001, B 6 KA 34/00 R).

6. GLEICHZEITIGE TEILNAHME AN DER HAUS- UND FACHÄRZTL. VERSORGUNG

A) ALLGEMEINMEDIZINER

LSG Hessen, Urt. v. 26.05.2004 – L 7 KA 34/04 –
Revision anhängig: B 6 KA 74/04 R

RID 05-01-74

Allgemeinmediziner, Arzt, haus- und fachärztliche Versorgung, Teilnahme, Hausärztervertrag, KO-Liste
SGB V § 73 Ia; GG Art. 12 I

Ein Arzt für Allgemeinmedizin kann im Jahr 2003 nicht eine gleichzeitige Teilnahme an der haus- und fachärztlichen Versorgung beanspruchen. Dem steht die Bestimmung des § 73 Ia SGB V entgegen, die, wie das BSG wiederholt ausgeführt hat, eine verfassungsgemäße Beschränkung der Berufsausübung ist. Eine verfassungskonforme erweiternde Auslegung ist weder notwendig noch möglich.

Der Kl., Arzt für Allgemeinmedizin, hat nach seinen Angaben mehrere Jahre im Laborbereich gearbeitet und die Fachkunde für Laborleistungen erworben. Er hat sich auf immunologische Krankheitsbilder spezialisiert. Seinen Antrag auf Genehmigung zur Abrechnung der Nrn. 4438 bis 4455 EBM aus dem Laborbereich (Abschnitt O III EBM) wiesen die Zulassungsgremien ab. Ein einstweiliges Anordnungsverfahren, s. *SG Frankfurt a. M.*, Beschl. v. 08.08.2003 - S 27 KA 2353/03 ER- RID 03-04-59 (Beschwerde wurde von Bet. für erledigt erklärt), blieb ohne Erfolg. *SG Frankfurt a. M.*, Urt. v. 18.02.2004 – S 27 KA 4418/03 - RID 04-02-87 wies die Klage ab. Mit der *Berufung* trug d. Kl. u.a. vor, es gebe keine Rechtsgrundlage, auch nicht in § 73 Ia SGB V, für eine Ablehnung. § 5 Hausarztvertrag meine mit „Fachgebiet“ das gemäß der Weiterbildungsordnung. § 73 SGB V ermächtige nicht die Mantelvertragsparteien, ihm ärztliche Betätigungsfelder zu nehmen.

Nach zuletzt *BSG*, Urt. v. 01.07.1998 - B 6 KA 25/97 R - ArztR 1999, 107 = USK 98167 m.w.N. ist die Regelung des § 73 Ia SGB V eine **verfassungsgemäße Beschränkung der Berufsausübung** im Sinne von Art. 12 I 2 GG; *BVerfG*, 1. Sen., 2. Ka., Beschl. v. 17.06.1999 – 1 BvR 2507/97 – SozR 3-2500 § 73 Nr. 3 hat die Verfassungsbeschwerde nicht angenommen.

B) LOKALER VERSORGUNGSBEDARF (INTERNISTEN UND GASTROSKOPIEN)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 22.09.2004 – L 10 KA 6/04 - www.sozialgerichtsbarkeit.de
Internist, haus- und fachärztliche Versorgung, Versorgungsbedarf, Hausärztervertrag, KO-Liste, Gastroskopie
SGB V § 73 Ia ; EBM Nr. 741

RID 05-01-75

Die Annahme eines **lokalen Versorgungsbedarfs** hinsichtlich der Nr. 741 EBM ist nicht zu beanstanden, wenn in dem rechtsrheinischen Raum mit 400.000 Einwohnern die Patienten ab Januar 2003 von drei fachärztlichen bzw. gastroenterologischen Praxen mit Endoskopieleistungen versorgt werden, während zuvor mindestens 20 Ärzte entsprechend tätig waren. Bereits dieser Umstand indiziert einen Versorgungsbedarf. Anlass zu einer weiteren Sachverhaltsermittlung besteht nicht, wenn die KV lediglich pauschal vorgetragen hat, dass fachärztlich tätige Ärzte im Planungsbereich bezogen auf die beantragten Leistungen freie Behandlungskapazitäten hätten. Zwar kommt es grundsätzlich auf die Versorgungssituation im gesamten Planungsbereich an, jedoch ist bei der Regelung gemäß § 73 Abs. 1 a) Satz 3 SGB V - ähnlich wie bei der Sonderbedarfszulassung gemäß Ziffer 24 a) Bedarfsplanungsrichtlinien - auf die **Situation im lokalen Bereich** abzustellen.

SG Köln, Gerichtsbb. v. 25.11.2003 – S 19 KA 18/03 – wies die Klage der KV gegen den Berufungsausschuss ab, der einen hausärztlich tätigen Internisten die Erbringung der Nr. 741 EBM befristet bis zum 31.12.2006 genehmigt hatte, ab, das *LSG* die Berufung zurück.

C) VORAUSSETZUNGEN EINER EINSTW. ANORDNUNG/GASTROENTEROLOGIE

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 02.08.2004 – L 3 KA 85/04 ER - www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-01-76**

Einstweilige Anordnung, Beurteilungsspielraum, Amtsermittlung, Wartezeit, Fahrzeit
SGB V § 73 Ia

Hat der Gesetzgeber ein Verbot mit Erlaubnisvorbehalt normiert und zugleich den Entscheidungsgremien einen weiten **Beurteilungsspielraum** eingeräumt, ist regelmäßig kein Raum für eine **einstweilige Anordnung**. Für den Erlass einer ausnahmsweisen **einstweiligen Anordnung** auf Erteilung einer vorläufigen Genehmigung nach § 73 Ia 3 SGB V müssen dringende Gründe für eine Begrenzung des Beurteilungsspielraums i.S. einer Erteilung der Genehmigung sprechen (**Anordnungsanspruch**) und ein Abwarten des Ergebnisses des Hauptsacheverfahrens muss unzumutbar sein (**Anordnungsgrund**). Der **allgemeine Versorgungsgrad** bei fachärztlichen Internisten ist ohne Relevanz, soweit die streitigen gastroenterologischen Leistungen nur von einem kleinen Teil von ihnen erbracht werden. Maßgeblich ist das fachärztl. Behandlungsangebot speziell bei den gastroenterologischen Leistungen. Die **Ermittlung des entscheidungserheblichen Sachverhalts** darf sich typischerweise nicht immer in **Befragungen von Berufskollegen** erschöpfen. Die Angaben der potentiellen künftigen Konkurrenten des Bewerbers um einen zusätzlichen Praxissitz sind nicht ohne weiteres als Entscheidungsgrundlage geeignet, sondern müssen sorgfältig ausgewertet, soweit möglich durch weitere Ermittlungen ergänzt und so objektiviert werden (BSG SozR 3-2500 § 101 Nr. 5).

Im Rahmen der gebotenen **Objektivierung** können Vergleiche der Quartalsleistungsprofile der betroffenen Fachärzte im Planungsbereich mit den durchschnittlichen Leistungsprofilen anderer vergleichbarer Fachärzte (mit gastroenterologischem Schwerpunkt) herangezogen werden, daneben auch der Gesamtumfang aller abgerechneten Leistungen.

Eine entsprechende Indizwirkung kann (mehrtägigen oder mehrwöchigen) **Wartezeiten** nur dann zukommen, wenn ihr Ausmaß unter Berücksichtigung aller Umstände, namentlich der Dringlichkeit des Bedarfs, der Schwere des Krankheitsbildes und den im Zuge einer Verzögerung eventuell drohenden Gefahren, als nicht mehr zumutbar anzusehen ist. Auch die Frage zumutbarer **Fahrzeiten** unterliegt dem Beurteilungsspielraum der Zulassungsgremien.

Ein Internist als Teilnehmer an der hausärztlichen Versorgung darf **ohne Genehmigung** fachärztliche Leistungen nicht erbringen. Dementsprechend darf er entsprechende "Überweisungen" vor Erlangung der begehrten Genehmigung auch nicht dulden, sondern muss die – sich diesbezüglich offenbar im Irrtum befindenden – überweisenden Kollegen unverzüglich über seine fehlende Befugnis aufklären, damit diese die Patienten an die zur Erbringung gastroenterologischer Leistungen befugten Fachärzte überweisen.

SG Hannover, Beschl. v. 30.04.2004 – S 16 KA 25/04 ER – wies den Antrag ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

7. ALTERSGRENZE VON 68 JAHREN EUROPARECHTSKONFORM

LSG Hamburg, Urt. v. 01.12.2004 – L 2 KA 17/03 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-77

Zulassungsentziehung, Altersgrenze, 68-Jahre-Grenze, Diskriminierungsverbot
SGB V § 95 VI, VII; Ärzte ZV §§ 18, 19, 20, 21, 27

Die Altersgrenze von 68 Jahren verstößt nicht gegen Verfassungsrecht (vgl. BVerfG v. 31.03.1998 - 1 BvR 2167/93 und 1 BvR 2198/93, SozR 3-2500 § 95 Nr. 17; nachfolgende Verfassungsbeschwerden hat das BVerfG nicht zur Entscheidung angenommen, vgl. Beschl. v. 18.05.01- 1 BvR 522/01 - und 04.10.01 – 1 BvR 1481/01 u. 1435/01 –, NZS 2002, 144).

Die Altersgrenze verstößt auch nicht gegen europäisches Recht. Insbesondere liegt ein Verstoß gegen das Diskriminierungsverbot (Art. 12 EG-Vertrag) schon deswegen nicht vor, weil in der Bundesrepublik Deutschland auch kein ausländischer Arzt zur vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung zugelassen wird, der die Altersgrenze überschreitet.

SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 26.03.2003 – S 27 KA 3/99 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Vgl. a. bereits *LSG Hamburg, Urt. v. 30.07.2003 – L 2 KA 1/00- RID 04-01-66* (S. 39) m.w.N.

8. NACHTRÄGLICHE AUFLAGE UNZULÄSSIG/WOHNSITZ IN PRAXISNÄHE

SG Münster, Urt. v. 11.10.2004 - S 2 KA 118/02 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-78

Wohnsitz, Praxisnähe, Auflage, Nebenbestimmung, Residenzpflicht

§ 95 VI SGB V; Ärzte-ZV §§ 24 II 2, 27; SGB X § 32 I

Auf § 32 I SGB X erfasst nur die Fälle, in denen eine Nebenbestimmung zeitgleich mit der Zulassung erteilt wird.

§ 95 VI SGB X i.V.m. § 27 Zahnärzte-ZV ist keine Rechtsgrundlage für die nachträgliche Auflage, innerhalb von drei Monaten einen ersten Wohnsitz in Praxisnähe nachzuweisen. Hierauf kann nicht der nachträgliche Erlass von Nebenbestimmungen gestützt werden.

Wegen des Verdachtes eines Verstoßes gegen die Residenzpflicht besteht die Möglichkeit, ein Disziplinarverfahren gegen einen Vertragsarzt zu beantragen (so auch BSG, Urt. v. 05.11.2003 - B 6 KA 2/03 R).

9. ERMÄCHTIGUNG ZUR DIALYSE BEI WOHNORTNAHER ZWEIGPRAXIS

SG Marburg, Beschl. v. 27.01.2005 - S 12 KA 1130/04 ER -

RID 05-01-79

Dialyseeinrichtung, Dialysevereinbarung, Ermächtigung

§ 116 SGB V; Ärzte-ZV § 31 II; BMV-Ä Anl. 9.1; EKV-Ä Anl. 9.1; SGG § 86b I 1 Nr. 1

Ist aus Sicht des Gerichts offen, ob eine Ermächtigung nach § 31 II Ärzte-ZV i.V.m. § 11 I der Anlage 9 zu den Bundesmantelverträgen rechtmäßig ist, so kommt im Rahmen einer Güterabwägung dem Patienteninteresse überragende Bedeutung zu. Bei Dialysebehandlungen handelt es sich um sehr intensive ärztliche Behandlungen, die ein besonderes Vertrauensverhältnis zum behandelnden Arzt und zur Dialyseeinrichtung zur Grundlage haben.

Der Ast. ist als Internist in einem Krankenhaus beschäftigt und wurde seit längerem fortlaufend zur Dialysebehandlung auf Überweisung ermächtigt, zuletzt bis 30.09.2004 und 31.12.2004. Gegen die weitere Ermächtigung bis 31.12.2006 legten die KV und eine Gemeinschaftspraxis (G) Widerspruch ein. G betreibt 17 km entfernt eine Dialysepraxis und zur wohnortnahen Versorgung seit Juli 2004 im selben Ort wie der Ast eine Zweigpraxis. Das SG ordnete die sofortige Vollziehung des Beschlusses des Zulassungsausschusses bis einen Monat nach Zustellung einer Widerspruchsentscheidung, längstens bis zum 30.06.2005 an.

10. STATTHAFTER ANTRAG AUF AUFHEBUNG DER SOFORTIGEN VOLLZIEHUNG (ERMÄCHTIGUNG)

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 24.11.2004 - L 10 B 14/04 KA - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-80

Widerspruch, aufschiebende Wirkung, sofortige Vollziehung, Versorgungsdefizit

§§ 97 IV, 116 SGB V; SGG §§ 86a, 86b I

Ein Widerspruch gegen einen Beschluss des Zulassungsausschusses hat aufschiebende Wirkung (§ 86a I SGG).

Das Antragsziel, die durch den Berufungsausschuss angeordnete sofortige Vollziehung zu beseitigen und die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs wiederherzustellen, wird von § 86b I SGG nicht unmittelbar erfasst. § 86b I Nr. 2 SGG ist nicht unmittelbar anwendbar. Das Gericht kann die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs nicht anordnen, da diese Rechtsfolge bereits kraft Gesetzes eintritt (§ 86a I SGG). Zu klären ist vielmehr, ob die Anordnung der sofortigen Vollziehung, durch die die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs suspendiert wird, aufzuheben ist und damit die aufschiebende Wirkung wiederhergestellt wird. Losgelöst vom Wortlaut ordnet der Senat auch diese Konstellation in entsprechender Anwendung der Regelung des § 86b I Nr. 2 SGG zu (vgl. auch Meyer-Ladewig, SGG § 86a Rdnr. 22). Ein Antrag, die angeordnete sofortige Vollziehung aufzuheben, ist nach § 86b I Nr. 2 SGG statthaft (vgl. auch Senatsbeschl. v. 20.01.2004 - L 10 B 19/03 KA ER - und 30.01.2004 - L 10 B 21/03 KA ER -).

Eine konkrete Gefährdung der Versicherten infolge eines Versorgungsdefizits rechtfertigt es, den Sofortvollzug anzuordnen (Senatsbeschl. v. 12.05.2004 - L 10 B 4/04 KA ER -).

SG Duisburg, Beschl. v. 09.07.2004 - S 19 KA 8/04 - wies den Antrag der KV auf Aufhebung des Sofortvollzugs einer Ermächtigung ab, das LSG die Beschwerde zurück.

11. ZULASSUNGSENTZIEHUNG: ANTRAG AUF SOFORTIGE VOLLZIEHUNG

LSG Bayern, Beschl. v. 09.09.2002 – L 12 B 87/02 KA ER -

RID 05-01-81

Zulassungsentziehung, Berufungsausschuss, öffentliches Interesse, gröbliche Pflichtverletzung, freie Praxis
SGB V §§ 95, 97 IV; Ärzte-ZV § 32 I 1; SGG § 86a I 1, 86b I 1 Nr. 1; GG Art. 12 I

Spricht vieles dafür, dass einem Vertragsarzt zu Recht die Zulassung entzogen wurde, sind andererseits die Erfolgsaussichten der dagegen gerichteten Klage nicht so eindeutig, dass ein privates Interesse an der Fortsetzung seiner Praxistätigkeit bis zur gerichtlichen Klärung der Zulassungsentziehung gegenüber dem öffentlichen Interesse an deren sofortiger Vollziehung zurücktreten müsste, so ist ein Antrag auf sofortige Vollziehung einer Zulassungsentziehung abzulehnen.

Zum Sachverhalt s. *LSG Bayern*, Beschl. v. 05.05.2003 – L 12 B 170/03 KA ER -RID 05-01-17 (diese Ausgabe S. 18); *SG Nürnberg*, Beschl. v. 20.02.2002 – S 6 KA 22/00 ER – gab dem Antrag der KV, die sofortige Vollziehung der Zulassungsentziehung anzuordnen, statt, das *LSG* hob den Beschluss auf und lehnte den Antrag ab; einem Antrag auf Sofortvollzug der Zulassung in Hessen gab *SG Frankfurt a. M.*, Beschl. v. 16.01.2004 – S 29 KA 4111/03 ER – RID 04-02-85 statt.

Zu den Voraussetzungen der **Anordnung der sofortigen Vollziehung** einer Zulassungsentziehung s. *BVerfG*, 2. Ka. d. 1. Sen., Beschl. v. 25.05.2001 – 1 BvR 848/01 – RID 02-01-39; zum **Ruhen der Zulassung nach implausibler Abrechnung** vgl. *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 11.02.2004 – L 11 KA 33/03 – RID 04-02-75; zu den Voraussetzungen einer Zulassungsentziehung vgl. zuletzt *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 09.07.2003 – L 11 KA 13/03 – RID 03-04-61; zu Pflichtenverstöße und Verhältnismäßigkeitsgrundsatz s. *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 11.09.2002 – L 5 KA 3536/01 – RID 03-04-62, zurückverwiesen durch *BSG*, Urt. v. 20.10.2004 – B 6 KA 67/03 R -; zur Zulassungsentziehung bei Abrechnungsbetrug vgl. *SG Magdeburg*, Urt. v. 28.08.2002 – S 17 KA 518/00 – RID 02-04-40; zur Zulassungsentziehung bei Medikamentenabusus (Psychotherapeutin) s. *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 27.01.2004 – L 5 KA 4663/03 ER-B – RID 04-03-44; zur Zulassungsentziehung s.a. RID 03-04-62 u. RID 03-04-61; nach *SG Frankfurt a. M.*, Beschl. v. 16.01.2004 – S 29 KA 4111/03 ER – RID 04-02-85 können **gröbliche Pflichtverletzungen**, die zur **Zulassungsentziehung** führten, bei einem erneuten Zulassungsverfahren erst nach rechtskräftigem Abschluss berücksichtigt werden.

Zum Ruhen der ärztlichen Approbation s. *OVG Niedersachsen*, Beschl. v. 19.01.2005 – 8 ME 181/04 – RID 05-01-198 (S. 80) (Abrechnungsbetrug); *BVerfG*, 2. Ka. d. 1. Sen., Beschl. v. 12.03.2004 – 1 BvR 540/04 – RID 04-02-250; *OVG Niedersachsen*, Beschl. v. 18.03.2003 – 8 ME 164/03 – RID 04-02-251; zum Widerruf der Approbation s. *VGH Baden-Württemberg*, Urt. v. 01.12.2003 – 9 S 1138/03 – RID 04-02-249; zum **Approbationsentzug** auf Grundlage eines **Strafurteils** vgl. *BVerwG*, Beschl. v. 06.03.2003 – 3 B 10.03 – RID 03-03-144; zum **Widerruf der ärztlichen Approbation** bei Unwürdigkeit wegen einer **Straftat** vgl. *VGH Baden-Württemberg*, Urt. v. 01.12.2003 – 9 S 1138/03 – RID 04-02-249; zum Widerruf der Approbation als Zahnarzt wegen zwei Jahre zurückliegender **Verkehrsdelikte** vgl. *OVG Nordrhein-Westfalen*, Beschl. v. 15.01.2003 – 13 A 2774/01 – RID 03-02-117; zum Ruhen der Approbation bei **Betrugsverdacht** (Apotheker) vgl. *OVG Niedersachsen*, Beschl. v. 29.08.2002 – 8 LA 92/02 – RID 02-04-116.

12. ERMÄCHTIGUNG FÜR DIE EINRICHTUNG EINER INSTITUTSAMBULANZ

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 22.09.2004 – L 10 KA 33/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-82

Ermächtigung, Institutsambulanz, Psychiatrisches Krankenhaus

SGB V §§ 107 I, 118 I

Ein Krankenhausträger hat einen Anspruch auf Erteilung einer Ermächtigung für seine Tagesklinik nach § 118 I SGB V nur, wenn diese ein Betriebsteil des Psychiatr. Krankenhauses ist. Dies ist nicht der Fall, soweit die Tagesklinikplätze (15 Plätze Gerontopsychiatrie) im Krankenhausplan nicht als eigenständiges Krankenhaus aufgenommen sind, sondern unter der Disziplin "Psychiatrie" neben den weiteren im Krankenhaus N H vertretenen Disziplinen "Kinder- und Jugendpsychiatrie", "Neurologie", "Chirurgie" und "Innere Medizin", als Teil der insgesamt 30 Tagesklinikplätze aufgeführt sind.

Die Ermächtigung berechtigt nur zur Behandlung "im" ermächtigten Krankenhaus, d. h. es muss gewährleistet sein, dass den ambulanten Patienten alle Einrichtungen personeller und sächlicher Art des Krankenhauses im Bedarfsfall zugute kommen können. Das setzt nicht zwingend die Einrichtung der Institutsambulanz im Gebäude des Psychiatrischen Krankenhauses voraus, wohl aber eine organisatorische und räumliche Anbindung der Behandlungseinrichtung an die Klinik (*LSG NRW*, Urt. v. 27.07.1994 – L 11 Ka 123/93 -, bestätigt durch *BSG*, Urt. v. 21.06.1995 – 6 RKa 49/94 -, *SozR* 3-2500 § 118 Nr. 2). Bei einer Entfernung von 29 km ist schon eine räumliche Anbindung nicht gegeben.

SG Aachen, Urt. v. 15.05.2003 – S 7 KA 1/02 – gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

13. WIDERSPRUCHSBEFUGNIS AUF ZULASSUNGSSACHEN BESCHRÄNKT

SG Mainz, Urt. v. 19.05.2004 – S 2 KA 270/01 -

RID 05-01-83

Widerspruchsbefugnis, Krankenkasse, Landesverband, Gemeinschaftspraxis

SGB V §§ 85 IVb, 96 IV, 97 III; Z-ZV § 33 II

Stellt ein Zulassungsausschuss über die Genehmigung einer Gemeinschaftspraxis hinaus fest, dass die Selbständigkeit und Gleichberechtigung der Vertragspartner i.S.d. § 85 IVb SGB V gegeben ist, so kann ein Landesverband der Krankenkassen hiergegen keinen Widerspruch einlegen. Seine Widerspruchsbefugnis ist auf Zulassungssachen beschränkt.

VII. VERWALTUNGSMEHRKOSTEN FÜR DIE BEARBEITUNG EINER PFÄNDUNG

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 01.09.2004 - L 5 KA 1529/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-84

Rechtskräftig (Revision zugelassen)

Abtretung, Pfändung, Verwaltungskosten, HVM, Satzung, Kostenfreiheit, Gebühr, Kostenaufwand

SGB V §§ 72 II, 81 I 3 Nr. 5, 85 IV; SGB X § 64 I

Leitsätze:

1. Eine KZV darf für die Bearbeitung einer Pfändung des Honoraranspruchs von dem Vertragszahnarzt eine Gebühr erheben. Der Grundsatz der Kostenfreiheit des Verwaltungsverfahrens kommt im Vertragszahnarztrecht jedenfalls dann nicht zur Anwendung, wenn die Verursachung des Kostenaufwands auf einem Verschulden des Zahnarztes beruht und die Gebührenerhebung in der Satzung der KZV vorgesehen ist.
2. Für die Bemessung der Höhe der Gebühren ist der typischerweise entstehende Kostenaufwand zu Grunde zu legen.

Der Honoraranspruch des klagenden Zahnarztes ist wegen Unterhaltsansprüchen an seine frühere Ehefrau gepfändet. Deshalb zahlte die bekl. KZV im Februar 2001 3.8531,91 DM an die Geschiedene und belastete das Honorarkonto d. Kl. mit 2 % bzw. 77,07 DM. Nach Nr. 6.2 **HVM** kann der Zahnarzt Zahlungsansprüche gegen die KZV nur einheitlich an einen Zessionar abtreten. Satz 2 legt fest, dass durch Abtretungen und Pfändungen aller Art entstehende Verwaltungsmehrkosten dem Zahnarzt gesondert berechnet werden können. Satz 3 erlaubt, die Verwaltungsmehrkosten zu pauschalisieren. Nach Vorstandsbeschluss von 1985 gilt die 2 %-Regelung. *SG Stuttgart*, Urt. v. 26.02.2003 – S 10 KA 3836/01 gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück.

VIII. UNTERLASSUNGSANSPRUCH EINES VERTRAGS(ZAHN)ARZTES GEGEN KRANKENKASSE

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 05.01.2005 – L 3 KA 237/04 ER - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-85

Unterlassungsanspruch, Berufsausübungsfreiheit, Ermächtigung, Zulassungsverzicht, Verzicht, Sicherstellungsauftrag, Ordnungshaft, Krankenkasse, juristische Person

SGB V §§ 72a, 95 IV, 95b; GG Art. 12 I; SGG § 86b II; ZPO §§ 890, 928,

Ist zu besorgen, eine Krankenkasse werde künftig durch ihre – in ihrer Funktion als Hoheitsträgerin verlautbarten – Erklärungen rechtswidrig in die grundrechtlich geschützte Berufsausübungsfreiheit einer Vertragszahnärztin eingreifen, so kann sich die Vertragszahnärztin gegenüber der Krankenkasse grundsätzlich auf einen **öffentlich-rechtlichen Unterlassungsanspruch** berufen, der sich als Abwehrrecht unmittelbar aus Art. 12 I GG ergibt.

Eine Vertragszahnärztin, die nach **§ 95b SGB V** auf ihre Zulassung **verzichtet**, ist grundsätzlich berechtigt, auch weiterhin beginnende Behandlungen von Versicherten nach Abs. 3 durchzuführen.

Die Rückgabe der **Ermächtigung** ist der in § 95b allein genannten Zulassung gleichzustellen, weil deren statusrechtliche Rechtswirkungen im Wesentlichen gleich sind (vgl. § 95 IV SGB V).

§ 95b III SGB V gilt auch, wenn es nicht zu einem Übergang des Sicherstellungsauftrags auf die Krankenkassen gemäß § 72a SGB V gekommen ist, weil die Vorschrift ausdrücklich nur auf § 95 Abs. 1, nicht aber auf Abs. 2 verweist.

Infolge des § 95b III SGB V verharret der Vertrags(zahn)arzt, der im Rahmen einer kollektiven Absprache auf seine Zulassung bzw. Ermächtigung verzichtet hat, im Verhältnis zu den Krankenkassen in einem **Rechtsverhältnis sui generis**. Die bisherige vertrags(zahn)ärztliche Behandlung wird zwar Privatbehandlung. Schuldner der – gegenüber der normalen privat(zahn)ärztlichen Behandlung deutlich reduzierten – Vergütung ist jedoch nicht der (gesetzlich krankenversicherte) Patient, sondern die Kran-

kenkasse. Dem steht nicht entgegen, dass § 95b III nach verbreiteter Auffassung im Schrifttum für systemwidrig und unpraktikabel gehalten wird.

Die Eindeutigkeit der Rechtslage bezieht sich auch darauf, dass die Berechtigung kollektiv ausgeschiedener Vertrags(zahn)ärzte, weiterhin Versicherte zu Lasten der Krankenkassen zu behandeln, nicht nur für Behandlungen besteht, die bereits vor dem Wirksamwerden des Verzichts auf die Zulassung bzw. Ermächtigung begonnen worden sind, sondern auch für **neue Behandlungsfälle**.

Die Verhängung von **Ordnungshaft** gegen Behörden - die an Behördenvertretern zu vollziehen wäre - würde schwer wiegende Eingriffe in ihr organisatorisches Gefüge und in den Ablauf ihrer Verfahren zur Folge haben; deshalb scheiden Androhung wie Anordnung von Ordnungshaft gegenüber **juristischen Personen öffentlichen Rechts** im Rahmen der in § 86b II 4 SGG angeordneten entsprechenden Anwendung der §§ 928 und 890 ZPO aus.

Die Ast. war als Kieferorthopädin **ermächtigt** (Quartalsumsatz II/04: 183.487,13 €, Privatversicherte 84.280,73 €). Auf Ihren **Antrag** hin stellte der Zulassungsausschuss zum Juni 2004 das **Ende der Ermächtigung** fest. Das ns. Ministerium stellte als **Aufsichtsbehörde** mit Bescheid vom 03.06.2004 fest, dass in den drei ns. Planungsbereichen, den Landkreisen Cuxhaven, Hannover und Hildesheim insgesamt 23 und jeweils mehr als 50% aller dort niedergelassenen Vertragszahnärzte, die kieferorthopädische Leistungen erbringen, in einem mit anderen Zahnärzten aufeinander abgestimmten Verfahren oder Verhalten auf ihre Zulassung zum 30.06.2004 nach § 95b I SGB V verzichtet hätten und dadurch die vertragszahnärztliche kieferorthopädische Versorgung ab Juli 2004 nicht mehr sicher gestellt sei. Neben der Ast. wurden 40 weitere ns. Kieferorthopäden bzw. kieferorthopädisch tätige Zahnärzte namentlich aufgeführt. Unter dem 19.05.2004 veröffentlichten u.a. die Ag. – die größte niedersächsische **Krankenkasse** – ein an ihre Versicherten und deren Eltern gerichtetes **Rundschreiben**, in dem u.a. die Empfehlung abgegeben wurde, bei den Kieferorthopäden, die ihre Zulassung zurückgegeben hatten, keine Erklärungen zur Privatbehandlung abzugeben oder Zahlungen zu leisten. Die Weiterführung bereits laufender kieferorthopädischer Behandlungen müsse grundsätzlich ein zugelassener Behandler übernehmen. Bei einem kollektiven Verzicht auf die Zulassung könne ein Kind aber übergangsweise von einem betroffenen Kieferorthopäden weiterbehandelt werden, der dann jedoch nur den einfachen Satz der GOZ direkt von der Krankenkasse erhalte, ohne dass ein Vergütungsanspruch des Zahnarztes an den Versicherten bestehe; außerdem seien privatrechtliche Vereinbarungen mit dem Zahnarzt nichtig. Eine Unterlassung wurde kassenseits abgelehnt. **SG Hannover**, Beschl. v. 15.09.2004 – S 31 KA 332/04 ER – wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, mit der die Ag. zur Unterlassung verpflichtet werden sollte, gegenüber Dritten wörtlich oder sinngemäß Erklärungen abzugeben, wonach (1) ein Kieferorthopäde, der gemäß § 95b I SGB V auf seine Zulassung/Ermächtigung verzichtet hat, neue Behandlungen zu Lasten der Krankenkassen nicht beginnen dürfe und (2) privatrechtliche Vereinbarungen zwischen einem Kieferorthopäden, der gemäß § 95b I SGB V auf seine Zulassung/Ermächtigung verzichtet hat, und Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung unzulässig auch im Hinblick auf Mehrkosten seien. Das **LSG** verpflichtete die Ag. es zu unterlassen, ihren Versicherten gegenüber zu erklären, die Ast. dürfe neue Behandlungen zu Lasten der Krankenkassen nicht beginnen, und wies im Übrigen (Antrag zu 2.) die Beschwerde zurück.

IX. KEIN UNTERLASSUNGSANSPRUCH EINES VERSICHERTEN GEGEN KV

LSG Hessen, *Urt. v. 26.05.2004 – L 7 KA 287/01 -*

RID 05-01-86

Unterlassungsanspruch, Budgetüberschreitung, Heilmittel, Arzt, Patient, Versicherter
SGB V § 12

Leitsätze:

Warnt eine KV durch Rundschreiben die bei ihr zugelassenen Vertragsärzte vor einer weiteren Budgetüberschreitung bei Heilmitteln, hat ein gesetzlich Versicherter hiergegen keinen Unterlassungsanspruch (unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt), auch wenn der behandelnde Arzt dem Versicherten die Verordnung von Massagen unter Hinweis auf das Rundschreiben verweigert. Dem Versicherten bleibt die Möglichkeit, im Rahmen der freien Arztwahl einen anderen Vertragsarzt aufzusuchen.

SG Frankfurt a. M., *Urt. v. 24.01.2001 – S 5 KA 2766/98 –* wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Zur in der Entscheidung nicht thematisierten **Abgrenzung der Kassenarzt- von den Krankenversicherungsstreitigkeiten** s. die Hinweise in RID 04-02-B XII (S. 63) und **LSG Nordrhein-Westfalen**, *Urt. v. 09.07.2004 – L 10 B 6/04 KA ER - RID 04-04-40* (Teilnahme einer Ärztin am Modellvorhaben "Akupunktur"); zur Klage der KV gegen Versicherten auf Zahlung der Praxisgebühr s. **LSG Niedersachsen-Bremen**, *Beschl. v. 09.08.2004 – L 4 KR 193/04 ER - RID 04-04-183*.

X. BEZIEHUNGEN ZWISCHEN KRANKENKASSEN, KV UND AUFSICHT

1. GESAMTVERGÜTUNG

A) BINDUNG EINER KRANKENKASSE AN GESAMTVERGÜTUNGSVERTRAG

SG München, Urt. v. 19.05.2004 – S 42 KA 1343 –

RID 05-01-87

Gesamtvertrag, Gesamtvergütung, Landesverband, Verzugszins, Zins, Vorstand

SGB V §§ 82 II, 209; SGB X § 58; SGB IV § 35a I; BGB § 177 I

Ein Vertrag über die **Gesamtvergütung** hat für die **Mitgliedskassen** eines vertragsschließenden Landesverbandes der Krankenkassen **Bindungswirkung** (§ 85 II SGB V). § 58 SGB X über die Nichtigkeit eines öffentlich-rechtlichen Vertrages ist anwendbar.

Eine **Krankenkasse** kann, sofern sie mit dem Inhalt des **Honorarvertrages** nicht einverstanden ist, nur über ihre mitgliedschaftlichen Rechte im Landesverband einwirken.

Sieht die Satzung eines **Landesverbandes der Krankenkassen** einen **Vorstand** aus zwei Personen vor, ist dieser aber nur mit einer Person besetzt, so ist er fehlerhaft besetzt, auch wenn Alleinvertretungsbefugnis eingeräumt ist. § 209 SGB V sowie § 35a I SGB IV sind aber dahingehend auszulegen, dass für einen gewissen Übergangszeitraum nach Ausscheiden eines Vorstandsmitglieds der Verbleibende bis zu einer alsbald vorzunehmenden Neuwahl allein vertretungsberechtigt ist, sofern wie hier eine Übertragung der Vertretungsbefugnis auf den Verbleibenden erfolgt ist (Rechtsgedanke aus § 177 I BGB).

Ansprüche auf rückständige Gesamtvergütungsanteile begründen keinen Anspruch auf **Prozess- oder Verzugszinsen** (vgl. BSG, Urt. v. 17.11.1999 – B 6 KA 14/99 R _).

Die Bekl. ist Mitglied des BKK-Landesverbandes Bayern. Sie behielt verschiedene Restzahlungen (für III/01 bis I/03, ca. 7,8 Mio Euro) zurück, wogegen die KV klagte. Das **SG** gab der Klage im Wesentlichen statt.

Zur **Bindung einer Krankenkasse** an Gesamtvergütungsvertrag s. zuletzt **SG Dortmund**, Urt. v. 30.03.2004 – S 9 KA 53/03 - RID 04-04-62 (Sprungrevision anhängig: B 6 KA 72/04 R); anders zur **Verzinsung** nachfolgend **SG Hannover**, Urt. v. 10.03.2004 – S 10 KA 1571/00 – RID 05-01-88.

B) VERZUGSZINSEN FÜR GESAMTVERGÜTUNG

SG Hannover, Urt. v. 10.03.2004 – S 10 KA 1571/00 – MedR 2004, 579

RID 05-01-88

Berufung eingelegt

Gesamtvertrag, Gesamtvergütung, Landesverband, Verzugszins, Zins

SGB V §§ 69, 82 ff.; SGB X § 61; BGB §§ 286 I, 288, 291

Einer KV steht für die Säumniszeit ein Anspruch auf Verzugszinsen zu, wenn ein Krankenversicherungsträger die vertraglich geschuldete Gesamtvergütung zu spät zahlt.

Anders **SG Dortmund**, Urt. v. 30.03.2004 – S 9 KA 53/03 - RID 04-04-62 (Sprungrevision anhängig: B 6 KA 72/04 R) u. – S 9 KA 52/03 - RID 04-02-99; **SG München**, Urt. v. 19.05.2004 – S 42 KA 1343 - RID 05-01-87.

C) GESAMTVERGÜTUNGSABSCHLAG: ANSCHUBFINANZIERUNG NACH § 140D

SG für das Saarland, Beschl. v. 14.12.2004 – S 2 ER 89/04 KA –

RID 05-01-89

Vergütungsregelung, integrierte Versorgung, Ermächtigung, Krankenkasse, Abschlagszahlung, Gesamtvergütung

SGB V §§ 83, 85, 140a ff., 140c I 2, 140d I; SGG § 86b II

Eine Vergütungsregelung in einem Vertrag zur integrierten Versorgung, wonach eine Klinik alle Leistungen, die sie selbst erbringt und für die eine Ermächtigung besteht, über die KV abrechnet, verstößt gegen das Gebot einer unmittelbaren Abrechnung nach § 140c I SGB V. Eine Krankenkasse kann deshalb die nach einem Gesamtvertrag fällige Abschlagszahlung zu Gunsten der KV nicht unter Berufung auf § 140d I 1 SGB V kürzen (hier: 4.670 Euro monatlich für zwei Monate).

Der Ansicht des **LSG Brandenburg**, Beschl. v. 01.11.2004 – L 5 B 105/04 KA ER – ZMGR, 2004, 239, wonach eine Krankenkasse 1 % der Gesamtvergütung einbehalten kann, unabhängig davon, ob Verträge zur integrierten Versorgung bestehen, kann nicht gefolgt werden. Dem widerspricht bereits der Wortlaut des § 140d I 1 SGB V („... soweit die einbehaltenen Mittel...“) sowie die Entstehungsgeschichte.

Ist bei offensichtlicher Erfolgsaussicht zu gegenwärtigen, dass Abschlagszahlungen auch für Folgemonate zu Unrecht gekürzt werden, so ist ein Anordnungsgrund zu bejahen.

Nach **SG Potsdam**, Beschl. v. 21.06.2004 – S 1 KA 67/04 ER - RID 04-03-52 scheidet eine Kürzungsbefugnis aus, wenn die Krankenkasse nicht ansatzweise dargelegt hat, dass die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von nach § 140d geschlossenen Verträgen erforderlich sind; anders die Beschwerdeinstanz **LSG Brandenburg**, Beschl. v. 01.11.2004 – L 5 B 105/04 KA ER – ZMGR, 2004, 239, wonach Krankenkassen ohne weitere Nachweise über konkret beabsichtigte Vertragsabschlüsse in der integrierten Versorgung berechtigt sind, bis zu 1 % der Gesamtvergütung nach § 140d I SGB V - zunächst vorläufig – einzubehalten; dabei kommt es nicht darauf an, ob zum Zeitpunkt des Einbehalts entsprechende Verträge bereits abgeschlossen sind; nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind nach § 140d I 5 SGB V nach drei Jahren aufgrund einer dann vorzunehmenden Abrechnung zurückzuerstatten.

LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 29.04.2004 – L 5 ER 17/04 KA - RID 04-04-64 bejaht einen **Anordnungsgrund** bereits dann, wenn die von den Vertragsparteien vereinbarten Zahlungen nicht oder nur teilweise erbracht werden.

D) ANORDNUNGSGRUND BEI MINDERUNG DER ABSCHLAGSZAHLUNG

LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 11.11.2004 – L 5 ER 75/04 KA - <http://cms.justiz.rlp.de>

RID 05-01-90

Gesamtvergütung, Abschlagszahlung, Krankenkasse, einstweiliges Anordnungsverfahren, Anordnungsgrund
SGB V §§ 75, 85; SGG § 86b II

Eine Krankenkasse ist nicht berechtigt, die Abschlagszahlungen einseitig mit der pauschalen Begründung, die Kopfpauschalen seien nicht an den Leistungsbedarf der Krankenkasse angepasst, auf ein ihr angemessen erscheinendes Maß zu reduzieren (vgl. bereits Senatsbeschl. v. 25.05.2004 - L 5 ER 17/04 KA – RID 04-04-64).

Eine vertragliche Abmachung, dass die Wirksamkeit der Änderung des Kassensitzes so lange zu unterstellen sei, bis eine abweichende Festsetzung durch einen anerkannten Schiedsspruch erfolgt ist, ist zulässig (hier aber nicht getroffen worden).

SG Mainz, Beschl. v. 30.07.2004 verpflichtete die Krankenkasse im Wege der einstweiligen Anordnung, an die antragstellende KV 83.235,08 € als weitere Abschlagszahlung auf die Gesamtvergütung für das Quartal II/04 zu zahlen; das **LSG** wies die Beschwerde zurück; s.a. unter A XI 3.

2. AUFSICHT: GESETZESAUFTRAG KZV RHEINLAND-PFALZ

LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 17.09.2004 – L 5 ER 67/04 KA -

RID 05-01-91

KZÄV, Zusammenlegung, Gesetzesauftrag, Funktionsfähigkeit, Körperschaft Selbstverwaltungsrecht, Grundrechtsfähigkeit

SGB V i.d.F. GMG §§ 77 I, II 1, 79a; GMG Art. 35 §§ 1, 2, 3, 4; SGG §§ 86a II Nr. 4, 86b I 1 Nr. 2

Überträgt der Gesetzgeber den KZVen eine in Zusammenarbeit zu erledigende Aufgabe, so kann es für die Voraussetzung, dass die Körperschaft nicht im Einklang mit den Gesetzen verwaltet wird (§ 79a I 2 SGB V), nicht auf das **Verhalten der einzelnen KZV**, sondern nur darauf ankommen, dass den KZVen in ihrer Gesamtheit die Erfüllung des Gesetzesauftrages nicht gelungen ist.

Kommen KZVen dem Gesetzesauftrag nach Zusammenlegung nicht hinreichend nach, haben sie in einem ganz wesentlichen Bereich des ihnen obliegenden Verwaltungshandelns ihre Funktionsfähigkeit eingebüßt und liegt eine „**Gefährdung der Funktionsfähigkeit der Körperschaft**“ iSd § 79a I 2 SGB V vor.

Eine KZÄV ist nicht **grundrechtsfähig** (BVerfG, 20.09.1995, 1 BvR 597/95, NZS 1996, 237). Das **Selbstverwaltungsrecht** einer KZÄV (vgl. § 79 SGB V) besteht nur im Rahmen der bestehenden gesetzlichen Vorschriften.

Die antragstellende KZV Koblenz-Trier wandte sich mit ihrem einstweiligen Rechtsschutzantrag gegen die „Organisationsregelung“ des Landes Rheinland-Pfalz (Ag.) v. 17.05.2004. Diese bezweckte, die Vorgaben des GMG umzusetzen. Hierin war bestimmt worden, dass, sofern in einem Bundesland KZVen mit weniger als 5.000 Mitgliedern bestehen, diese zum 01.01.2005 zu einer KZV zusammenzulegen sind (§ 77 I 3 SGB V). In Rheinland-Pfalz beläuft sich die Gesamtmitgliederzahl der drei derzeit bestehenden KZVen auf 2.210 Mitglieder. Die drei KZVen des Landes Rheinland-Pfalz konnten sich bis April 2004 nicht auf einen gemeinsamen Entwurf für eine Hauptsatzung und für eine Wahlordnung einigen. Mit Schreiben vom 29.04.2004 wurden sie von der Ag. aufgefordert, bis zum 14.05.2004 einen unter allen drei KZVen abgestimmten, mit dem Gesetz im Einklang stehenden Hauptsatzungs- und Wahlordnungsentwurf für die angestrebte landesweite KZV vorzulegen. In diesem Schreiben wurde ferner darauf hingewiesen, dass im Hinblick auf die im GMG

vorgesehenen Fristen zur Konstituierung der neuen landesweiten KZV die Vorbereitungen der Wahlen zur neuen Vertreterversammlung spätestens im Mai 2004 eingeleitet werden müssten. Aus diesem Grunde müssten die Wahlordnung und die Vorschriften der Satzung, welche die Wahl betreffen, kurzfristig in Kraft treten. Als Anlagen zu dem Schreiben vom 29.04.2004 wurden Entwürfe einer Satzung und einer Wahlordnung beigelegt; in dem Schreiben wurde festgehalten, bei Fristablauf würden diese Rechtsvorschriften im Wege der Ersatzvornahme nach § 79a SGB V in Kraft gesetzt werden. Nach ergebnislosem Fristablauf erließ der Ag. die „Organisationsregelung“, mit welcher u.a. die Zusammenlegung der KZV Koblenz-Trier, Pfalz und Rheinhessen zu einer KZV Rheinland-Pfalz festgestellt wurde. Die Ast. legte hiergegen Widerspruch ein und beantragte vorläufigen Rechtsschutz. *SG Mainz*, Beschl. v. 02.08.2004 – S – lehnte den Antrag ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

Zur fehlenden **Grundrechtsfähigkeit** einer **Krankenkasse** vgl. *BVerfG*, 3. Ka. d. 2. Sen., Beschl. v. 09.06.2004 – 2 BvR 1248/03 u. 1249/03 - RID 04-03-253.

3. ANORDNUNGSANSPRUCH GG. SCHIEDSSPRUCH BEI VERFAHRENSMANGEL (BEFANGENHEITSRÜGE)

SG Kiel, Beschl. v. 20.08.2004 – S 13 KA 65/04 ER –

RID 05-01-92

Schiedsspruch, Verfahrensmangel, Befangenheit, Befangenheitsrüge, Aufsichtsbehörde

SGB V §§ 89 II; SGB X §§ 16, 17, 42; SGG § 60; ZPO § 40; SchiedsamtVO

Leidet ein Schiedsspruch unter einem Verfahrensmangel, der die Entscheidung in der Sache beeinflusst haben kann, so besteht ein Anordnungsanspruch. Auf die materiell-rechtliche Richtigkeit der Schiedsamtentscheidung kommt es dann nicht an.

Eine von einem Gesamtvertragspartner erhobene Befangenheitsrüge gegen den Vorsitzenden eines Schiedsamtes ist der Aufsichtsbehörde zur Entscheidung vorzulegen. §§ 17 II, 16 IV SGB X sind nicht anzuwenden.

Angesichts der eminenten Bedeutung der Unparteilichkeit des Schiedsamtsvorsitzenden und der weiteren unparteiischen Mitglieder reicht schon ein relativ geringer „Verdacht“ der unparteiischen Amtsführung aus, um die Besorgnis der Befangenheit zu rechtfertigen.

Nach Scheitern der Gesamtvertragsverhandlungen stellten die Parteien Antrag beim Schiedsamt. Dessen Vorsitzender ist ein Staatssekretär a. D., der Mitarbeiter einer Unternehmensberatung war und jetzt Geschäftsführer einer GmbH & Co KG sowie der GmbH ist, die im Wesentlichen im Besitz der Stadt Hamburg sind. Unternehmensziel ist die Beschaffung von Grundstücken für die Luftfahrtindustrie. Eine BKK ist bei der Stadt, eine weitere bei einem Luftfahrtindustrieunternehmen angesiedelt. Im Zuge der Verhandlungen äußerte die Ast. deshalb und wegen wiederholter Terminierung in Hamburg, nicht im Bezirk der KZV, die Besorgnis der Befangenheit gegen den Vorsitzenden, worauf sich dieser zunächst an einer weiteren Mitwirkung bis zur Zurückweisung durch den Ag. enthielt. Gegen den dann ergangenen Schiedsspruch erhob die Ast. Klage (S 13 KA 198/04).

Das *SG* ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage der KZV gegen das Landesschiedsamt an.

XI. STREITWERTFESTSETZUNG, GEGENSTANDSWERT UND KOSTEN

Vgl. *Wenner/Bernard*, NZS 2003, S. 568; 2001, S. 57.

Nach *BSG*, Urt. v. 20.10.2004 – B 6 KA 15/04 R – ist bei der **Zuordnung zu einer Arztgruppe** für die **Honorarverteilung** vom Nachzahlungsbetrag für das erste Quartal, hochgerechnet auf ein Jahr, als Streitwert auszugehen; Anwaltsgebühren sind nicht auf der Grundlage des § 6 I BRAGO in der bis zum 30.6.2004 geltenden Fassung zu erhöhen, weil die Kläger als **"mehrere Auftraggeber"** im Sinne dieser Vorschrift anzusehen seien; die **Gemeinschaftspraxis** ist im Vertragsarztrecht eine einzige Rechtsperson.

1. EINTRAGUNG IN PSYCHOTHERAPEUTENREGISTER

SG Frankfurt a. M., Beschl. v. 17.11.2004 – S 27 KA 421/04 –

RID 05-01-93

Der Streitwert in einem Verfahren über die Eintragung als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in das Psychotherapeutenregister ist auf den dreifachen Regelstreitwert festzusetzen.

Anders SG Karlsruhe, Beschl. v. 20.08.2003 – S 1 KA 2943/03 W-A –, vgl. RID 04-01-60 (S. **Fehler! Textmarke nicht definiert.** u. 45), das für einen Streit um die **Arztregistereintragung** auf der Grundlage der **Gesprächspsychotherapie**, mit der der Kl. die Anerkennung als Richtlinienverfahren anstrebe, den **Regelstreitwert** (4.000 Euro) festsetzt.

2. HALBIERUNG DES GEGENSTANDSWERTS BEI NEUBESCHIEDUNG

LSG Hessen, Beschl. v. 08.11.2004 – L 7 KA 1014/02 -

RID 05-01-94

LSG Hessen, Beschl. v. 08.11.2004 – L 7 KA 34/03 -

RID 05-01-95

Ist das Klageziel allein auf eine Neubeschiedung der im Rahmen der durchgeführten Wirtschaftlichkeitsprüfung ergangenen Bescheide gerichtet, so ist der Gegenstandswert der anwaltlichen Tätigkeit nach ständiger Senatsrspr. (vgl. hierzu z. B. Beschl. v. 01.09.1998 – L 7 B 19/98 –; v. 12.03.2004 – L 7 B 61/02 KA –) zu halbieren.

3. VORLÄUFIGER RECHTSSCHUTZ:

KOSTRMOG/ABSCHLAG/STREITWERTKATALOG

LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 11.11.2004 – L 5 ER 75/04 KA -

RID 05-01- 90

Vorläufiger Rechtsschutz, Abschlagszahlung, Streitwertkatalog

§§ 52 I, 53 III Nr. 4 GKG idF des KostRMOG

Durch das KostRMOG hat sich nichts an der zuvor bestehenden Rechtslage, wonach im vorläufigen Rechtsschutzverfahren i.d.R. ein niedrigerer Streitwert als im Hauptsacheverfahren festzusetzen ist, geändert.

Im Einzelfall kann der Streitwert im Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes demjenigen des Hauptsacheverfahrens entsprechen, wenn die begehrte Maßnahme in ihrer Wirkung Tatsachen schafft, die den Hauptsachegegenstand voll umfassen, also vollendete Tatsachen geschaffen werden. Für die Leistung von **Abschlagszahlungen** auf die Gesamtvergütung trifft dies nicht zu (ebs. für Abschlagszahlungen für Leistungen eines Arztes *LSG Hessen*, Beschl. v. 09.07.2002 - L 7 KA 307/02 ER -). Es geht nämlich lediglich um eine vorläufige Regelung, nicht aber um vollendete Tatsachen, weil die Abschlagszahlungen auf die Zahlung der Gesamtvergütung angerechnet werden.

Wie der 2. Senat des *LSG Rheinland-Pfalz* (18.12.2002, L 2 ER-U 18/02, NZS 2003, 388 f; ebenso *LSG Thüringen*, 10.4.2003, L 3 AL 767/02 ER) entschieden hat, ist in Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes in Anlehnung an den **Streitwertkatalog 1996 für die Verwaltungsgerichtsbarkeit** bei auf bezifferbare Geldleistungen gerichteten Verwaltungsakten grundsätzlich $\frac{1}{4}$ des Streitwerts des Hauptsacheverfahrens angemessen. Der Senat hat keine Bedenken, den **Streitwertkatalog** auch für die Zeit nach dem Inkrafttreten des KostRMOG heranzuziehen; ein Grund für eine unterschiedliche Handhabung im allgemeinen Verwaltungsprozess einerseits und im Sozialgerichtsverfahren andererseits ist nicht ersichtlich (hier: $\frac{1}{4} \times 83.235,08 \text{ €} = 20.808,77 \text{ €}$).

4. EINSTELLUNG EINES ENTLASTUNGSASSISTENTEN

LSG Hessen, Beschl. v. 28.09.2004 - L 7 B 1/98 KA -

RID 05-01-96

Streitwert, Entlastungsassistent

§ 8 II BRAGO

Der Streitwert um die Einstellung eines Entlastungsassistenten ist nicht auf der Grundlage eines erwarteten Honorarumsatzes festzusetzen. Das Interesse des Praxisinhabers liegt in der Entlastung bei gleich bleibendem Honorar. Damit entfällt auch eine Anknüpfung an das zu zahlende Gehalt, da dieses dem Praxisinhaber bei erfolgreichem Klageverfahren zur Last fällt und ihm nicht etwa zufließt (vgl. *LSG Nordrhein-Westfalen* v. 12.03.1996 – L 11 SKa 79/95 – juris). Auszugehen ist vom **Regelstreitwert**, der unter Berücksichtigung des erheblichen persönlichen Interesses an einer weiteren Entlastung **wegen starker gesundheitlicher Einschränkungen mit dem Faktor 5 zu multiplizieren** ist.

Der klagende Internist beschäftigte wegen gesundheitlicher Beeinträchtigungen einen Ganztagsassistenten. Als dieser nur noch halbtags zur Verfügung stand, beantragte er die Genehmigung einer weiteren Halbtagsassistentin, was abgelehnt wurde. Die hiergegen erhobene Klage nahm er dann zurück. Auf der Grundlage eines Jahresumsatzes von 760.000 DM beantragte er die Festsetzung des Gegenstandswertes auf 668.000 DM (80 % des Jahresumsatzes für zwei Jahre abzgl. Betriebskosten von 55 %). *SG Frankfurt a. M.*, Beschl. v. 06.11.1997 - S 29/28 Ka 641/96 – setzte den Regelstreitwert von 8.000 DM, das *LSG* setzte den 5-fachen Regelstreitwert fest.

5. SPEZIALIST UND SCHWIERIGE RECHTSFRAGEN

A) WIDERSPRUCH: RICHTGRÖßENPRÜFUNG 1999

SG Berlin, Urt. v. 03.11.2004 – S 79 KA 319/02 –

RID 05-01-97

Anwaltsgebühr, Höchstgebühr, Spezialist, Widerspruchsverfahren, Richtgrößenprüfung
SGB V § 106; BRAGO §§ 116 II, 118 I Nr. 1

Der Ansatz der Höchstgebühr für ein Widerspruchsverfahren in einem Richtgrößenprüfungsverfahren ist nicht unbillig, soweit die ursprünglich vorgesehene Regresssumme (hier: 67.991,26 DM) die wirtschaftliche Existenz gefährdete und der Umfang der anwaltlichen Tätigkeit erheblich war, da die zugrunde liegenden Rechtsfragen schwierig waren. Auch wenn ein Rechtsanwalt Spezialist auf einem bestimmten Gebiet ist, bleibt das Gebiet als solches schwierig und ist es nicht zulässig, die Erhöhung der Gebühr mit der Begründung zu verneinen, für die Mehrzahl der Anwälte sei die Sache schwierig, für ihn als Spezialisten aber nicht.

B) WIDERSPRUCH: FESTSTELLUNG SONSTIGEN SCHADENS (VERORDNUNG IM OFF-LABEL-USE)

SG Berlin, Urt. v. 03.11.2004 – S 79 KA 237/02 –

RID 05-01-98

Anwaltsgebühr, Höchstgebühr, Spezialist, Widerspruchsverfahren, sonstiger Schaden
SGB V § 106; BRAGO §§ 116 II, 118 I Nr. 1

Der Ansatz der Höchstgebühr für ein Widerspruchsverfahren in einem Verfahren auf Feststellung eines sonstigen Schadens wegen der Verordnung von Immunglobulinen bei Multipler Sklerose (Verordnung im Off-Label-Use), nach dem für die Folgejahre weitere Verfahren zu erwarten waren, ist nicht unbillig, soweit es um die wirtschaftliche und berufliche Existenz ging und der Umfang der anwaltlichen Tätigkeit nicht nur in zeitlicher Hinsicht erheblich war, da die zugrunde liegenden Rechtsfragen schwierig waren. Auch wenn ein Rechtsanwalt Spezialist auf einem bestimmten Gebiet ist, bleibt das Gebiet als solches schwierig und ist es nicht zulässig, die Erhöhung der Gebühr mit der Begründung zu verneinen, für die Mehrzahl der Anwälte sei die Sache schwierig, für ihn als Spezialisten aber nicht.

6. WEITERE STREITWERTBESCHLÜSSE

Nach *LSG Brandenburg*, Beschl. v. 25.10.2004 – L 5 B 106/04 KA ER -RID 05-01- (S. 11) orientiert sich der Streitwert im **einstweiligen Anordnungsverfahren** zur Zahlung von **Honorarabschlagszahlungen** an der Höhe der Vorschüsse, die der Ast. während der wahrscheinlichen Verfahrensdauer (Annahme zwölf Monate) - des Hauptsacheverfahrens - erhalten würde. Die Bedeutung des vorläufigen Verfahrens kommt derjenigen des Rechtsstreits - auf Vorschüsse - in der Hauptsache nahe, weshalb grundsätzlich vom vollen Gegenstandswert auszugehen wäre (vgl. Meyer-Ladewig, SGG, 7. Auflage, § 197 Rz. 7g). Im Hinblick auf den vorläufigen Charakter der monatlichen Honorarabschlagszahlungen erscheint es jedoch sachgerecht, diesen zu **halbieren** (44 493,50 x 24 : 2).

LSG Bayern, Beschl. v. 05.05.2003 – L 12 B 170/03 KA ER - RID 05-01- (S. 18) setzt den Gegenstandswert im **einstweiligen Rechtsschutzverfahren** bezüglich einer **Honorarrückforderung auf 1/3** des Forderungsbetrags (hier: 1/3 x 16,31 Mio DM = 2,78 Mio Euro) fest.

SG Berlin, Beschl. v. 24.08.2004 – S 71 KA 161/04 ER -RID 05-01- (S. 37) setzt im **einstweiligen Anordnungsverfahren** bzgl. der **Verlängerung des Ermächtigungszeitraums** einer Psychologischen Psychotherapeutin 1/3 des Streitwertes der Hauptsache an; für diesen nimmt es den **dreifachen Wert** des jährlichen Überschusses (hier: 22.126 Euro).

SG Berlin, Beschl. v. 26.02.2004 – S 71 KA 344/03 ER 04 -RID 05-01- (S. 37) setzt den Streitwert im einstweiligen Rechtsschutzverfahren bezüglich einer **Ausnahme von der Altersgrenze von 68 Jahren auf 1/3 der Einnahmen in fünf Jahren** der Psychologischen Psychotherapeuten in Berlin (im Quartal: 7.700 Euro) abzüglich 40 % Unkosten fest (hier: 1/3 von 92.400 Euro = 30.800 Euro).

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 02.08.2004 – L 3 KA 85/04 ER - RID 05-01- (S. 40)

Im **einstweiligen Anordnungsverfahren**, in dem die vorläufige **Zulassung zur Erbringung gastroenterologischer Leistungen** begehrt wird, ist der Streitwert auf **ein Drittel** des Streitwertes des Hauptsacheverfahrens festzusetzen. Für das Hauptsacheverfahren ist der **Gewinn für drei Jahre** aus den Zusatzeinnahmen, die mit der begehrten Genehmigung erzielt werden können, anzunehmen (hier: $1/3 \times 3 \times 16.000 \text{ Euro} = 16.000 \text{ Euro}$).

SG Münster, Urt. v. 11.10.2004 - S 2 KA 118/02 - RID 05-01- (S. 41) setzt im Verfahren über die **nachträgliche Auflage, einen Wohnsitz in Praxisnähe** nachzuweisen, den Regelstreitwert fest.

LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 17.09.2004 – L 5 ER 67/04 KA - RID 05-01- (S. 46) setzt den Streitwert im **einstweiligen Rechtsschutzverfahren** bezüglich einer **Ersatzvornahme der Aufsichtsbehörde** gegenüber einer KZÄV, mit der der gesetzlich vorgegebene Zusammenschluss von drei KZVen erreicht werden soll, auf 5.000 Euro (Regelstreitwert) fest.

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 06.10.2004 – L 3 B 79/03 KA - RID 05-01- (S. 50):

Fallen Gerichtsgebühren nicht an, bemisst sich der Wert einer **Kostengrundentscheidung** allein nach den zu erwartenden Rechtsanwaltskosten.

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 05.01.2005 – L3 KA 237/04 ER - RID 05-01- (S. 43)

Das an die **Unterlassung der Erklärung einer Krankenkasse**, keine Neubehandlungen von Versicherten beginnen zu dürfen, geknüpfte Interesse der Ast. bemisst sich nach den **wirtschaftlichen Einbußen**, die infolge der ihr verwehrten Behandlung von Versicherten der Ag. bis zur Entscheidung in der Hauptsache drohen. Altfälle sind in einem geschätzten Umfang von hier $\frac{1}{2}$ (einschl. einer Mindervergütung) abzuziehen. Dieser verbleibende Quartalsumsatz (20.000 Euro) ist für den **mutmaßlichen Zeitraum bis zur Entscheidung der Hauptsache** (hier: fünf Quartale) hochzurechnen. Ein prozentualer Abschlag für Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes ist nicht erforderlich, weil davon ausgegangen werden muss, dass die genannten wirtschaftlichen Einbußen nicht nur vorläufig, sondern irreversibel eintreten würden. Im Hinblick auf die außerdem begehrte Unterlassung der Erklärung zu (2) ist mangels ausreichender Anhaltspunkte im Vortrag der Ast. von einem Streitwert von 5.000EUR auszugehen (Streitwert: 105.000 Euro).

7. VERFAHRENSRECHT: RECHTSMITTEL GEGEN KOSTENGRUNDENTSCHEIDUNG

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 06.10.2004 – L 3 B 79/03 KA - www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 05-01-99

Rechtsmittel, Kostengrundentscheidung

SGB V §§ 183 ff., 197° I 1, 198 I, 201 I; VwGO 158 II; ZPO § 788

Ein Rechtsmittel gegen eine erstinstanzliche Kostengrundentscheidung ist nicht statthaft (§§ 197a I 1 SGG, 158 II VwGO) (entgegen LSG Nordrhein-Westfalen, Breithaupt 2003, 877).

SG Hannover ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage des Ast. gegen Honorarrückforderungsbescheide und eine Gutschrift an. Nachdem die Ag. dem nicht nachgekommen war, beantragte der Ast. die Verhängung eines Zwangsgeldes. Nach Erledigungserklärung erlegte **SG Hannover**, Beschl. v. 23.05.2003 – S 35 KA 1681/02 ER – der Ag. die Kosten des Verfahrens auf. Das **LSG** verwarf die Beschwerde.

XII. ENTSCHEIDUNGEN DES BSG

1. SACHLICH-RECHNERISCHE BERICHTIGUNG

A) STATIONÄRE LEISTUNGEN/VERGÜTUNGSANSPRUCH BEI VERSTOß GEGEN VERTRAGSARZTRECHT

BSG, Urt. v. 08.09.2004 - B 6 KA 14/03 R -

RID 05-01-100

Leitsätze:

1. Veranlassen Vertragsärzte nach von ihnen in ihrer vertragsärztlichen Praxis durchgeführten Operationen ihre Patienten, einen stationären Aufenthalt in einer Klinik zu nehmen, sind die Operationen nicht der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnen.
2. Dem Vertragsarzt steht für Leistungen, die er nicht gemäß den Bestimmungen des Vertragsarztrechts erbracht hat, auch kein Vergütungsanspruch auf bereicherungsrechtlicher Grundlage zu (Fortführung der ständigen Rechtsprechung des BSG; Abgrenzung zu BSG vom 04.03.2004 - B 3 KR 4/03 R = BSGE ... = SozR 4-2500 § 39 Nr 1).

B) NR. 273 EBM

BSG, Urt. v. 08.09.2004 - B 6 KA 37/03 R -

RID 05-01-101

Leitsatz:

Verabreicht der Arzt am Tag einer Dialysebehandlung dem Patienten über einen für die Dialyse bereits gelegten Zugang eine Medikamenteninfusion, ist dafür die Nr 273 EBM-Ä nicht gesondert berechnungsfähig.

Parallelentscheidung: *BSG, Urt. v. 08.09.2004 - B 6 KA 46/03 R -*

RID 05-01-102

C) NR. 653 EBM

BSG, Urt. v. 08.09.2004 - B 6 KA 82/03 R -

RID 05-01-103

Leitsatz:

Der Abrechnungsausschluss für Sauerstoffdruckmessungen, die begleitend neben Anästhesien zur Schmerztherapie durchgeführt werden (s Nr 653 EBM-Ä), greift auch dann ein, wenn die Anästhesien mangels Erfüllung der Vorgaben in der Präambel zum Kap D Abschn I EBM-Ä nicht abrechenbar sind.

D) NEUROLOGEN: FACHFREMDE SONOGRAPHIE (NRN. 671, 682 EBM)

BSG, Urt. v. 08.09.2004 - B 6 KA 32/03 R -

RID 05-01-104

Leitsatz:

Untersuchungen, die außerhalb des neurologischen Bereichs durchgeführt werden und eine Krankheitsursache außerhalb dieses Bereiches betreffen, sind für Neurologen fachfremd, selbst wenn neurologische Symptome in Frage stehen (Weiterentwicklung von BSG vom 5.2.2003 - B 6 KA 15/02 R = SozR 4-2500 § 95 Nr 1 RdNr 9).

E) ORTHOPÄDIE: FACHFREMDE KINDESUNTERSUCHUNG (NR. 955 EBM)

BSG, Urt. v. 08.09.2004 - B 6 KA 27/03 R -

RID 05-01-105

Leitsatz:

Eine nur bei Kindern geeignete Diagnostik, die Entwicklungsstörungen und/oder Erkrankungen speziell im Kindesalter feststellen soll, ist allein dem Fachgebiet der Kinderheilkunde zugeordnet.

F) FRAUENÄRZTE: REPRODUKTIONSMEDIZIN AUF FRAUEN BESCHRÄNKT

BSG, Beschl. v. 08.09.2004 - B 6 KA 39/04 B - juris

RID 05-01-106

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Bayern*, Urt. v. 21.01.2004 – L 12 KA 115/01 - RID 04-03-16 wird zurückgewiesen.

Die gefestigte Rechtsprechung von BSG und BVerfG geht dahin, dass die Umgrenzung der Fachgebiete durch die Weiterbildungsbestimmungen erfolgt. Das BSG hat weiter klargestellt, dass Fachgebietsumgrenzungen weder durch besondere persönliche Qualifikationen noch durch Sondergenehmigungen der KV zur Erbringung und Abrechnung weiterer Leistungen noch durch berufsrechtliche Berechtigungen zur Führung von Zusatzbezeichnungen erweitert werden können. Aus dieser Rechtsprechung folgt ohne weiteres, dass auch Genehmigungen gemäß § 121a II SGB V die Fachgebietsbegrenzung nicht berühren. Denn auch diese Genehmigungen können die auf landesrechtlichem Berufsrecht beruhenden Fachgebietsumgrenzungen nicht erweitern.

G) PERSÖNLICHE LEISTUNGSERBRINGUNG AUCH FÜR LABORÄRZTE

BSG, Beschl. v. 08.09.2004 - B 6 KA 25/04 B - juris

RID 05-01-107

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Niedersachsen-Bremen*, Urt. v. 18.02.2004 - L 3 KA 99/02 – juris wird zurückgewiesen.

In der Rechtsprechung des Senats ist geklärt, dass einem Vertragsarzt für die unter Verstoß gegen das Gebot der persönlichen Leistungserbringung (§ 32 I 1 Ärzte-ZV) erbrachten Leistungen keine Vergütung zusteht. Es gibt keinen Anlass, diesen die gesamte vertragsärztliche Tätigkeit selbstverständlich erfassenden Grundsatz hinsichtlich der Besonderheiten der laborärztlichen Tätigkeit ggf. zu differenzieren.

H) ANÄSTHESIELEISTUNGEN BEI KATARAKT-OPERATIONEN

BSG, Beschl. v. 08.09.2004 - B 6 KA 6/04 B – juris

RID 05-01-108

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 03.12.2003 - L 11 KA 50/02 - RID 04-01-40 wird zurückgewiesen.

Bei dem Begriff des Versorgungsbereichs in der Präambel zu Kapitel D des EBM-Ä handelt es sich nicht um einen medizinischen Begriff, sondern um einen Rechtsbegriff, dessen Auslegung nicht der Beweiserhebung durch Sachverständige zugänglich ist.

2. SCHMERZTHERAPIE-VEREINBARUNG: ANÄSTHESIOLOGE - "SPEZIELLE SCHMERZTHERAPIE"

BSG, Urt. v. 08.09.2004 - B 6 KA 18/03 R -

RID 05-01-109

Leitsätze:

1. Ermächtigungsgrundlage für die von den Partnern der Bundesmantelverträge im Ersatzkassenbereich geschlossenen Schmerztherapie-Vereinbarung ist nicht § 135 Abs 2 SGB 5, sondern § 72 Abs 2 iVm § 82 Abs 1 S 1 SGB 5.
2. Für die Teilnahme eines Vertragsarztes an der Schmerztherapie-Vereinbarung dürfen höhere Qualifikationsanforderungen gestellt werden, als sie nach ärztlichem Berufsrecht für die Erlangung der Zusatzbezeichnung "Spezielle Schmerztherapie" erforderlich sind.

3. MRT-GENEHMIGUNG NACH WIDERRUF DER HERSTELLERGEWÄHRLEISTUNG

BSG, Beschl. v. 08.09.2004 - B 6 KA 32/04 B - juris

RID 05-01-110

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 21.04.2004 - L 5 KA 3917/02 – juris wird als unbegründet zurückgewiesen.

Der ausdrückliche **Widerruf der Gewährleistung durch den Hersteller** führt zum Erlöschen der Genehmigung über die apparativen Voraussetzungen nach § 6 II Kernspin-Vb. Nach deren Widerruf muss der Nachweis der Erfüllung der apparativen Anforderungen neu geführt werden.

Die **erneute Benutzung** des Geräts ist erst ab dem Zeitpunkt gestattet, ab dem die Erfüllung der apparativen Anforderungen durch Vorlage einer neuen Herstellergewährleistung nachgewiesen ist. Eine Rückwirkung auf den Zeitpunkt der Wiederherstellung der Betriebsbereitschaft kommt vom Wortlaut her ("Nachweis") in Verbindung mit dem Sinn und Zweck (Qualitätssicherung) nicht in Frage. Würde man sich mit einer rückwirkenden Legitimierung begnügen, so läge darin der Verzicht

darauf, dass der zuständigen Stelle die gesicherte Qualität vor der (Wieder-)Benutzung nachgewiesen sein muss.

Wenn ein anwaltlich vertretener Vertragsarzt bei Formulierung seines Antrages nicht wenigstens hilfsweise den Beweisanspruch noch einmal stellt, ist davon auszugehen, dass er auf Grund des Verlaufs der mündlichen Verhandlung nicht mehr an ihm festhält (vgl. BSG vom 22.6.2004 - B 2 U 78/04 B).

4. WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG: KÜRZUNG AUF 20% ÜBER DURCHSCHNITT/ÜBERGANGSZONE

BSG, Beschl. v. 20.10.2004 - B 6 KA 11/04 B – juris

RID 05-01-111

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Rheinland-Pfalz*, Urt. v. 04.12.2004 – L 5 KA 30/02 – wird zurückgewiesen.

Im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung kann eine Kürzung auch auf nur 20% über dem Fachgruppendurchschnitt in Betracht kommen, wenn es sich um eine sehr homogene Fachgruppe handelt und eventuelle Praxisbesonderheiten vorab herausgerechnet worden sind. Dementsprechend hat das BSG bereits unter bestimmten Voraussetzungen Kürzungen auf ca. 30% als rechtmäßig angesehen (vgl. BSG v. 06.09.2000 - B 6 KA 24/99 R = SozR 3-2500 § 106 Nr. 50).

2. Auch im Bereich der Übergangszone kann sich Unwirtschaftlichkeit ergeben (vgl. z.B. BSG vom 06.09.2000 - B 6 KA 24/99 R aaO). Hier reicht allerdings für die Annahme einer Unwirtschaftlichkeit die Überschreitung von Durchschnittswerten allein nicht aus. Erforderlich, aber auch ausreichend ist vielmehr, dass die Unwirtschaftlichkeit der Behandlungs- bzw. Verordnungsweise anhand einer "genügend beleuchteten Zahl von Beispielen" nachgewiesen wird (BSG aaO).

5. ZULASSUNGSRECHT/PSYCHOTHERAPEUTEN: ZEITFENSTER/HÄRTEFALL- REGELUNG

BSG, Beschl. v. 20.10.2004 - B 6 KA 50/04 B – juris

RID 05-01-112

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Bayern*, Urt. v. 03.03.2004 - L 12 KA 4/02 - RID 04-01-40 wird zurückgewiesen.

Das Erfordernis einer Mindestzahl an Behandlungsstunden im Zeitfenster beruht auf dem Gedanken, dass bereits in dieser Zeit eine schutzwürdige Praxisstruktur, deren wirtschaftlicher Ertrag annähernd das für eine Berufstätigkeit typische Ausmaß erreichte, vorhanden gewesen sein muss.

Der Gesetzgeber hat mit den Bestimmungen für bedarfsunabhängige Zulassungen (§ 95 X SGB V) und bedarfsunabhängige Ermächtigungen (§ 95 XI SGB V) schon sehr weit gehende Übergangs- und Härteregelnungen erlassen. Einer weiteren Regelung zum Schutz der Familie bedurfte es nicht.

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. VERTRAGS(ZAHN)ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Zu **implantatgestütztem Zahnersatz** vgl. *BSG*, Urt. v. 13.07.2004 – B 1 KR 37/02 R –; danach setzt die Ausnahmeindikation einer "generalisierten genetischen Nichtanlage von Zähnen" ein in markanter Weise ausgeprägtes Fehlen voraus, welches der vollständigen Nichtanlage nahe kommt; der Ausschluss der Kostenübernahme für eine implantologische Versorgung verletzt kein Verfassungsrecht, was der Senat in ähnlicher Weise bereits am 19.06.2001 (BSGE 88, 166 = SozR 3-2500 § 28 Nr 5) für andere Fälle entschieden hat. Zum Ausschluss des Anspruchs auf **implantologische Leistungen** seit dem 01.07.1997 auch für **Folgebehandlungen** nach einer von der Krankenkasse früher bezuschussten implantologischen Erstversorgung vgl. *BSG*, Urt. v. 03.09.2003 – B 1 KR 9/02 R – SozR 4-2500 § 28 Nr. 2; zur **Mitwirkungspflicht** und Auswahl des Gutachters (hier: Langzeittherapie) vgl. *BSG*, Urt. v. 17.02.2004 – B 1 KR 4/02 R – SozR 4 (Die Krankenkasse ist unter dem Gesichtspunkt des Sozialdatenschutzes nicht gehindert, eine Leistung mangels Mitwirkung zu versagen, wenn der Versicherte die Überprüfung seines Leistungsantrags nur durch einen von ihm gewählten Gutachter zulässt).

Nach *BSG*, Urt. v. 07.12.2004 – B 1 KR 5/03 R –

steht einem Patienten ein subjektives Recht auf eine insoweit eingeschränkte Auskunft gemäß § 305 II 1 SGB (Fassung bis 31.12.2003) zu.

1. NEUE UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN

Nach *BSG*, Urt. v. 19.10.2004 – **B 1 KR 27/02 R** – (Photodynamische Therapie im Kindesalter) setzt die unkonventionelle Vorgehensweise des Arztes bei einer **singulären Erkrankung** nicht die vorherige Anerkennung durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen voraus; der Erlaubnisvorbehalt für neue Therapien in der vertragsärztlichen Versorgung gilt nur für Behandlungsmethoden; darunter versteht schon die bisherige Rechtsprechung Behandlungsmaßnahmen, die der Arzt bei einem bestimmten Krankheitsbild systematisch anwendet und zu deren therapeutischem Nutzen infolgedessen generelle Aussagen möglich sind; die Vorgehensweise bei einer einmalig auftretenden Krankheit stellt keine Methode dar.

A) PERMANENTE BRACHYTHERAPIE

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 11.11.2004 – L 16 B 101/04 KR ER - www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-01-113**

Brachytherapie, Behandlungsmethode, Anordnungsgrund

SGB V §§ 27, 116b III Nr. 1, 135; SGG § 86b II

Es ist zweifelhaft, ob es sich bei der permanenten Brachytherapie überhaupt um eine neue **Behandlungsmethode** i.S.d. § 135 SGB V handelt. Es lässt sich nicht mit der erforderlichen Sicherheit feststellen, dass die Nichtempfehlung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss als ein **Systemversagen** angesehen werden kann.

Es ist kein **Anordnungsgrund** für Behandlung mittels der sog. permanenten Brachytherapie glaubhaft gemacht worden, da zur Behandlung die "konventionelle" Strahlentherapie zur Verfügung steht und dem Antragsteller die vorläufige Finanzierung möglich ist.

Der Kl. leidet an einem Prostatakarzinom. Die Behandlung mittels der sog. permanenten **Brachytherapie** (Bestrahlung durch Einlage radioaktiver Seeds in die Prostata) lehnte die bekl. Krankenkasse ab. *SG Köln*, Beschl. v. 25.06.2004 – S 9 KR 740/04 ER – wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

B) LASERINDUZIERTE THERMOTHERAPIE (LITT)

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 13.12.2003 - L 4 KR 1005/02 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-114

Laserinduzierte Thermotherapie, LITT, Systemmangel

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

Die ambulant durchgeführte Lasertherapie (LITT) gehört nicht zum vertragsärztlichen Leistungsspektrum.

SG Ulm, Urt. v. 26.02.2002 – S 1 KR 1404/01 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Vgl. zuletzt *SG Marburg*, Urt. v. 27.01.2004 – S 6 KR 235/02 – RID 04-02-143; *SG Frankfurt a. M.*, Urt. v. 24.02.2003 – S 25 KR 1448/00 – RID 03-02-76 m.w.N.

2. AUSGESCHLOSSENE NUB: EXIMER-LASER-BEHANDLUNG

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 25.04.2003 - L 4 KR 3901/02 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-115

Eximer-Laser-Behandlung, Behandlungsmethode, Bundesausschuss

SGB V §§ 2 I 3, 13 III, 27 I, 135 I

Eine Eximer-Laser-Behandlung zählt nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Bundesausschuss hat Verfahren der refraktiven Augen Chirurgie durch Beschl. v. 11.05.1993 (Nr. 13 Anlage 2 NUB-RL, jetzt Anlage B der BUB-RL) ausgeschlossen. (vgl. Senatsentsch. v. 25.02.2000 - L 4 KR 2807/99 -; v. 24.03.2000 - L 4 KR 3937/99 -; v. 17.04.2000 - L 4 KR 1486/99 -; v. 22.09.2000 - L 4 KR 2374/00 - und v. 14.12.2001 - L 4 KR 1876/01 -).

SG Heilbronn, Urt. v. 26.09.2002 - S 9 KR 1517/02 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Vgl. a. *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 26.03.2004 – L 4 KR 4024/04 - RID 04-03-99; *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 24.04.2003 – L 16 KR 117/02 - RID 04-01-104; *SG Köln*, Gerichtsbb. v. 03.09.2002 – S 9 KR 124/02 - RID 03-02-77.

3. NICHTMEDIZINISCHE BEHANDLUNG: AUTISMUSTHERAPIEZENTRUM

SG Duisburg, Urt. v. 15.06.2004 – S 7 KR 182/02 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-116

Autismus, Autismustherapie, Autismustherapiezentrum, Krankenbehandlung, nichtmedizinische Behandlung

SGB V §§ 27, 43; SGB IX §§ 7, 26, 30, 32

Bei Leistungen eines **Autismustherapiezentrum**s, das im therapeutischen Bereich eine Diplom-Psychologin/Psychotherapeutin, vier Diplom Pädagoginnen, drei Diplom Sozialpädagogen bzw. Sozialpädagoginnen, vier Heilpädagoginnen, eine Motopädin und eine Tanztherapeutin beschäftigt und das nach den Leitlinien des Bundesverbandes des Vereins "Hilfe für das autistische Kind e.V." arbeitet und dabei einem **ganzheitlichen Ansatz der Autismustherapie** im Rahmen einer sog. **multiprofessionellen Komplexleistung** folgt (**allgemeine Therapieziele: Weitgehende Erlangung sozialer Kompetenzen, weitgehende Erlangung kommunikativer Kompetenzen, weitgehende Erlangung von Handlungskompetenzen, weitgehende Erreichung der Verarbeitung und Integration von Wahrnehmung, Erlangung kognitiver Grundfertigkeiten und des Verstehens sozialer Zusammenhänge, welche die Grundlage für vorschulische, schulische und berufliche Maßnahmen bilden, Erreichung der Fähigkeit mit Emotionen angemessen umzugehen, Behebung sekundärer Verhaltensprobleme und die Befähigung zum adäquaten Umgang mit dem Menschen mit Autismus**), handelt es sich nicht überwiegend um Maßnahmen der Krankenbehandlung, sondern um sog. **"nichtmedizinische Behandlungen"**, für die die Krankenkasse gegenüber einem Sozialhilfeträger nicht einzustehen hat.

Das *SG* wies die Klage des Sozialhilfeträgers auf Kostenerstattung ab.

4. KÜNSTLICHE BEFRUCHTUNG

Zur **Rspr.** s. zuletzt RID 04-04-B I 3 (S. 43 f.), 04-03-101 (S. 41), RID 04-02-B I 4 (S. 66 f.), RID 04-01-B I 13 (S. 56 ff.) u. den Überblick in RID 03-02-125.

A) § 27a SGB V i.d.F. GMG: PRIVATVERSICHERTE EHEFRAU

SG Dresden, Urt. v. 10.11.2004 – S 25 KR 254/04 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-117

ICSI, ICSI/IVF-Behandlung, Heilbehandlung, Übergangsrecht, Privatversicherung

SGB V i.d.F. GMG §§ 13 III, 27a I

Auf die Durchführung einer künstlichen Befruchtung ist das **ab 01.01.2004 geltende Recht anzuwenden**, auch wenn bereits am 28.12.2003 ein Antrag gestellt worden war, die Behandlung aber erst im Sommer 2004 durchgeführt wurde. Dies folgt auch aus Nr. 24 der Richtlinien über künstliche Befruchtung, wonach ein bis zum 31.12.2003 begonnener Behandlungszyklus (Zyklusfall) gemäß der bis dahin geltenden Regelungen abgeschlossen wird. Diese Regelung ist mit § 27a IV SGB V vereinbar.

Ist der Ehemann gesetzlich, die **Ehefrau privat krankenversichert**, so muss die Krankenkasse des Ehemannes nach § 27a IV SGB IV in der ab 2004 geltenden Fassung auch nicht anteilig die Kosten für die Behandlung der Ehefrau, d. h. die unmittelbar am Körper der Ehefrau vorgenommen Leistungen übernehmen. Diese Regelung verstößt nicht gegen Art. 3 GG.

B) PRIVATVERSICHERTE EHEFRAU

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 15.11.2004 – L 5 KR 223/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-118

Revision anhängig: B 1 KR 33/04 R

Krankheit, ICSI, ICSI/IVF-Behandlung, Heilbehandlung, intracytoplasmatische Spermieninjektion

SGB V i.d.F. bis 31.12.2003 §§ 13 III, 27a I

§ 27a III in der bis 31.12.2003 geltenden Fassung umfasst auch die Kosten der Hormonbehandlung und der IVF, die (naturgemäß) nicht bei dem gesetzlich Versicherten, sondern seiner (privat versicherten) Ehefrau bzw. extrakorporal durchgeführt werden (vgl. BSG, Urt. v. 03.04.2001, SozR 3-2500 § 27a Nr. 2 u. 3; Senatsurt. v. 23.10.2003 - L 5 KR 50/03 - RID 04-01-112; ebs. LSG NRW, Urt. v. 08.05.2003 - L 16 KR 253/02 - RID 04-01-111).

Der 1970 geb. Kl., der Mitglied der Bekl. ist, leidet an einer ausgeprägten Oligo-Asthenoteratozoospermie (OAT-Syndrom), bei seiner 1971 geb. Ehefrau, die privat krankenversichert ist und einen Beihilfeanspruch besitzt, liegt keine Fertilitätsstörung vor. Die Bekl. übernahm die Behandlungskosten der IVF/ICSI, die eindeutig dem Kl. zuzuordnen seien. *SG Köln*, Urt. v. 28.10.2003 – S 26 KR 228/02 – wies die Klage ab, weil eine Leistungspflicht der Bekl. für die streitigen Maßnahmen nicht bestehe, da diese unmittelbar am Körper der privat versicherten Ehefrau vorgenommen worden seien und für solche Maßnahmen das Gesetz die Leistungspflicht der Krankenkasse des Mannes ausschließe. Das *LSG* verurteilte die Krankenkasse, dem Kl. weitere 1.182,90 Euro zu erstatten.

C) KEIN FÜNFTER VERSUCH EINER ICSI

LSG Hamburg, Urt. v. 20.10.2004 – L 1 KR 138/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-119

Krankheit, ICSI, ICSI/IVF-Behandlung, Heilbehandlung, intracytoplasmatische Spermieninjektion

SGB V i.d.F. bis 31.12.2003 §§ 13 III, 27a I

Es besteht kein Anspruch auf einen fünften Versuch einer intracytoplasmatischen Spermieninjektion.

SG Hamburg, Urt. v. 18.08.2003 – S 28 KR 142/02 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

5. KRANKHEITSBEGRIFF (LASERHAAREPILATION)

LSG Bayern, Urt. v. 12.08.2004 – L 4 KR 101/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-120

Laserhaarepilation, Laserepilation, Haar, Krankheit

SGB V §§ 1 S. 2, 12 I, 27 I 1

Ist ärztlich nicht belegt, dass die Behaarung eines Versicherten an den Oberarmen, Schultern und am Rücken derart ausgeprägt ist, dass von einem erheblich regelwidrigen Körperzustand gesprochen werden kann, der ihn an der Ausübung normaler körperlicher Funktionen hindert, so besteht kein Anspruch auf eine Laserepilation. Eine mittelbare Behandlung zur Behandlung psychischer Störungen ist i.d.R. ausgeschlossen. Es fehlt eine medizinische Notwendigkeit (§ 12 I SGB V), wenn das Ziel der Behandlung gleichfalls durch kosmetische Maßnahmen (Rasieren, Wachsbehandlung), die der Eigenverantwortung des Versicherten zuzurechnen sind (§ 1 Satz 2 SGB V), erreicht werden kann.

SG Nürnberg, Urt. v. 26.02.2004 – S 7 KR 393/03 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Zur Laserhaarepilation als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode vgl. RID 04-01-B I 4 (S. 50).

Zur *BSG*-Rspr. zum Krankheitsbegriff s. nachstehend einleitend unter B III.

6. ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG: KIEFERORTHOPÄDISCHE BEHANDLUNG

LSG Saarland, Urt. v. 17.11.2004 – L 2 KR 20/99 –

RID 05-01-121

Kieferorthopädische Behandlung, Fortsetzungsbehandlung

SGB V §§ 2 II 1, 13 III, 28 II

Leitsatz:

Ist bei einem Jugendlichen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt worden und wird wegen posttherapeutischer Veränderungen des Gebisses eine weitere kieferorthopädische Behandlung nach Vollendung des 18. Lebensjahres notwendig, liegt keine Fortsetzungsbehandlung vor, die eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse rechtfertigen würde.

SG Saarbrücken, Urt. v. 08.12.1999, wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

II. KOSTENERSTATTUNGSANSPRUCH

Zum Kausalzusammenhang bei Kostenerstattung (§ 13 III SGB V) s. a. BVerfG, 1. Sen., 3. Ka., Beschl. v. 16.12.2004 – 1 BvR 765/00 - RID 05-01-258 (diese Ausgabe S. 96).

1. PFLEGEVERTRAG: VERGÜTUNGSRISIKO DES VERSICHERTEN

LSG Hamburg, Urt. v. 07.07.2004 – L 1 KR54/03 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-122

Kostenerstattungsanspruch, Pflegedienst, Pflegevertrag
SGB V § 13 III

Voraussetzung des § 13 III SGB V ist, dass die zu Unrecht erfolgte **Leistungsablehnung ursächlich** für die Entstehung der privaten Kostenverpflichtung gewesen ist. Ein Kostenerstattungsanspruch kommt nicht in Betracht, wenn der Leistungserbringer das **finanzielle Risiko** in der Weise übernimmt, dass ein Anspruch gegen den Versicherten nur entstehen soll, wenn dessen Krankenkasse die Kosten nicht trägt (BSG v. 28.03.2000 – B 1 KR 21/99 R – SozR 3-2500 § 13 Nr. 21). Wenn ein Versicherter (Leistungsempfänger) vor Ablehnung seines Leistungsantrags durch die Krankenkasse in einem privaten Vertrag mit dem Leistungserbringer (Pflegedienst) vereinbart, dass dieser bei ihm bestimmte Leistungen erbringt und er – der Versicherte – für den Fall der Leistungsablehnung durch die Krankenkasse das Vergütungsrisiko gegenüber dem Pflegedienst trägt, dann besteht kein Kostenerstattungs- oder Kostenfreistellungsanspruch nach § 13 III SGB V gegen die Krankenkasse. Über diese Vorschrift hinaus sieht das SGB V einen Anspruch des Versicherten auf Kostenfreistellung oder Kostenerstattung gegen die Krankenkasse für **Leistungen**, die er sich hat **privat erbringen lassen**, nicht vor.

SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 24.04.2003 – S 37 KR 600/99 – wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

2. EINHALTUNG DES BESCHAFFUNGSWEGES

LSG Bayern, Urt. v. 15.07.2004 – L 4 KR 48/04 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-123

Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 1 KR 93/04 B

Notfallbehandlung, Kostenerstattungsanspruch, Privatarzt, Sachleistung
SGB V §§ 13 III, 27

Eine **privatärztliche Notfallbehandlung** führt nicht zu einem Kostenerstattungsanspruch der Versicherten gegen die Krankenkassen, sondern zu einem Anspruch der Privatärzte auf **Kostenübernahme durch die Krankenkassen**.

Sucht eine Versicherte zunächst den behandelnden Arzt auf und vereinbart sie mit ihm eine **privatärztliche Behandlung**, so begibt sie sich damit außerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung (Sachleistung) und beschafft sich eine Leistung selbst. Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sind Kosten für eine selbst beschaffte Leistung dann nicht zu erstatten, wenn Versicherte sich die Leistung besorgen, ohne zuvor mit ihrer **Krankenkasse** Kontakt aufzunehmen und deren **Entscheidung** abzuwarten. Einer der Beschaffung vorgeschalteten Entscheidung der Krankenkasse bedarf es unabhängig davon, welcher Art die in Anspruch genommene Leistung ist und in welcher Höhe dafür Kosten anfallen. § 13 III SGB V schließt eine Kostenerstattung für die Zeit vor der Leistungsablehnung generell aus (vgl. z.B. *BSG* vom 19.06.2001, SGB 2001, S.549 oder *BSG* vom 20.05.2003, Breithaupt 2400, 182).

SG Augsburg, Gerichtsbb. v. 14.01.2004 – S 10 KR 300/03 – wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

3. FEHLERHAFTHE AUSKUNFT EINES VERTRAGSARZTES

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 01.12.2004 – S 20 KR 4624/03 -

RID 05-01-124

Kostenerstattung, Auskunft, Krankenkasse, Vertragsbehandlung, Sachleistung, Vertrauensschutz
SGB V § 13 III

Für **fehlerhafte Auskünfte eines Vertragsbehandlers** oder ermächtigten Arztes hat die Krankenkasse nicht einzustehen (vgl. *BSG*, Urt. v. 09.10.2001 - B 1 KR 26/99 R - SozR 3-2500 § 18 Nr. 8 m. w. N.; anders *SG Frankfurt a. M.*, Urt. v. 28.07.2003 - S 25 KR 4130/99 – RID 03-04-97).

Handelt es sich um eine **Vertragsbehandlung**, gehen Vertragsarzt und Versicherte aber **irrtümlich** davon aus, dies sei nicht der Fall, so entsteht in diesem Fall keine Zahlungsverpflichtung der Versicherten. Der Vertragsbehandler hat diese Leistung als Sachleistung zu erbringen. Stellt er dennoch eine Rechnung, so handelt er gegen seine vertragsärztlichen Pflichten und ein Zahlungsanspruch besteht nicht. Leistet der Versicherte dennoch, so leistet er ohne Rechtsgrund. Eine solche Leistung des Versicherten löst keinen Kostenerstattungsanspruch aus (vgl. **BSG**, Urt. v. 23.03.2000 - B 1 KR 9/00 R - USK 2000-158; Urt. v. 28.03.2000 - B 1 KR 21/99 R - SozR 3-2500 § 13 Nr. 21; Urt. v. 23.07.1998 - B 1 KR 3/97 R - SozR 3-2500 § 13 Nr. 17 = NZS 1999, 187 = NJW 1999, 1813 = USK 98118). Dies gilt jedenfalls dann, wenn der Versicherte nicht den **Beschaffungsweg** nach § 13 III SGB V eingehalten hat. In diesem Fall ist ihm bekannt, dass er mit Kosten belastet wird. Schaltet er seine Krankenkasse nicht ein, so vertraut er auch nicht darauf, nicht mit Kosten belastet zu werden. Ein Vertrauensschutz besteht nicht (vgl. **BSG**, Urt. v. 09.10.2001 - B 1 KR 26/99 R - SozR 3-2500 § 18 Nr. 8; Urt. v. 23.04.1996 - B 1 RK 20/95 - BSGE 78, 154, 156 = SozR 3-2500 § 39 Nr. 3; Urt. v. 24.09.1996 - 1 RK 26/95 - SozR 3-2500 § 30 Nr. 8).

Eine **Privatrechnung** kann der Vertragsbehandler für vertragsärztliche Leistungen nur stellen, wenn der Versicherte dies vor Beginn ausdrücklich verlangt und schriftlich bestätigt (vgl. § 21 Abs. 1 Nr. 2 EKV-Ä). In diesem Fall besteht aber kein Kostenerstattungsanspruch, weil der Versicherte sich bewusst außerhalb des kassenrechtlichen Systems mit dem Sachleistungsprinzip begeben hat.

4. PRIVATÄRZTLICHER BEHANDLUNGSVERTRAG: EINREDE BEI FEHLENDER SCHRIFTFORM

LSG Brandenburg, Urt. v. 03.11.2004 – L 4 KR 45/03 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-125

Sachleistung, Privatärztliche Behandlung, Arztvertrag, Schriftform

SGB V §§ 2, 13 III; BGB §§ 125, 126, 127; BMV-Ä §§ 3 I 3, 60

Geht ein Versicherter davon aus, dass ihm die Behandlung **nicht** von der Beklagten als **Sachleistung** zur Verfügung gestellt wird, nimmt er die Behandlung **nicht** in schutzwürdigem **Vertrauen** als Kassenleistung in Anspruch.

Im Rahmen des § 13 III 1 SGB V gibt es kein Bedürfnis, dem Versicherten einen Anspruch auf Freistellung von einer Verbindlichkeit einzuräumen, wenn er eine **Leistung** in schutzwürdigem **Vertrauen als Kassenleistung** in Anspruch genommen hat. In einem solchen Fall fehlt es schon an einer vertraglichen oder gesetzlichen Anspruchsgrundlage, aus der sich eine solche Verbindlichkeit ergeben könnte (vgl. **BSG**, Urteil vom 09. Oktober 2001 - B 1 KR 6/01 R).

Ein **privatärztlicher Behandlungsvertrag** zwischen einem Kassenpatienten und einem Vertragsarzt bedarf nicht der **Schriftform**. Nach Ablehnung der Krankenkasse kann in der gleichwohl vorgenommenen Behandlung ein Vertrag durch schlüssiges Verhalten zustande kommen.

Es gibt keine gesetzliche Regelung, die eine bestimmte **Form**, insbesondere Schriftform (§ 126 BGB) des **privatärztlichen Behandlungsvertrages** verlangt. Soweit § 3 I 3 BMV-Ä eine Pflicht zum Abschluss schriftlicher Behandlungsverträge vorsieht, besteht diese **Pflicht nur gegenüber den Krankenkassen**. Ein Verstoß gegen diese Pflicht mag das Verhältnis zwischen Arzt und Krankenkassen berühren (§ 60 BMV-Ä), er führt jedoch gleichwohl nicht zur Unwirksamkeit des Vertrages, weil § 127 BGB unter Bezugnahme auf § 126 BGB dies nur bei rechtsgeschäftlicher Vereinbarung der Schriftform, also bei einer Vereinbarung zwischen den Beteiligten des Rechtsgeschäfts vorsieht.

Der **Vergütungsanspruch** eines Vertragsarztes aufgrund Privatarztvertrages ist nicht durchsetzbar, wenn die Voraussetzungen des § 18 I Nrn. 2 und 3 BMV-Ä nicht eingehalten werden. Danach darf der Vertragsarzt von einem Versicherten eine Vergütung nur fordern, wenn und soweit der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden, und dieses dem Vertragsarzt **schriftlich bestätigt** oder wenn für Leistungen, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind, vorher die schriftliche Zustimmung des Versicherten eingeholt und dieser auf die Pflicht zur Übernahme der Kosten hingewiesen wurde.

SG Potsdam, Urt. v. 17.06.2003 – S 7 KR 74/00 – wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

5. PRIVATÄRZTLICHE BEHANDLUNG/ZUMUTBARER ARZTWECHSEL

LSG Bayern, Urt. v. 14.09.2004 – L 4 KR 66/04 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-126

Kostenerstattung, Vertragsarzt, Sachleistungsanspruch, Vertrauensschutz, Privatarzt, Arztwechsel

SGB V § 13 III, 27

Eine Kostenerstattung nach § 13 III SGB V setzt grundsätzlich einen **Sachleistungsanspruch** voraus. Ein Sachleistungsanspruch besteht nicht, wenn **nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte** die Leistung erbringen. Es gibt keinen Vertrauensschutz dahingehend, Privärzte, die in ihrer Stellung als Vertragsärzte (oder Krankenhausärzte) die Versicherten vorher behandelt haben, weiterhin in Anspruch nehmen zu können (zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung). Ein Arztwechsel ist zumutbar und in zahlreichen Fällen (Beendigung der Tätigkeit des Kassenarztes, Tod des Kassenarztes) unvermeidlich.

SG München, Urt. v. 07.11.2003 - S 44 KR 6/02 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

III. KOSTEN FÜR STATIONÄRE BEHANDLUNG

Nach *BSG*, Urt. v. 19.10.2004 – B 1 KR 3/03 R, B 1 KR 23/03 R u. B 1 KR 9/04 R - muss, wenn dadurch keine Körperfunktionen, sondern nur das Aussehen des Menschen beeinträchtigt wird, eine entstellende Wirkung vorliegen, um als **Krankheit** eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse auslösen zu können. Eine psychische Belastung, die ihrerseits zu einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung geführt hat, reicht nicht aus; unter Krankheit als einem ein regelwidrigen Körperzustand ist nicht jede Abweichung von einem Aussehen, das gesellschaftlich als erstrebenswert angesehen wird, zu verstehen. Das gilt insbesondere für die weibliche Brust, für die keine Normgröße oder Normalform, sondern vielfältige Ausprägungen typisch sind.

1. UNAUFSCIEBBARKEIT BEI PSYCHISCHER KRISE/HOCHFREQUENTE EXPOSITIONSBEHANDLUNG

LSG Hessen, Urt. v. 21.10.2004 – L 1 KR 554/01 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-127

Vertragsbehandlern, Unaufschiebbarkeit, Kostenerstattung, Konfrontationstherapie

SGB V §§ 13 III, 27

Eine akute und schwere psychische Krise kann die Unaufschiebbarkeit einer Behandlungsmaßnahme i.S.v. § 13 III SGB V bedingen.

Die Notwendigkeit einer hochfrequenten Expositionsbehandlung kann einen stationären Aufenthalt begründen. Im Jahr 1997 war eine ausreichende Zahl von Vertragsbehandlern hierfür nicht vorhanden.

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 26.02.2001 – S 25 KR 1578/98 – wies die Klage ab; das *LSG* verurteilte zur Übernahme der Kosten für die (stationäre) psychotherapeutische Behandlung (1997, 7.502,72 Euro).

2. PRIVATKLINIK

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 08.11.2002 - L 4 KR 564/02 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-128

Privatklinik, Kostenerstattung, Privatklinik

SGB V §§ 13 II, III

Ein Anspruch auf Erstattung der Kosten für die Inanspruchnahme der stationären Behandlung in einer Privatklinik als außervertraglicher Leistung besteht nicht. Dies gilt auch bei Wahl der Kostenerstattung nach § 13 II SGB V.

SG Reutlingen, Urt. v. 16.01.2002 - S 9 KR 1236/99 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

3. KRANKHEITSBEGRIFF

Krankheit, Krankheitsbegriff, Brustkorrektur, Bauchdeckenplastik

SGB V § 27 I

Vgl. zuletzt RID 04-04-B III 1 (S. 47 f.); zur *BSG*-Rspr. s. einleitend unter B III.

A) BRUSTKORREKTUR UND BAUCHDECKENPLASTIK

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.11.2004 – L 16 KR 137/04 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-129

Ist eine gewünschte Operation lediglich aus kosmetischen Gründen notwendig, so besteht kein Anspruch auf eine Krankenbehandlung.

SG Düsseldorf, Urt. v. 14.04.2004 – S 8 KR 79/03 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 28.07.2004 - L 11 KR 896/04 - www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-01-130**
Maßgebend für die Annahme einer Regelabweichung ist nicht die subjektive Betrachtung des betroffenen Versicherten, sondern allein ein objektiver Maßstab. Eine schwere Entstellung liegt objektiv erst dann vor, wenn sie bei Menschen, die nur selten Umgang mit Behinderten haben, üblicherweise Missempfindungen wie Erschrecken oder Abscheu oder eine anhaltende Abneigung auszulösen vermögen. Liegt ein solcher Zustand nicht vor, so besteht kein Anspruch auf eine Bauchdeckenplastik. Mit gravierenden psychischen Beschwerden lässt sich die Notwendigkeit einer Operation nicht begründen.

SG Karlsruhe, Gerichtsb. v. 03.02.2004 - S 5 KR 3238/03 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

B) OPERATIVE STRAFUNG DER BAUCHDECKE

SG Leipzig, Urt. v. 08.09.2004 – S 8 KR 246/02 - www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-01-131**
Bei der Frage, ob ein Zustand von der Norm, also dem Leitbild des gesunden Menschen abweicht, ist eine wertende Betrachtungsweise angezeigt: zum einen muss die Funktionsstörung, die hiermit verbunden ist, nicht nur unerheblich, zum anderen muss die Wiederherstellung der Funktion ärztlich geboten sein.

Wenn nach wertender Betrachtung die Funktionsbeeinträchtigung von Körper und Geist (Seele) nicht wesentlich ist, ist auch die Erforderlichkeit ärztlicher Behandlung für die beantragte Maßnahme zu verneinen. Es besteht dann keine Notwendigkeit einer operativen chirurgischen Bauchdeckenstraffung.

4. MAGENBANDOPERATION (SOG. GASTRIC-BANDING)

Vgl. zuletzt RID 04-04-B III 4 (S. 49).

LSG Hamburg, Urt. v. 20.10.2004 – L 1 KR 5/02 - www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-01-132**
Magenband Magenbandoperation, Gastric-Banding, Adipositas, Übergewicht
SGB V §§ 13 III, 137c

Eine behandlungsbedürftige **Adipositas** stellt eine anerkannte **Krankheit** im Sinne des SGB V dar. Soweit durch einen **operativen Eingriff** in ein funktionell **intaktes Organ** – hier den Magen – eingegriffen und dieses regelwidrig verändert werden soll, wie es beim Legen eines Magenbandes geschieht, bedarf diese lediglich **mittelbare Behandlung** aber einer **speziellen Rechtfertigung (Ultima Ratio)**. Konservative Behandlungsmethoden müssen zuvor nachweislich gescheitert sein. Es ist nachzuweisen, dass Behandlungsalternativen systematisch mit ärztlicher Begleitung versucht wurden. Nach der aktuellen Leitlinie zur Prävention und Therapie der Adipositas der Deutschen Adipositas Gesellschaft, Stand: Juni 2003, ist selbst bei einem BMI von mehr als 40 grundsätzlich ein Basisprogramm, welches sich zusammensetzt aus Ernährungstherapie, Bewegungstherapie und Verhaltensmodifikation, vorzuschalten. Bleibt dieses Programm ohne Erfolg, gilt es eine medikamentöse Therapie zu erwägen, erst danach ist ein chirurgischer Eingriff in Betracht zu ziehen.

SG Hamburg, Urt. v. 09.10.2001 – S 22 KR 739/98 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Parallelentscheidung: SG Hamburg, Urt. v. 16.03.2000 – S 23 KR 299/98 –
LSG Hamburg, Urt. v. 20.10.2004 – L 1 KR 41/00 - www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-01-133**

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 07.12.2004 - L 11 KR 1627/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-01-134**
Eine chirurgische Behandlung wie das Gastric-Banding darf stets nur die **ultima ratio** sein. Sie kommt nur bei Erfüllung einer **Reihe von Bedingungen** für eine erfolgreiche Behandlung (BMI 40 oder 35 mit erheblichen Begleiterkrankungen; Erschöpfung konservativer Behandlungsmethoden; tolerables Operationsrisiko; ausreichende Motivation, keine manifeste psychiatrische Erkrankung; Möglichkeit einer lebenslangen medizinischen Nachbetreuung u. a.) in Betracht. Dies bedeutet, dass vor einer Operation zunächst sämtliche konservativen Behandlungsalternativen durchzuführen sind. Hat eine Versicherte in den vergangenen Jahren lediglich kurzfristig einzelne Diäten und Kurprogramme durchgeführt, nach deren Abschluss sie wieder an Gewicht zugenommen hat und wurde ein langfristig und interdisziplinär angelegter Therapieansatz unter ärztlicher Anleitung und Kontrolle mit dem Ziel der Änderung der Ernährungsgewohnheiten bisher nicht in Angriff genommen, so liegen diese Voraussetzungen nicht vor. Eine Verhaltenstherapie reicht insoweit nicht aus.

SG Reutlingen, Urt. v. 23.03.2004 – S 4 KR 3366/01 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 07.12.2004 - L 11 KR 1905/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-01-135**

Vor einer Operation sind zunächst **sämtliche konservativen Behandlungsalternativen** durchzuführen (hier: eine erneute Diätberatung, eine konsequente Gewichtsreduktion durch Umstellung der Lebens- und Ernährungsgewohnheiten, eine psychagogische Führung und ggf. psychotherapeutische Maßnahmen, ferner sind als Zusatzmaßnahmen auch Bewegungstherapien und pharmakologische Maßnahmen empfehlenswert). Eine konsequente langfristige Adipositas therapie im Sinne eines Gesamtkonzeptes unter ärztlicher Führung und Betreuung ist vordringlich.

SG Reutlingen, Urt. v. 23.03.2004 – S 4 KR 1508/02 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

IV. BEHANDLUNG IM AUSLAND

1. IVF-BEHANDLUNG IN ÖSTERREICH MIT EMBRYONENSELEKTION

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 14.09.2004 - L 11 KR 2090/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-01-136**

In-Vitro-Fertilisation-Behandlung, IVF-Behandlung, Präimplantationsdiagnostik, PID, Österreich

SGB V §§ 13 IV, 27a, 121

§ 13 IV SGB V stellt nur eine Umsetzung der **Rechtsprechung des EuGH** dar. Insgesamt wird dadurch lediglich der Zugang der europäischen Leistungserbringer zum inländischen Gesundheitsmarkt eröffnet. Inwieweit und in welchem Umfang dann die Behandlung im EU-Ausland zu erstatten ist, richtet sich weiterhin nach dem nationalen Sachleistungssystem.

§ 13 IV SGB V führt keineswegs dazu, dass auch solche **Behandlungen** erstattet werden können, die nach den hiesigen Rechtsvorschriften **verboden** sind (vgl. auch BSG SozR 3-2500 § 18 Nr. 2 zur Organtransplantation nach bezahlter Organspende).

Auf eine IVF-Behandlung in Österreich, bei der routinemäßig eine **Embryonenselektion** durchgeführt wird, die in Deutschland nach dem **Embryonenschutzgesetz verboten** ist, besteht kein Anspruch nach § 13 IV SGB V. Sie ist als Sachleistung nach § 27a i.V.m. § 121a SGB V ausgeschlossen, so dass auch ein Anspruch auf Kostenübernahme einer solchen Behandlung nicht besteht.

SG Mannheim, Urt. v. 18.05.2004 – S 4 KR 2446/03 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Zu einer IVF-Behandlung mit Implantationsdiagnostik in Belgien vgl. **SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 21.06.2004 – S 25 KR 4219 u. 4242/00 – RID 04-04-104.

2. METHODE DR. KOZIJAVKIN

LSG Bayern, Urt. v. 30.09.2004 – L 4 KR 104/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-137

Krankenversicherung, Auslandsbehandlung, Dr. Kozijavkin

SGB V §§ 16, 18

Eine Kostenerstattung für eine Behandlung im Jahr 1997 in der Ukraine setzt einen vorherigen Antrag und Entscheidung der Kasse voraus (BSG, Urt. v. 03.09.2003, B 1 KR 34/01 R; SozR 4-2500 § 18 Nr.1). Dies gilt auch für § 18 SGB V.

Die Methode Dr. K. entsprach im Jahr 1997 nicht dem allgemeinen Stand medizinischer Erkenntnisse.

SG München, Urt. v. 17.04.2002 – S 3 KR 355/01 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Vgl. zuletzt **LSG Niedersachsen-Bremen**, Urt. v. 16.06.2004 – L 4 KR 101/04 – RID 04-04-101 (Revision anhängig: B 1 KR 21/04 R) m.w.N.

3. STATIONÄRE OPERATION IM EU-AUSLAND/ANTRAGSERFORDERNIS

LSG Bayern, Urt. v. 14.09.2004 – L 4 KR 248/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-138

EU-Ausland, stationäre Behandlung, Kostenerstattungsanspruch, Antrag

SGB V §§ 13 III, 16 I Nr. 1, 18 I; EWG-VO 1408/71 Art.22

Eine Kostenerstattung gemäß § 18 SGB V scheitert bereits dann, wenn der Versicherte die Kostenübernahme nicht vorher beantragt hat (vgl. BSG, Urt. v. 03.09.2003, SozR 4-2500 § 18 Nr.1).

SG Regensburg, Urt. v. 18.09.2003 – S 2 KR 31/02 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Zum **Krankenversicherungsanspruch im EU-Ausland** vgl. zuletzt RID 04-03-B IV (S. 44 f.) m.w.N.

4. ZAHNERSATZ-ANFERTIGUNG IN SPANIEN OHNE HEIL- UND KOSTENPLAN

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 14.09.2004 - L 11 KR 2808/03 - www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 05-01-139
Spanien, Kostenerstattung, Sachleistung, Zahnersatz, Zahnarzt, Heil- und Kostenplan, Notfallbehandlung
SGB V §§ 13 IV, 30 IV

§ 13 IV SGB V eröffnet lediglich den Zugang des Europäischen Leistungserbringers zum inländischen Leistungsrecht; dadurch können **nicht die Sachleistungsgrundsätze umgangen** werden. Die Versorgung mit **Zahnersatz** setzt voraus, dass der Zahnarzt vor Beginn der Behandlung einen kostenfreien, die gesamte Behandlung umfassenden **Heil- und Kostenplan** erstellt und dieser von der Krankenkasse vor Beginn der Behandlung insgesamt geprüft wird (§ 30 IV SGB V). Das dient auch dem Schutz des Versicherten gerade bei Auslandsbehandlungen vor einer aufwändigeren Mehrversorgung, die ggf. nach § 30 III 2 von dem Versicherten selbst zu tragen wäre (BSG 03.09.2003 - B 1 KR 34/01 R -). Reicht ein Versicherter lediglich eine Kostenrechnung für die Anfertigung von **Zahnersatz in Spanien** ein, ohne zuvor einen Heil- und Kostenplan der Kasse zur Prüfung vorgelegt zu haben, so besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung.

Im Wege der **Notfallbehandlung** können nur **vorläufige Maßnahmen bei Zahnersatz** eingeleitet werden, d.h. die Anfertigung von **Provisorien**, keinesfalls aber eine endgültige Versorgung (vgl. Urteil des Senats vom 30.06.2004 - L 11 KR 3066/03).

SG Heilbronn, Urt. v. 13.05.2003 - S 2 KR 3403/02 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

5. RETINITIS PIGMENTOSA-THERAPIE IN KUBA

LSG Bayern, Urt. v. 11.11.2004 – L 4 KR 296/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 05-01-140
Nichtlassungsbeschwerde erhoben: B 1 KR 111/04 B
Retinitis Pigmentosa-Therapie
SGB V §§ 16 I 1, 18

Ein Versicherter, der an einem Usher-Syndrom, einer Erkrankung mit Retinopathia pigmentosa, progredienter Schwerhörigkeit, Vestibularisausfall und eventuell epileptischen Anfällen leidet, hat keinen Anspruch auf eine Kostenübernahme für eine Retinitis Pigmentosa-Therapie (mit Operation) in der Klinik "C." in Havanna auf Kuba. Diese Methode entspricht nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnis (vgl. bereits Senatsurt. v. 25.09.1997 - L 4 KR 68/95 – u. v. 11.07.2002 - L 4 KR 160/02 -; LSG Brandenburg, Urt. v. 18.02.1997 - L 4 KR 4/96 -).

SG Augsburg, Urt. v. 02.12.2003 - S 10 KR 110/03 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

V. ARZNEIMITTEL

1. OFF-LABEL-USE

Nach **BSG**, Urt. v. 18.05.2004 – B 1 KR 21/02 R – (Immucothel) muss die gesetzliche Krankenversicherung nicht für **Arzneimittel** aufkommen, denen die erforderliche deutsche oder eine EU-weite **Zulassung fehlt**; das gilt auch dann, wenn eine in Deutschland ausgesprochene Versagung der arzneimittelrechtlichen Zulassung noch nicht rechtskräftig ist. Die Zulassung in nur einem Mitgliedstaat der EU ist nicht ohne weiteres für alle anderen Mitgliedstaaten maßgebend; s. aber auch **BSG**, Urt. v. 19.10.2004 – B 1 KR 27/02 R – (Photodynamische Therapie), nachstehend unter 1.

Zur **Rspr.** zum **Off-Label-Use** s. zuletzt die ausf. Hinweise in **RID 03-03-B IV 1**; nach **BSG**, Urt. v. 19.10.2004 – B 1 KR 27/02 R – (Photodynamische Therapie) besteht bei **singulären Erkrankungen** nicht die Gefahr, dass die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung faktisch zu einer Markteinführung von **in Deutschland nicht zugelassenen Arzneimitteln** führt und so die Vorschriften des Arzneimittelgesetzes unterläuft; das Arzneimittelrecht lässt den Vertrieb von im Ausland zugelassenen Medikamenten, also auch des hier zum Behandlungszeitpunkt in den USA und in der Schweiz zugelassenen Visudyne, im Rahmen von Einzelbestellungen zu (§ 73 III AMG); ein Off-Label-Use schließt einen Anspruch nur aus, wenn begründeter Zweifel an der Qualität der in der Schweiz und in den USA durchgeführten Arzneimittelprüfungen besteht; darüber hinausgehende Belege für die Unbedenklichkeit und Wirksamkeit des eingesetzten Mittels sind nicht zu fordern, weil die Einzigartigkeit der Erkrankung verallgemeinerungsfähige Aussagen zur Therapie nicht zulässt; s. aber auch **BSG**, Urt. v. 18.05.2004 – B 1 KR 21/02 R – (Immucothel), vorstehend unter V; aus der **Instanzenpraxis** vgl. zuletzt RID 04-02-B IV 1 (S. 73 f.) und RID 04-01-B IV 2 (S. 63 ff.).

A) CHRONISCHES ERSCHÖPFUNGSSYNDROM: IMMUNGLOBULINE, INTERFERON ALPHA, VITAMINE

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 27.09.2004 – L 16 KR 10/01 - www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-01-141**

Immunglobulin, Interferon alpha, Vitamine, chronischen Erschöpfungssyndrom, Chronic Fatigue Syndrome

SGB V §§ 13 II, III, 27 I 2 Nr. 3, 31 I

Die Kombination von Immunglobulinen, humanem Interferon alpha und hochdosierten Vitaminen ist weder für die Behandlung eines chronischen Erschöpfungssyndroms (Chronic Fatigue Syndrome) zugelassen noch liegen jedenfalls in den Jahren 1992/93 hinreichende wissenschaftliche Erkenntnisse über den Nutzen ihres Einsatzes zu deren Behandlung und der mit dieser Erkrankung einhergehenden Symptome vor.

Die 1951 geb. Kl. wurde u.a. in den Jahren 1992 bis 1994 auf Privatrechnung von verschiedenen Ärzten wegen eines chronischen Erschöpfungssyndroms (CFS) behandelt. Die Kl. begehrte bei der Beklagten die Erstattung der Behandlungskosten einschließlich der verordneten Arzneimittel. Die Bekl. lehnte die Kostenerstattung ab, weil das mit dem Begriff CFS gekennzeichnete Krankheitsbild nicht so schwerwiegend sei, dass ausnahmsweise eine Anwendung neuer, wissenschaftlich bisher nicht erprobter Behandlungsmethoden zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung in Betracht kommen könne. **SG Köln**, Urt. v. 29.04.1996 – S 19 Kr 205/95 – wies die Klage ab, das **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 12.02.1998 – L 16 KR 130/96 – die Berufung zurück; **BSG**, Urt. v. 25.09.2000 – B 1 KR 5/99 R – SozR 3-2500 § 13 Nr. 22 = NZS 2001, 319 = USK 2000-116 verwies an das **LSG** zurück. Das **LSG** wies die Berufung erneut zurück.

B) SOMATROPIN-THERAPIE (HUMATROPE) BEI KLEINWUCHS

LSG Hamburg, Urt. v. 14.07.2004 – L 1 KR 46/03 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-142

Somatropin, Humatrope, Kleinwuchs, Krankheit

SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 27 I 1 2 Nr. 3, 31 I

Auf eine Behandlung des idiopathischen Kleinwuchses mit dem für dieses Anwendungsgebiet nicht zugelassenen, den Wirkstoff Somatropin enthaltenden Hormonpräparat Humatrope ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Von einer schwerwiegenden (lebensbedrohlichen oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigenden) Erkrankung kann, zumal der Wachstumsprozess bei der Kl., die sich noch im vorpubertären Alter befindet, nicht abgeschlossen ist, jedenfalls nicht ausgegangen werden.

SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 14.04.2003 – S 23 KR 871/02 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. SILDENAFIL (VIAGRA)

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 28.02.2003 – L 4 KR 516/02 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-143

Arzneimittel, Sildenafil, Viagra, Krankheit, erektile Dysfunktion, Bundesausschuss

SGB V §§ 12 I 1, 13, 27, 31, 33a, 34, 92 I; AMRL Nr. 17.1

Ein an einer Multiplen Sklerose und als Folge davon an einer erektile Dysfunktion erkrankter Versicherter hat einen Anspruch auf Versorgung mit bis zu vier Tabletten monatlich mit dem Arzneimittel Viagra. Diese Medikation ist im Vergleich zur Verwendung einer Vakuumerektionshilfe die psychisch weniger belastende Behandlungsmethode. Eine psychische Abwehrreaktion bei Verwendung einer Vakuumerektionshilfe oder Anwendung der SKAT-Therapie ist als psychische Belastung anzuerkennen.

SG Mannheim, Urt. v. 18.12.2001 – S 5 KR 1207/00 – gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung teilweise zurück.

Vgl. zuletzt **LSG Brandenburg**, Urt. v. 25.11.2003 – L 4 KR 36/03- RID 04-02-182; **LSG Brandenburg**, Urt. v. 25.02.2004 – L 4 KR 15/03 – RID 04-02-183; s. davor mit ausf. weiteren Hinweisen RID 04-01-201 u. RID 04-01-B IV 1 (S. 63).

3. PRÄPARAT "CIALIS" BEI EREKTILER DYSFUNKTION

SG Dortmund, Urt. v. 26.01.2005 – S 44 KR 395/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-144

Erektile Dysfunktion, Cialis, Tadalafil

SGB V §§ 27 I Nr. 3, 31, 34 I 7, 8

Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht, sind von der Versorgung ausgeschlossen. Insbesondere gilt dies für Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion dienen (§ 34 I 7, u. 8 SGB V). Hierzu zählt das Arzneimittel "Cialis", das den Wirkstoff Tadalafil enthält und zur Behandlung einer Impotenz (erektiler Dysfunktion) eingesetzt wird. Der Gesetzgeber hat nicht hinsichtlich der Ursachen einer erektilen Dysfunktion unterschieden. Die seit dem 01.01.2004 geltende Regelung soll klarstellen, dass Arzneimittel, die bereits nach den AMR in der zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung von der Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossen sind, nicht Gegenstand des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung sind (vgl. BT-Drs. 15/1525 S. 86f.).

4. NICHT VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGE ARZNEIMITTEL

A) LIMPTAR MIT WIRKSTOFF CHININSULFAT

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 25.11.2004 – L 2 B 123/04 KR - www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 05-01-145

Limptar, Chininsulfat, Arzneimittelrichtlinie, Arzneimittel, nicht verschreibungspflichtig, apothekenpflichtig

SGB V i.d.F. GMG §§ 13 III, 34 I

Auf ein apothekenpflichtiges, nicht verschreibungspflichtiges Arzneimittel zur Verhütung und Behandlung nächtlicher Wadenkrämpfe und von Krampfstörungen in den Beinen (hier: Medikament Limptar "Chininsulfat"), das nicht unter die nach § 34 I 2 SGB V durch die Arzneimittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in F. Nr.16 geregelten Ausnahmetatbestände fällt, besteht nach § 34 SGB V i.d.F. des GMG kein Anspruch.

SG Köln, Beschl. v. 13.08.2003 – S 19 KR 592/04 – wies den Antrag auf Prozesskostenhilfe ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

B) "METHIONIN STADA"-TABLETTEN

SG Leipzig, Urt. v. 16.12.2004 – S 8 KR 540/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-146

Arzneimittel, Arzneimittelkosten, Ausnahmeliste, verschreibungspflichtig

SGB V i.d.F.d. GMG §§ 34 I, 92 II; GG Art. 14 I

Soweit ein **nicht verschreibungspflichtiges Arzneimittel** (hier: "Methionin Stada"-Tabletten) nicht in der Ausnahmeliste des Gemeinsamen Bundesausschusses geführt wird, darf es nach § 34 I 2 SGB V, auch nicht ausnahmsweise, zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden.

Der Gesetzgeber hat in § 92 II SGB V dem **Gemeinsamen Bundesausschuss** aufgegeben, durch Erstellung von Preislisten dem Arzt eine besonders wirtschaftliche Versorgung der Patienten mit Arzneimitteln zu ermöglichen. Die Entscheidung darüber, welche Arzneimittel aus der Verordnungsfähigkeit entfallen sollen, welche wirtschaftlich vertretbaren Alternativen mit ähnlicher Wirkungsweise statt dessen verordnet werden können, obliegt mangels Fachwissen nicht den Gerichten, sondern im Wege der Ermächtigung zur Richtlinienkompetenz dem Gemeinsamen Bundesausschuss. Insoweit kann auf die Rechtsprechung des BSG zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden Bezug genommen werden.

In der auf gesetzlicher Ermächtigung beruhenden Ablehnung des Gemeinsamen Bundesausschusses, das begehrte nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nicht in die Ausnahmeliste mit aufzunehmen, liegt auch kein Verstoß gegen höherrangiges Recht (Art. 14 I GG;

5. BVERFG: VERFASSUNGSBESCHWERDE ZU § 34 SGB V IDF GMG NICHT ANGENOMMEN

BVerfG, 1. Sen., 2. Ka., Beschl. v. 20.10.2004 – 1 BvR 1687/04 -

RID 05-01-147

BVerfG, 1. Sen., 2. Ka., Beschl. v. 28.10.2004 – 1 BvR 1702/04 -

RID 05-01-148

Arzneimittel, Verschreibungspflicht, apothekenpflichtig, Arzneimittelverordnung

SGB V i.d.F.d. GMG §§ 34 I

Die Verfassungsbeschwerden gegen § 34 I 1 bis 5 SGB V i.d.F.d. GMG v. 14.11.2003 werden nicht zur Entscheidung angenommen.

6. BVERFG: VERFASSUNGSBESCHWERDE ZU GMG NICHT ANGENOMMEN

BVerfG, 1. Sen., 2. Ka., Beschl. v. 28.10.2004 – 1 BvR 1745/04 -

RID 05-01-149

Die Verfassungsbeschwerden gegen das GMG v. 14.11.2003 werden nicht zur Entscheidung angenommen.

7. ARZTVORBEHALT BEI MEDIKAMENTENVERORDNUNG

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.01.2005 – L 16 KR 168/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-150

Sachleistungsprinzip, Arzneimittel, ärztliche Verordnung, Arztvorbehalt

SGB V §§ 2, 13 III, 15, 27, 31

Innerhalb des sachleistungsanspruchs erfolgt die Versorgung mit Arzneimitteln (§ 31 SGB V) außerhalb stationärer Behandlung regelmäßig aufgrund vertragsärztlicher Verordnung (§ 92 I 2 Nr. 6 SGB V - vgl. BSGE 79, 257; 80, 181; SozR 2200 § 182 Nr. 14, § 187 Nr. 1; 3100 § 11 Nr. 13). Es gilt hier jedenfalls der **Arztvorbehalt** (§ 15 SGB V).

SG Aachen, Urt. v. 01.07.2002 – S 6 KR 90/01 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

VI. HILFSMITTEL

Nach *BSG*, Urt. v. 16.09.2004 - B 3 KR 19/03 R – besteht ein Anspruch auf einen **schwenkbaren Autositz** als ein Mittel zum Behinderungsausgleich bei einem **Grundbedürfnis**, wozu auch das Bedürfnis, bei Krankheit oder Behinderung Ärzte und Therapeuten aufzusuchen, gehört; nach *BSG*, Urt. v. 16.09.2004 - B 3 KR 15/04 R – besteht kein Anspruch, wenn der **schwenkbare Autositz** nur dazu dienen soll, die Benutzung eines PKW als **Beifahrerin** zu erleichtern und von fremder Hilfe unabhängiger zu machen; nach *BSG*, Urt. v. 16.09.2004 - B 3 KR 1/04 R – (Parallelenentscheidungen: B 3 KR 6 u. 2/04 R) weist das **C-Leg** gegenüber herkömmlichen Prothesen erhebliche Gebrauchsvorteile auf; wenn es nicht um die therapeutische Wirksamkeit oder die gesundheitliche Folgenabschätzung eines Hilfsmittels, sondern allein um die technische Überlegenheit eines neuen Hilfsmittels im Vergleich zu eingeführten Hilfsmitteln geht, reicht es für den krankenversicherungsrechtlichen Nachweis der Eignung und Wirtschaftlichkeit des neuen Hilfsmittels aus, dass praktische Erfahrungen die zunächst nur konstruktiv-theoretisch bestehenden Vorteile bestätigen (vgl. Pressemitteilung Nr. 52/04).

1. MIKROPORTANLAGE

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 27.09.2002 - L 4 KR 456/02 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-151

Mikroportanlage, Kind, Hörgerät

SGB V § 33 I 1

Ein siebenjähriges Kind, das für den Bereich, in dem die Mikroportanlage eingesetzt werden soll, beidseitig mit Hörgeräten versorgt ist und deshalb mit einem räumlich nahestehenden Gegenüber in üblicher Weise kommunizieren kann, hat keinen Anspruch auf zusätzliche Versorgung mit einer Mikroportanlage.

SG Mannheim, Gerichtsb. v. - S 8 KR 1821/01 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Bei der **Mikroportanlage** handelt es sich um eine Anlage, bei der eine Person einen Sender mit Mikrofon besitzt und diese der mit dem entsprechenden Empfangsgerät bzw. (so hier) zwei Empfangsgeräten ausgestatteten behinderten Person Mitteilungen machen kann. Nach *BSG*, Urt. v. 03.11.1999 - B 3 KR 3/99 R - SozR 3-2500 § 33 Nr. 34 = USK 9968 zählt die Ausstattung mit einer Mikroportanlage bei Erwachsenen nicht zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (Abgrenzung von BSG vom 26.5.1983 - 8 RK 32/82 = SozR 2200 § 182b Nr 28).

2. ELEKTRO-ROLLSTUHL DER 10 KM/H-VERSION

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 24.08.2004 - L 11 KR 72/04 - www.sozialgerichtsbarkeit.de
Rollstuhl, Elektro-Rollstuhl, Behinderungsausgleich, Bewegungsfreiheit, Rehabilitation
SGB V § 33 I 1; SGB IX § 31 I Nr. 3

RID 05-01-152

Der **Behinderungsausgleich** nach § 33 I 1 SGB V bedeutet auch **nach Inkrafttreten des SGB IX** (§ 31 I Nr. 3 SGB IX) nicht, dass nicht nur die Behinderung selbst, sondern auch sämtliche direkten und indirekten Folgen der Behinderung auszugleichen wären. Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung ist nach wie vor die **medizinische Rehabilitation**. Eine darüber hinaus gehende berufliche oder soziale Rehabilitation bleibt Aufgabe anderer Sozialleistungssysteme.

Einen Basisausgleich des Grundbedürfnisses "**Bewegungsfreiheit**" erfüllt bereits der **Rollstuhl** in der Standardausführung (6 km/h-Version). Eine Versicherte hat keinen Anspruch auf eine besonders schnelle Fortbewegungsmöglichkeit, die sich etwa hinsichtlich der zurückzulegenden Entfernung und der Schnelligkeit bei der Fortbewegung an einem Radfahrer orientiert (vgl. *LSG Niedersachsen*, Urt. v. 30.01.2002 - L 4 KR 12/01 -). Vielmehr ist vergleichend der Fußgänger heranzuziehen, dessen Tempo beim Zurücklegen eines Weges üblicherweise 6 km/h nicht übersteigt. Entgegen dem SG führt die Wohnsituation der Klägerin und die damit verbundenen Wegstrecken, die die Klägerin für ihre Besorgungen und Arztbesuche zurücklegen muss, zu keiner anderen Beurteilung, denn diese Entfernungen werden üblicherweise mit einem Fahrrad oder Pkw oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln zurückgelegt und gehen über den Nahbereich bzw. die Entfernungen, die ein Gesunder zu Fuß zurücklegt, hinaus.

SG Mannheim, Urt. v. 10.12.2003 - S 10 KR 2408/03 – gab der Klage statt, auf Berufung der Bekl. wies das *LSG* die Klage ab.

3. ROLLSTUHL-BIKE FÜR ERWACHSENEN BEI GLASKNOCHENKRANKHEIT

SG Leipzig, Urt. v. 08.09.2004 – S 8 KR 139/02 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de
Rollstuhl-Bike, Glasknochenkrankheit, Grundbedürfnis
SGB V §§ 12 I, 33 I 1

RID 05-01-153

Ein **Rollstuhl-Bike** kann für einen erwachsenen, an einer Glasknochenkrankheit leidenden Versicherten zur Erfüllung eines allgemeinem **Grundbedürfnisses** erforderlich sein, wenn die Krankheit zu einer erheblichen Verformung und Funktionsstörung im Bereich der Bewegungsorgane und zu einer hochgradigen Fehlform und Funktionsstörung von Brust- und Lendenwirbelsäule führt und er mit den vorhandenen Hilfsmitteln alleine nur eine Wegstrecke von bis zu 100 m zurücklegen kann, längere Strecken bis ca. 500 m nur unter Einlegung von Pausen und unter Inkaufnahme einer Zunahme bereits vorhandener Gelenkschäden und eine Zunahme der Gesamtbehinderung.

4. THERAPIE-DREIRAD-TANDEM

LSG Hamburg, Urt. v. 19.01.2005 – L 1 KR 117/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de
Therapie-Dreirad-Tandem, Therapie-Tandem, Behinderungsausgleich
SGB V § 33

RID 05-01-154

Auf die Versorgung mit einem **Therapie-Dreirad-Tandem** (ein dreirädriges Tandem, dass allein von der hinten sitzenden Begleitperson bewegt und gelenkt wird) als Hilfsmittel besteht auch für **Kinder** kein Anspruch. Ein vorhandener **Rollstuhl** ist ausreichend, denn mit ihm erschließt sich ein gewisser körperlicher Freiraum im Sinne eines Basisausgleichs. Soweit *BSG*, Urt. v. 13.05.1998 – B 8 KN 13/97 R – SozR 3-2500 § 33 Nr. 28 einen Anspruch auf Versorgung mit einem Therapietandem bejaht hat, handelte es sich um einen Fall, in dem aufgrund einer plötzlich einsetzenden Halbseitenlähmung jede Eigenbewegung im Straßenverkehr zu gefährlich gewesen wäre und mangels anderer Integrationsmöglichkeiten für den dortigen Kläger die möglichst vollständige Einbindung in das familiäre Leben im Vordergrund stand, so dass in der konkreten Familiensituation den gemeinsamen Fahrradausflügen eine große Bedeutung zukam.

SG Hamburg, Urt. v. 04.08.2004 – S 23 KR 1339/02 – gab der Klage statt, die Berufung führte zur Klageabweisung durch das *LSG*.

Vgl. bereits *LSG Bayern*, Urt. v. 28.08.2003 – L 4 KR 145/01 – RID 04-01-154 (S. 71).

5. SAUERSTOFFWAGEN, GLASLUFTBEFEUCHTER/EMISSIONEN DER WOHNUNG

LSG Bayern, Urt. v. 25.11.2004 – L 4 KR 269/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-155

Sauerstoffwagen, Glasluftbefeuchter, Inhalations- und Atemtherapiegerät, Sauerstofftherapiegerät

SGB V §§ 13 III, 33; Hilfsmittelrichtlinien Anlage 3, Untergruppe 14

Eine Versicherte hat keinen Anspruch auf Versorgung mit der **Sauerstoffversorgung dienenden Apparaten** (Sauerstoffwagen mit Armatur, Edelstahlschlauch mit Keramikmaske, austauschbare Sauerstoffflasche à 10 Liter sowie Glasluftbefeuchter) und damit auch keinen Erstattungsanspruch für die dafür aufgewendeten Anschaffungskosten bzw. Folgekosten für die Erneuerung des Sauerstoffs, wenn es an der **Notwendigkeit bzw. Erforderlichkeit** fehlt, sie einzusetzen.

Soweit Leiden auf **Emissionen der Wohnung** zurückgeführt werden (Gasheizung), ist es nicht die Aufgabe der Krankenkasse, Nachteile, die sich aus dem Aufenthaltsort eines Versicherten ergeben, auszugleichen. Hier ist zunächst dieser gehalten, für einen Wohnungswechsel zu sorgen, was die Krankenkasse ihren Mitgliedern nicht abnehmen kann.

SG München, Gerichtsbb. v. 07.10.2003 – S 3 KR 500/02 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

6. BEIDSEITIGE VERSORGUNG MIT COCHLEAR-IMPLANTAT

SG München, Urt. v. 23.11.2004 – S 47 KR 544/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-156

Berufung anhängig: LSG München - L 4 KR 6/05 -

Cochlear-Implantat, Hörgerät, Hörgeräteversorgung, Taubheit, beidseitiges Hören

SGB V §§ 13 III, 33

Ein Mensch, der beidseitig taub ist, hat grundsätzlich einen Anspruch auf beidohriges Hören, auch wenn er nach einseitiger Versorgung mit einem Cochlear-Implantat unter bestimmten Bedingungen eine gewisse Sprachverständlichkeit erzielt hat. Die Bedeutung des beidseitigen Hörens besteht vor allem in der Ermöglichung des Richtungshörens, ferner der Verbesserung der Sprachverständlichkeit um etwa 5 dB und der Diskrimination von Sprache, d.h. in dem Heraushören von Sprachsignalen aus einem Störgeräusch. Für eine bilaterale Versorgung mit einem weiteren Cochlear-Implantat für das linke Ohr hat daher die Krankenkasse aufzukommen.

Das *SG* verurteilte die Bekl., der Kl. die Kosten des zweiten Cochlear-Implantats links in Höhe von 22.375,68 Euro zu erstatten sowie aus dieser Versorgung anfallende und noch nicht abgerechnete Kosten zu übernehmen.

VII. HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE: ABGRENZUNG GRUND- UND BEHANDLUNGSPFLEGE

Vgl. zuletzt RID 04-04-B VIII 1 (S.59) m. w. N.

1. VERABREICHUNG VON SONDENKOST MITTELS PEG-SONDE

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 26.03.2004 - L 4 KR 2078/02 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-157

Sondenkost, PEG-Sonde, Schluckstörung, Behandlungssicherungsmaßnahme, Pflegekasse

SGB V § 37; SGB XI § 14 IV

Die **Verabreichung von Sondenkost mittels PEG-Sonde** stellt keine Leistung im Sinne des § 37 I SGB V dar, soweit sie wegen nicht krankenhausbearbeitungsbedürftiger Schluckstörungen erfolgt. Es handelt sich auch um keine Behandlungssicherungsmaßnahme nach § 37 II SGB V, da die Verabreichung von Sondenkost als eine **behandlungspflegerische Maßnahme** nicht zum Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern der **Pflegekasse** gehört. Von der Pflegeversicherung wird die Behandlungspflege dann erfasst, wenn eine Maßnahme betroffen ist, die untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung aus dem Katalog des § 14 IV SGB XI (hier: "Aufnahme der Nahrung") ist oder mit einer solchen Verrichtung jedenfalls objektiv notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang steht (vgl. BSG SozR 3-3300 § 14 Nr. 9 und 11, Urt. v. 22.08.2001 - B 3 P 23/00 R - und 30.10.2001 - B 3 KR 2/01 R - SozR 3-2500 § 37 Nr. 3).

SG Mannheim, Urt. v. 10.05.2002 - S 4 KR 2184/01 – gab der Klage statt, auf Berufung wies das *LSG* die Klage ab.

2. KATHETERISIERUNG DER BLASE

LSG Bayern, Urt. v. 28.10.2004 – L 4 KR 15/04 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-158

Revision anhängig: B 3 KR 42/04 R

Behandlungspflege, Grundpflege, Haushalt, Behindertenwerkstatt, Katheterisieren

SGB V §§ 27 I 1, 37; SGB XI § 14 IV

Die tägliche Abwesenheit einer Versicherten auf Grund einer **Tätigkeit in einer Behindertenwerkstatt** führt nicht zu einem Entfallen bzw. einer Verringerung des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege. Auch durch eine nur vorübergehende Abwesenheit ist der Begriff Haushalt als Leistungsort nach wie vor erfüllt.

Ein **Katheterisieren** fällt nicht unter die in § 14 IV Nr.1 SGB XI genannte gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtung der Blasenentleerung. Das Katheterisieren wird der **Grundpflege nicht zugeordnet** und steht auch nicht in sachlichem und zeitlichem Zusammenhang mit ihr. Sie bleibt somit Teil der Behandlungspflege.

Die schwerstbehinderte, 1983 geb. Kl. (Pflegestufe III; GdB von 100 sowie die Merkzeichen G, aG, H und RF) arbeitet in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen. Sie wohnt zuhause bei ihren Eltern und Geschwistern; Betreuerin ist ihre Mutter. Diese hilft ihr bei der Darm- und Blasenentleerung und katheterisiert sie fünfmal 20 Minuten täglich. Ärztlich wurde der Kl. die einmal tägliche Katheterisierung viermal wöchentlich verordnet, was die bekl. Krankenkasse ablehnte, weil die Leistung bereits bei der Zuordnung zu der Pflegestufe berücksichtigt worden sei. *SG Regensburg*, Urt. v. 09.10.2003 - S 2 KR 87/03 – gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung im Wesentlichen zurück. Zur **Revisionszulassung** führt der *Senat* aus, *BSG*, Urt. v. 22.08.2001, USK 2001-84 habe festgestellt, dass die Katheterisierung zu den krankheitsspezifischen Hilfeleistungen zählt; sie ist mit der Verrichtung Blasenentleerung untrennbar verbunden. Danach hätte die Klägerin wegen eines sachlichen und zeitlichen Zusammenhangs mit einer Verrichtung im Sinne der Pflegeversicherung keinen entsprechenden Anspruch auf häusliche Krankenpflege.

Zum vorübergehenden **Aufenthalt in einer Werkstatt** s. bereits *LSG Bayern*, Urt. v. 14.09.2004 - L 4 KR 107/02 - RID 04-04-125; zum **Begriff des "Haushalts"** s. zuletzt RID 04-04-B VIII 1 (S.59) m. w. N.

VIII. ZUZAHLUNGSREGELUNG AB 2004 VERFASSUNGSGEMÄß

LSG Baden-Württemberg, B. v. 16.12.2004 – L 11 KR 4765/04 PKH-B – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 05-01-159

Zuzahlung, Belastungsgrenze, Sozialhilfeempfänger, Verfassungsmäßigkeit, Heimbewohner

SGB V i.d.F. GMG §§ 62 I, § 62 II 5

Die **Zuzahlungsregelung** des § 62 II 5 SGB V ist unter krankenversicherungsrechtlichen Gesichtspunkten **nicht verfassungswidrig**. Zweifelsohne ist die Zuzahlungsregelung insbesondere bei **Heimbewohnern** mit **Härten** verbunden. Dies hat auch dazu geführt, dass von 2005 an für diesen Personenkreis eine neue Regelung in Kraft tritt. Ob es sich insoweit um eine unzumutbare Härte handelt und die Betroffenen unverhältnismäßig benachteiligt werden, ist jedoch im Rahmen des **Sozialhilfrechts zu klären**. Eine Verfassungswidrigkeit könnte sich allenfalls unter dem Aspekt ergeben, dass der Sozialhilfeträger diese Zuzahlungen nicht übernimmt. Dies ist gegenüber dem Sozialhilfeträger, jedoch nicht der Krankenkasse geltend zu machen. Die krankenversicherungsrechtliche Regelung ist insoweit nur ein Reflex und für sich nicht zu beanstanden.

SG Stuttgart, Beschl. v. 15.09.2004 - S 12 KR 3288/04 PKH-A – wies den Antrag auf Prozesskostenhilfe ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

Vgl. zuletzt RID 04-03-B XI 2 (S. 62).

IX. STERBEGELD BEI TOD NACH DEM 31.12.2004

SG Dresden, Urt. v. 15.12.2004 – S 25 KR 1229/04 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-160

Sterbegeld, Tod

SGB V a. F. §§ 58, 59

Die §§ 58 f. SGB V sind mit dem GMG seit dem 01.01.2004 außer Kraft getreten. Bei Tod eines Versicherten nach dem 31.12.2004 besteht kein Anspruch auf Sterbegeld.

X. BEZIEHUNGEN ZU LEISTUNGSERBRINGERN

Nach **BSG**, Urt. v. 24.11.2004 – B 3 KR 23/04 R – hat ein **Arzneimittelhersteller Klagebefugnis** gegen die **Festbetragsfestsetzung** nach § 35 SGB V; nach ständiger Rechtsprechung des BVerfG besteht zwar kein grundrechtlich geschützter Anspruch der Marktteilnehmer auf unveränderte Beibehaltung der gesetzlichen Rahmenbedingungen des Wettbewerbs, die für alle Marktteilnehmer gleichmäßig gelten, wohl aber ein **Anspruch auf Einhaltung gleicher Wettbewerbsbedingungen bzw. ein grundrechtlich eingeräumter Abwehranspruch gegen gesetzliche oder verwaltungsmäßige Maßnahmen, die den Wettbewerb der Marktteilnehmer untereinander verfälschen**; ebs. **BSG**, Urt. v. 24.11.2004 – B 3 KR 10/04 R – für die Festbetragsfestsetzung für Arzneimittel durch Rechtsverordnung auf Grund der vorübergehend bis zum 31.12.2003 geltenden Vorschrift des § 35a SGB V; nach **BSG**, Urt. v. 24.11.2004 – B 3 KR 16/03 R – ist die **Klage einer Innung für Orthopädietechnik**, die sich gegen das von den Spitzenverbänden der Krankenkassen verabschiedete **Festbetragsgruppensystem für Stomaartikel** wandte, **unzulässig**, weil sie nicht in eigenen Rechten betroffen wird.

Zu einem besonderen **Qualifikationsnachweis** eines **Physiotherapeuten** für „**Manuelle Therapie**“ vgl. **BSG**, Urt. v. 22.07.2004 – B 3 KR 12/04 R –; danach dürfen die Krankenkassen für die Versorgung ihrer Versicherten höhere Qualitätsanforderungen stellen als für die Zulassung zur Berufsausübung eines Krankengymnasten erforderlich ist.

Zur **Vergütung eines Pflegedienstes nach Kündigung des Rahmenvertrages** vgl. **BSG**, Urt. v. 13.05.2004 – B 3 KR 2/03 R –, wonach Wertersatz nach **bereicherungsrechtlichen Grundsätzen** zu leisten ist. Es kann offen bleiben, ob der (objektive) Wert der Leistung der Klägerin nach den geltend gemachten marktüblichen Preisen zu bemessen ist, die die Mehrzahl der Krankenkassen zahlt, oder ob es (subjektiv) auf den Aufwand ankommt, den die Beklagte durch die Leistung der Klägerin erspart hat. Beides stimmt hier überein.

1. BEZIEHUNGEN ZU KRANKENHÄUSERN: KRANKENHAUSKOSTEN

Zu **Behandlungskosten bei Arzneimittelstudien** vgl. **BSG**, Urt. v. 22.07.2004 – B 3 KR 21/03 R –, wonach die Krankenkasse berechtigt ist, jegliche Bezahlung der Krankenhausbehandlung ihrer Versicherten für die Dauer der jeweiligen Studie abzulehnen; zur **Verpflichtung der Krankenkasse** nach den landesrechtlichen Verträgen, **Rechnungen** innerhalb von 14 Tagen zu begleichen, selbst wenn sie Einwendungen gegen die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung habe, die sie aber später geltend machen könne, vgl. **BSG**, Urt. v. 22.07.2004 – B 3 KR 20/03 R –, wonach das BSG gehindert ist, die Auslegung der Landesverträge durch das LSG zu überprüfen, weil es sich um reines Landesrecht handelt. Das bundesrechtliche Willkürverbot ist dadurch ebenso wenig wie das Wirtschaftlichkeitsgebot der gesetzlichen Krankenversicherung verletzt worden. Zur **Krankenhausbehandlung bei vormundschaftsgerichtlicher Genehmigung** vgl. **BSG**, Urt. v. 13.05.2004 – B 3 KR 18/03 R –, wonach sich die Notwendigkeit einer stationären Behandlung nicht aus einer Bindung der Krankenkasse an die Entscheidung des Vormundschaftsgerichts über die Unterbringung des Versicherten ergibt. Stationäre Krankenbehandlung war aber notwendig, weil ambulante Behandlungsalternativen nicht vorhanden waren oder nicht ausreichten. Die beklagte **Krankenkasse**, die dem Versicherten die notwendige Behandlung als Sachleistung schuldet, kann sich nicht allein damit entlasten, dass sie auf denkbare **ambulante Alternativen** verweist, solange sie diese nicht **in konkreter und nachprüfbarer Weise aufzeigt**. Der Versicherte bzw. sein Betreuer ist dazu **anzuhören** und über die Ablehnung der weiteren stationären Behandlung ist der **Verwaltungsakt** mit einer Rechtsmittelbelehrung zu erteilen. Entsprechend dazu gilt **gegenüber dem behandelnden Krankenhausarzt**, dass auch diesem eine **Behandlungsalternative aufgezeigt** wird, die ihm eine Einschätzung ermöglicht, ob eine Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus zu verantworten ist. Dies gilt insbesondere bei **psychiatrischen Patienten** mit fehlender Krankheitseinsicht und der Gefahr der Selbst- und Fremdgefährdung. Die Entscheidung des Krankenhausarztes, die eine Prognose erfordert, muss auch von Seiten der Krankenkasse hingenommen werden, sofern sie vertretbar ist, weil der Arzt die volle strafrechtliche und zivilrechtliche Verantwortung für seine Entscheidung trägt.

Zur **Abgrenzung stationäre/ambulante Behandlung** vgl. **BSG**, Urt. v. 04.03.2004 – B 3 KR 4/03 R –, wonach eine **ambulante Behandlung** stets dann anzunehmen ist, wenn die Patientin nicht über Nacht im Krankenhaus geblieben ist; es kommt nicht darauf an, dass die Patientin wie länger liegende Patienten ein Bett auf der Station in Anspruch genommen hat und entsprechend versorgt worden ist; zur **Abrechnung einer Fallpauschale** bei zweitem Operationsgebiet vgl. **BSG**, Urt. v. 04.03.2004 – B 3 KR 3/03 R –; zur **Abgrenzung von Fallpauschale und Sonderentgelt** vgl. **BSG**, Urt. v. 24.09.2003 – B 8 KN 2/02 KR R – SozR 4; zur **Weiterbehandlungspauschale Nr. 9.022** vgl. **BSG**, Urt. v. 24.09.2003 – B 8 KN 7/02 KR R – SozR 4.

Zur **Verbindlichkeit der Kostenübernahmeerklärung** unter dem **Vorbehalt**, dass der Patient versichert ist, vgl. **BSG**, Urt. v. 12.11.2003 – B 3 KR 1/03 R – SozR 4-2500 § 112 Nr. 2 = GesR 2004, 141, wonach die Einwendung der Krankenkasse, dass keine Versicherung bestanden habe, nicht ausgeschlossen wird.

A) ZAHLUNGSANSPRUCH UND PRÜFVERFAHREN

Vergütungsanspruch, Sicherstellungsvertrag, Krankenhausbehandlung, Prüfverfahren, Krankenkasse
SGBV §§ 109, 112

Zur Rspr. hinsichtlich der Bedeutung eines Überprüfungsvertrages vgl. zuletzt RID 04-04-B XI 1 a, S. 114 f.

AA) EINHOLUNG EINES MDK-GUTACHTENS

LSG Brandenburg, Urt. v. 03.11.2004 – L 4 KR 30/03 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-161

Eine Krankenkasse ist gehalten, wenn sie die Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung des Versicherten in Zweifel zieht, den **MDK einzuschalten**. Damit soll sichergestellt werden, dass Beanstandungen sachlicher Art medizinisch fundiert sind.

Die Einleitung eines Verfahrens zur Einholung eines Gutachtens bei dem **MDK** ist spätestens **vor der Fälligkeit der geforderten Vergütung** notwendig gewesen, soweit nach dem Krankenhausvertrag § 276 IV SGB V zur Anwendung kommt (vgl. auch BSG, Urt. v. 13.12.2001 - B 3 KR 11/01 R - SozR 3-2500 § 112 Nr. 2). Um die Zahlungspflicht abzuwenden, reicht es nicht aus, ein solches Verfahren nach Eintritt der Fälligkeit einzuleiten. Erst Recht kann es nicht während des gerichtlichen Verfahrens nachgeholt werden. Damit kann der Zweck der Regelung, die Krankenkasse frühzeitig zu veranlassen, medizinisch fundierte Beanstandungen sachlicher Art vorzubringen, nicht mehr erreicht werden.

Ob die Regelung in § 18 Abs. 4 Satz 3 ABK-Vertrag, wonach Beanstandungen sachlicher Art "auch" nach Bezahlung der Rechnung geltend gemacht werden können, unter Berücksichtigung der oben genannten Ausführungen eine Auslegung dahingehend erfordert, dass solche Beanstandungen vor Bezahlung der Rechnung selbst für den Fall ausgeschlossen sein sollen, dass die Krankenkasse gemäß § 3 Abs. 6 ABK-Vertrag verfahren ist, aber eine gutachterliche Stellungnahme des MDK vor Fälligkeit nicht vorliegt, kann dahinstehen.

Auch wenn eine Krankenkasse ihren Obliegenheiten nicht nachgekommen ist, kann der **Krankenhausträger** Zahlung nur verlangen, wenn er sich **selbst vertragsgemäß verhalten** beziehungsweise eine Vertragsverletzung den mit der Regelung verbundenen Zweck nicht berührt hat.

SG Neuruppin, Urt. v. 14.05.2003 – S 9 KR 133/01 – gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

BB) EINWENDUNGSAUSSCHLUSS UND ÜBERPRÜFUNGSVERFAHREN

LSG Hessen, Urt. v. 27.04.2004 – L 1 KR 377/03 -

RID 05-01-162

Hält eine Krankenkasse das im Hessischen Sicherstellungsvertrag **vereinbarte Verfahren nicht ein**, wonach die Überprüfung der Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit in der Regel während der Zeit, in der sich der Patient in stationärer Krankenhausbehandlung befindet, erfolgt, so ist sie nach Treu und Glauben mit solchen **Einwendungen ausgeschlossen**, die bis dahin geltend gemacht werden konnten. Eine gerichtliche Sachaufklärung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit findet nicht mehr statt.

SG Kassel, Urt. v. 26.02.2003 – S 12 KR 1345/00 – wies die Klage insoweit ab, das **LSG** verurteilte zur Zahlung der Kosten der teilstationären Behandlung der Versicherten vom 09. bis 27.02.1998 in Höhe von 1.825,20 €.

CC) VERSPÄTETE ERSTELLUNG EINES KURZBERICHTES

LSG Hessen, Urt. v. 09.12.2004 – L 14 KR 720/00 -

RID 05-01-163

Krankenhausbehandlung, Kurzbericht, Prüfungsverfahren, Beweislast, Tagesklinik, Krankenakte, Aufzeichnung, Behandlungsalternative
SGB V §§ 39, 109 IV, 112 II

Ist eine **Überprüfung der Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit** aus zeitlichen Gründen nicht möglich, weil das Krankenhaus erst unmittelbar vor der Entlassung den Kurzbericht erstellt, so trägt das Krankenhaus die Beweislast für das Vorliegen der Voraussetzungen nach § 39 SGB V.

Eine Argumentation, die in eher allgemeiner Form die Vorzüge einer tagesklinischen Behandlung in den Vordergrund stellt, reicht für den Nachweis der Notwendigkeit teilstationärer Behandlung nicht aus. Maßgeblich kommt es auf die **Aufzeichnungen in der Krankenakte** an.

Soweit eine Krankenkasse vor Beendigung einer Krankenhausbehandlung bei fortbestehender Behandlungsbedürftigkeit zu prüfen hat, ob eine ambulante **Behandlungsalternative** konkret zur Verfügung steht (vgl. **BSG**, Urt. v. 13.05.2004 – B 3 KR 18/03 R –), so gilt dies nicht, wenn die Krankenkasse erst zu einem Zeitpunkt in die Prüfung einbezogen wird, zu dem die Behandlung bereits beendet war. Dies gilt auch nicht für einen Patienten, der sozial integriert ist und dem ambulante Weiterbehandlungsmöglichkeiten zur Verfügung standen.

Der 1961 geb. Versicherte wurde vom 27.01. bis 10.02.1997 wegen eines Alkoholentzugssyndroms bei bestehender Alkoholabhängigkeit, Hypertonie und insulinpflichtigem Diabetes mellitus in der Klinik der Kl. stationär behandelt. Eine weitere Kostenübernahme für die teilstationäre Behandlung in der Tagesklinik v. 10. bis 24.02.1997 (Antrag v. 11.02., Kurzbericht v. 21.02.1997), lehnte die Bekl. ab. **SG Kassel**, Urt. v. 01.03.2000 – S 12 KR 1402/97 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

B) FEHLENDE KRANKENHAUSPFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

AA) KEINE HINWEISPFlicht AUF BEHANDLUNGsalternative

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 21.09.2004 – L 1 KR 115/03 –

RID 05-01-164

Revision anhängig: B 3 KR 40/04 R

Krankenhausbehandlung, Krankenhauspflegebedürftigkeit, Behandlungsalternative, Hinweispflicht
SGB V §§ 39, 109 IV 3, 112 II Nr. 4 u. 5

Für die Frage, ob **Krankenhauspflegebedürftigkeit** bei einem psychisch Kranken bestanden hat oder nicht, ist es kein entscheidendes Abgrenzungskriterium, ob eine **Verlegung zu erheblichen Irritationen des Versicherten** geführt hätte und daher nicht durchgeführt werden können.

Ein Erstattungsanspruch besteht auch dann nicht, wenn die **Krankenkasse** es **unterlassen** hat, den Krankenhausträger und den Versicherten auf konkrete nachprüfbare ambulante **Behandlungsalternativen** hinzuweisen (**abweichend** von **BSG**, Urt. vom 13.05.2004 – B 3 KR 18/03 R –). Eine Rechtsgrundlage hierfür lässt sich im SGB V nicht finden, auch nicht in § 112 II Nr. 4 u. 5 SGB V. Das BSG hat bislang stets allein auf die medizinische Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung abgestellt (z.B. Urt. v. 21.11.1991 – 3 RK 32/89 – SozR 3-2500 § 39 Nr. 1). Wenn keine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit bestanden hat, kann nur dann ein Erstattungsanspruch des Krankenhauses gegebenenfalls in Betracht kommen, wenn der Versicherte zwar keinen Leistungsanspruch hatte, dies für das Krankenhaus jedoch nicht erkennbar war (vgl. **BSG**, Urt. v. 21.08.1996 – 3 RK 2/96 – SozR 3-2500 § 39 Nr. 4). Bislang hat das BSG als einzige notwendige Verwaltungshandlung der Krankenkasse die Mitteilung über den Wegfall der Leistungsvoraussetzungen an den Versicherten erachtet (**BSG**, Urt. v. 23.04.1996 – 1 RK 20/95 – SozR 3-2500 § 39 Nr. 3). Mit dieser Rechtsprechung hat sich das BSG in seiner Entscheidung vom 13.05.2004 nicht näher auseinandergesetzt.

Der 1966 geb. und 1998 verstorbene A war bei der Bekl. krankenversichert. Er litt seit 1987 unter einer paranoid-halluzinatorischen Psychose, wegen der er seit 1988 mehrfach bei der Bekl. stationär behandelt wurde. Am 07.09.1994 wurde er erneut (zum sechsten Mal) bei der Bekl. stationär aufgenommen. Am 25.10.1995 erfolgte eine Verlegung vom Akut- in den Langzeitbereich. Die Bekl. übernahm die Kosten der Behandlung bis zum 15.11.1997, da danach von einem Pflegefall auszugehen sei. Ein hiergegen angestrebtes Klageverfahren des Versicherten A wurde infolge dessen Todes nicht zu Ende geführt. **SG Lübeck**, Urt. v. 25.09.2003 – S 3 KR 2/02 – gab der Klage des Krankenhausträgers auf Erstattung der Kosten für die Zeit vom 16.11.1997 bis zum 07.09.1998 in Höhe von 98.658,95 DM (50.397,50 €) statt, da Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorgelegen habe; das **LSG** wies auf Berufung der Krankenkasse die Klage ab.

Parallelentscheidung:

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 21.09.2004 – L 1 KR 58/03 –

RID 05-01-165

Revision anhängig: B 3 KR 40/04 R

Der 1975 geb. A befand sich seit 15.07.1991 und durchgängig ab 16.12.1996 in stationärer Behandlung in der Fachklinik S und in der Fachklinik H, bei letzterer ab 12.03.1997 fortlaufend. Bei ihm liegt eine Minderbegabung mit Verhaltensstörungen sowie Neigung zu auto- und fremdaggressiven Impulsdurchbrüchen, sexueller Enthemmung bei insgesamt dissoziativer Fehlreaktionsbereitschaft vor. Die bekl. Krankenkasse lehnte eine Kostenübernahme über den 11.03.1997 hinaus ab, da ein Pflege- bzw. Eingliederungsfall anzunehmen sei. **SG Itzehoe**, Urt. v. 23.01.2003 – S 5 KR 1/99 – gab der Klage des klagenden Sozialhilfeträgers statt, der einen Erstattungsanspruch gemäß §§ 104 ff. SGB X für die Kosten bis zum 19.03.2000 (196.773,07 €) geltend gemacht hatte; das **LSG** wies auf Berufung der Krankenkasse die Klage ab.

BB) FEHLENDER ABLEHNENDER VERWALTUNGSAKT/SELBSTGEFÄHRDUNGSGEFAHR

LSG Hamburg, Urt. v. 19.01.2005 – L 1 KR 41/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-166

Krankenhausbehandlung, Krankenhauspflegebedürftigkeit, Behandlungsalternative, Hinweispflicht
SGB V §§ 39, 109 IV 3, 112 II Nr. 4 u. 5

Für die Frage der **Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit** reicht es nicht aus, von theoretisch vorstellbaren, besonders günstigen Sachverhaltskonstellationen auszugehen, die den weiteren Krankenhausaufenthalt entbehrlich erscheinen lassen, sondern es ist zu prüfen, welche **ambulanten Behandlungsalternativen** im Einzelfall konkret zur Verfügung stehen, weil nur so die kontinuierliche medizinische Versorgung des Versicherten gewährleistet werden kann (vgl. **BSG**, Urt. v. 13.05.04 – B 3 KR 18/03 R –). Erfolgt wie hier eine Kostenübernahmeerklärung für die erste Zeit des Krankenhausaufenthalts nur gegenüber der Klinik, so liegt gegenüber der Versicherten eine Gewährung der Krankenhausbehandlung ohne Verwaltungsakt vor. **Fehlt** es für die Ablehnung der weiteren Kostenübernahme an einem an die Versicherte oder ihre Betreuerin gerichteten **Verwaltungsakt** ganz, so hat die Krankenkasse die Kosten der weiteren Krankenhausbehandlung zu übernehmen. Eine an das Krankenhaus gerichtete Ablehnung ohne Nennung einer konkreten Alternative zum Krankenhausaufenthalt reicht insoweit nicht aus.

Kann eine Versicherte aufgrund ihres gesundheitlichen Zustandes nicht nach Hause entlassen werden, weil sie weder dem Alleinleben körperlich gewachsen ist noch wegen der **Selbstgefährdungsgefahr** verantwortlich werden kann, sie sich selbst zu überlassen, und besteht ein ambulanter Weiterbehandlungsbedarf, kommt eine Entlassung der Versicherten aus dem Krankenhaus nicht in Betracht.

Die Versicherte wurde nach einem Suizidversuch am 07.04.1999 erst im Unfallkrankenhaus B2 und anschließend – nochmals unterbrochen durch einen Aufenthalt in B2 – bei der Kl. stationär psychiatrisch behandelt. Die Behandlungskosten hierfür übernahm die Beklagte bis zum 03.08.1999. Die Versicherte verblieb bis zum 18.08.1999 bei der Kl. und wurde an diesem Tag in ein Pflegeheim verlegt. Eine frühere Verlegung in die Pflegeeinrichtung scheiterte daran, dass das Heim nur jemanden mit der Pflegestufe I aufnehmen wollte und diese Pflegestufe nach vorhergehender ablehnender Entscheidung des MDK erst aufgrund des Pflegegutachtens des MDK vom 12.08.1999 festgestellt wurde. Die Kl. erhielt hiervon am 17.08.1999 Kenntnis. **SG Hamburg**, Urt. v. 14.08.2002 – S 23 KR 317/00 – wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte zur Zahlung von 3.259,01 Euro (Kosten für die stationäre Behandlung der Versicherten L. vom 04. bis zum 18.08.1999).

C) PROGNOSE EX ANTE BEI ABRECHNUNGSBESTIMMUNGEN

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 04.11.2004 – L 2 KN 54/02 KR – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-167

Prognose, ex ante, Abrechnung, Hauptleistung, Krankenhausbehandlung
Fallpauschale Nr. 12.01; Sonderentgelt Nr. 12.10

Die vorausschauende ("**ex ante**") **Prognose** des Krankenhausarztes gilt nicht nur für die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung, sondern unmittelbar auch bei Anwendung der **Abrechnungsbestimmungen**. Andernfalls erhielte das Krankenhaus ggfs. trotz kunstgerechten Vorgehens keine Vergütung, stellte sich im Nachhinein heraus, dass die gewählte Arbeitsdiagnose unrichtig war.

Bei Behandlung mehrerer Erkrankungen ist für die Hauptleistung einer Krankenhausbehandlung entscheidend, in welchem Verhältnis die (betriebswirtschaftlichen) Aufwendungen für die durch die einzelnen Diagnosen während eines Krankenhausaufenthalts veranlassten Leistungen zu einander stehen. **Hauptdiagnose** ist diejenige Diagnose, die bei nachträglicher Betrachtung den höchsten Aufwand verursacht hat (vgl. **BSG**, Urt. v. 24.09.2003 – B 8 KN 2/02 KR R – SozR 4-5565 § 14 Nr. 4). Insoweit ist ggfs. an die lege artis gewählten Arbeitsdiagnosen anzuknüpfen.

Die **Standardbehandlung der akuten Cholezystitis** besteht in der Anbehandlung mit Flüssigkeit, Insoweit sind die Voraussetzungen der FP Nr. 12.01 in vollem Umfang erfüllt und kommt eine Vergütung lediglich nach dem Sonderentgelt 12.10 nicht in Betracht.

SG, Urt. v. 21.01.2002 – S 23 KN 45/00 KR – wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte d. Bekl. an die Kl. 548,62 Euro zu zahlen.

D) ERSTATTUNGSANSPRUCH U. VIERJÄHRIGE VERJÄHRUNGSFRIST/FALLPAUSCHALE 16.02

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.09.2004 – L 2 KR 13/04 - www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-01-168**

Krankenhausvergütung, Verjährung, Verjährungsfrist, Fallpauschale 16.02, Abrechnung

SGB V §§ SGB I § 45, 70; BGB § 196 I Nr. 11; BGB a.F. § 209 I Nr. 1; EGBGB Art. 229 § 6 I 1

Die i.d.F. bis 1996 (Risikogeburt ab 225. bis 259. Schwangerschaftstag, ohne verlegungsrelevante Diagnose; Versorgung des Frühgeborenen, außer bei einer verlegungsrelevanten Krankheitsart oder bei Intensiv-Versorgung) ist nach ihrem eindeutigen Wortlaut für die Versorgung eines Frühgeborenen bei einer verlegungsrelevanten Krankheitsart (hier: Diagnose "verzögertes vitales Wachstum und vitale Mangelernährung. Light-for-dates ohne Angabe einer vitalen Mangelernährung") nicht zu leisten.

Für einen **Erstattungsanspruch** einer Krankenkasse gegen einen Krankenhausträger wegen zu Unrecht gezahlter Krankenhausvergütung gilt die **vierjährige Verjährungsfrist** des § 45 I SGB I. Diese Regelung ist für vor dem 01.01.2000 entstandene Ansprüche nicht durch § 69 Satz 3 SGB V nF iVm § 196 I Nr. 11 BGB verdrängt worden, sondern gilt für sie fort. Der Geltungswille dieser - neuen - Norm erfasst nicht Ansprüche, die vor dem 01.01.2000 entstanden sind (vgl. entsprechend BSG, Urt. vom 21.02.2002 - B 3 KR 4/01 R - Rdnr 11; SozR 3-2500 § 60 Nr 6).

SG Köln, Urt. v. 09.12.2003 – S 26 KR 269/02 – wies die Klage der Krankenkasse ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., an die Kl. 751,87 Euro zu zahlen und wies die auf Gewährung von Prozesszinsen gerichtete Klage ab.

Zur Verjährung vgl. zuletzt RID 04-04-B XI 1 g (S. 71); zur ab dem 01.01.1997 geltende abweichende FP-Definition der FP 16.02 vgl. **LSG Hessen**, Urt. v. 19.02.2004 – L 14 KR 848/01 - RID 04-03-157 (Revision anhängig: B 3 KR 18/04 R).

E) GERICHTSKOSTEN AUCH FÜR GEMEINNÜTZIGE KRANKENHAUSTRÄGER

SG Marburg, Beschl. v. 31.01.2005 – S 6 SF 4/04 -

RID 05-01-169

SG Marburg, Beschl. v. 31.01.2005 – S 6 SF 5/04 -

RID 05-01-170

Gerichtskosten, Stiftung, gemeinnützig

GKG § 2; HessJustizKostG § 7

Für eine Befreiung von den Gerichtskosten steht einem Krankenhausträger, der als milde Stiftung anerkannt ist, in Hessen eine Rechtsgrundlage nicht zur Verfügung. Die Kostenbefreiung nach § 2 I 1 GKG (in der v. 02.01.2002 bis 30.06.2004 geltenden Fassung) bezieht sich nicht auch auf mildtätige oder gemeinnützige Stiftungen. § 7 I 1 HessJustizKostG sieht eine Befreiung für die Sozialgerichtsbarkeit nicht vor. Die Vorschrift ist auch nicht im Wege der lückenfüllenden Analogie anwendbar.

2. VERSORGUNGSVERTRAG FÜR HERZCHIRURGIE

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 18.10.2002 - L 4 KR 4262/00 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-01-171**

Versorgungsvertrag, Herzchirurgie, Bedarf, Notfallbehandlung

SGB V §§ 108 Nr. 3, 109 III 1 Nr. 2

Bei der Bejahung des regionalen Bedarfs fällt entscheidend ins Gewicht, dass die Klägerin in nicht unerheblichem Umfang Notfallbehandlungen im Bereich der Herzchirurgie erbringt, die von den gesetzlichen Krankenkassen als solche vergütet werden.

Die Krankenkassen haben die ausreichende Versorgung der Versicherten im Bereich der Herzchirurgie durch zugelassene inländische Krankenhäuser sicherzustellen. Ein Bedarf für Versicherte in Baden-Württemberg kann daher nicht unter Hinweis auf möglicherweise vorhandene Betten bzw. Operationskapazitäten in der Schweiz verneint werden.

SG Stuttgart, Urt. v. 28.09.2000 - S 10 KR 6146/97 – wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl. zum Abschluss eines Versorgungsvertrages über 20 Akutbetten (gefordert: 60 Betten) im Bereich der Herzchirurgie.

3. APOTHEKENRABATT IM JAHRE 1998

LSG Bayern, Urt. v. 07.10.2004 – L 4 KR 223/01 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-172

Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 3 KR 32/04 B

Apothekenrabatt, Arzneimittelabgabepreis, Apotheker, Sonderabgabe, Skonto

SGB V § 130 a. F.; BayApothekenvertrag

Die gesetzliche Grundlage für den Apothekenrabatt im Jahre 1998 war § 130 I 1 SGB V, wonach die Krankenkassen von den Apotheken auf den für den Versicherten maßgeblichen Arzneimittelabgabepreis einen Abschlag in Höhe von 5 v.H. erhalten. Diese Regelung ist nicht verfassungswidrig.

Der Apothekenrabatt stellt keine parafiskalische Sonderabgabe dar, sondern ist vielmehr ein Skonto, das den Krankenkassen im Abrechnungsverhältnis zu den Apotheken eingeräumt ist.

SG München, Urt. v. 07.08.2001 - S 2 KR 292/99 – wies die auf Zahlung des Apothekenrabatts gerichtete Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

4. HÖHE DER VERGÜTUNG KRANKENGYMNASTISCHER/PHYSIOTHERAPEUTISCHER LEISTUNGEN

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.10.2004 – L 16 KR 106/03 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-173

Revision anhängig: B 3 KR 41/04 R

Vergütungsvereinbarung, Heilmittelerbringer, Vergütungsanspruch, Krankengymnast, Behandlungsvertrag, Verzugszinsen, Leistungsbestimmungsrecht

SGB V §§ 124 II 2, 125; BGB §§ 271 I, 315, 316, 612, 812, 818 II

Auch bei Unterstellung der Kündigung einer Preisvereinbarung steht einer Krankengymnastin keine höhere Vergütung zu, als sie von der Krankenkasse den übrigen Heilmittelerbringern (entsprechend den mit diesen einheitlich geschlossenen Vereinbarungen) gezahlt werden. Aufgrund des insoweit **vertragslosen Zustandes** steht der Krankengymnastin **kein einseitiges Bestimmungsrecht** nach §§ 315, 316 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) zu, auch wenn die Bestimmungen des BGB gemäß § 69 Satz 3 SGB V entsprechende Anwendung zwischen den Beteiligten finden können (vgl. BSG SozR 3-2500 § 69 Nr. 1). Diese Vorschriften, die eine einseitige Vergütungsbestimmung durch den Leistenden regeln, sind jedoch im Recht der Leistungserbringer gemäß §§ 124 ff. SGB V nicht anwendbar (BSG SozR 3-2500 § 132a Nr. 1 S. 4). § 125 II SGB V stellt die Vereinbarung über die Vergütung in die Vertragsautonomie der Heilmittelerbringer sowie deren Verbände und der Verbände der Krankenkassen. Es entfielen aber jeglicher Anreiz zum Abschluss derartiger Verträge, wenn ohne diese eine der Parteien ihre Preise einseitig durchsetzen könnten (BSG a.a.O.; BSG SozR 3-2500 § 125 Nr. 7 S. 26). Es besteht lediglich ein Anspruch auf die übliche Vergütung im Sinne des § 612 BGB bzw. der §§ 812 I, 818 II BGB.

Das Fehlen einer vertraglichen Regelung führt **nicht** zur uneingeschränkten Anwendung des § 271 I BGB, wonach der Gläubiger die **Leistungen sofort verlangen** kann, wenn eine Zeit für diese weder bestimmt noch aus den Umständen zu entnehmen ist.

Verzugszinsen sind nur zu bezahlen, wenn sie gesetzlich vorgesehen oder wegen bereichsspezifischer Besonderheiten zu zahlen sind (BSG, Urt. v. 04.03.2004 - B 3 KR 4/03 R -).

SG Köln, Urt. v. 24.03.2003 – S 19 KR 284/01 – wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

Zur angemessenen Vergütung für Krankengymnasten bei fehlender Vereinbarung s. bereits *LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 22.04.2004 – L 16 KR 270/02 - RID 04-03-118 (Revision anhängig: B 3 KR 28/04 R)*; zum Vergütungsanspruch für Arztbericht eines Krankengymnasten s. *LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.03.2004 – L 16 KR 91/03 - RID 04-03-117 (Revision anhängig: B 3 KR 21/04 R)*.

5. KOSTENERSTATTUNG FÜR DIE LEIHWEISE ÜBERLASSUNG EINER Kniebewegungsschiene

SG München, Urt. v. 17.11.2004 – S 19 KR 1087/03 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-174

Berufung anhängig: LSG Bayern - L 4 KR 261/04 -

Kostenerstattung, Vacoped-Schiene, Kniebewegungsschiene, Bereicherungsanspruch, Zahlungsanspruch

SGB V § 13 III 1, 27 I 2 Nr. 3, 33, 69, 126, 127, 128; BGB §§ 670, 683, 812 I

Ein **Hilfsmittellieferant**, der mit einer Krankenkasse **nicht in vertraglicher Beziehung** steht, hat keinen **Vergütungsanspruch** für ein geliefertes Hilfsmittel. Durch eine **kassenärztliche Verordnung** einerseits sowie die **Lieferung** des Hilfsmittels durch den Leistungserbringer andererseits wird kein **Vergütungsanspruch** begründender Vertrag zwischen der Krankenkasse und dem Leistungserbringer geschlossen. Der die Verordnung ausstellende Kassenarzt kann insoweit nicht als Bevollmächtigter der Krankenkasse angesehen werden (Anschluss an *LSG Brandenburg*, Urt. v. 12.03.2004 – L 4 KR 7/03 - RID 04-03-133).

Ein Anspruch des Lieferanten besteht auch nicht nach den Grundsätzen der **Geschäftsführung ohne Auftrag**, § 69 SGB V i.V.m. §§ 683, 677, 670 BGB, oder aus **ungerechtfertigter Bereicherung**, § 69 SGB V i.V.m. § 812 Abs. 1 BGB.

Die Kl. ist Herstellerin orthopädischer Hilfsmittel, u. a. der Campomed-Kniebewegungsschiene. Die Campomed-Schiene, eine nicht-motorgetriebene sog. "Aktivbewegungsschiene" für Knie-Behandlungen, ist bisher nicht in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen worden. Leistungserbringer-Verträge nach dem SGB V sind nicht geschlossen. Der bei der Bekl. versicherte Beigel. beantragte über die Kl. am 28.07.2003 die Kostenübernahme für die vierwöchige leihweise Versorgung mit einer Campomed-Schiene nach Meniskus-Teilresektion nach Verordnung vom 03.07., Überlassung der Schiene am selben Tag sowie einen Kostenvoranschlag vom 24.07. (562,26 Euro). Mangels Nachweis des medizinischen Nutzens lehnte die Beklagte die Kostenübernahme mit Bescheid vom 05.08.2003 ab. Das *SG* wies die Klage ab.

Vgl. zuletzt *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 08.06.2004 - L 11 KR 79/03 -RID 04-04-115 m.w.N.

6. VERSORGUNGSVERTRAG MIT UNTERNEHMEN FÜR HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE

LSG Hamburg, Urt. v. 10.11.2004 – L 1 KR 43/04 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-175

Versorgungsvertrag, häusliche Krankenpflege, Kündigung, Fortgeltungsgrundsatz

SGB V §§ 37, 132a I

Ein **Versorgungsvertrag** zwischen einem Unternehmen für häusliche Krankenpflege und einer Krankenkasse unterlag bis Ende 1999 dem Privatrecht (vgl. Gem. Senat der obersten Gerichtshöfe des Bundes, Beschl. vom 10.04.1986 - GmS-OGb 1/85 - SozR 1500 § 51 Nr. 39). Dessen **Kündigung** bedurfte keiner Begründung i.S.d. Sollbestimmung des § 59 II 2 SGB X. Einen **"Fortgeltungsgrundsatz"** gekündigter Verträge gibt es nicht.

Vertragsverhandlungen mit einem **Unternehmen für häusliche Krankenpflege** sind **gesetzlich nicht vorgeschrieben**. § 132 a Abs. 2 Satz 1 SGB V bestimmt lediglich, dass die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege sowie über die Preise und deren Abrechnung schließen, regelt darüber hinaus aber nicht, auf welchem Wege (etwa durch wechselseitige Schriftsätze oder persönliche Zusammenkünfte) und durch welche Verhandlungsgestaltung diese Verträge geschlossen werden. Das bleibt den Beteiligten überlassen.

Zwar hat ein Leistungserbringer, der die qualitativ-fachlichen, personellen und räumlichen Voraussetzungen erfüllt, vom Grundsatz her einen **Rechtsanspruch auf den Abschluss eines Versorgungsvertrages**. Die Preisgestaltung und das konkrete Abrechnungsverfahren sind dabei jedoch "Einzelheiten" i.S.d. § 132a II 1 SGB V, die der besonderen vertraglichen Vereinbarung unterliegen. Daraus folgt, dass ein Leistungserbringer keinen Anspruch auf Annahme seines Vertragsangebots durch eine oder mehrere Krankenkassen besitzt, jedenfalls solange er durch die Ablehnung gegenüber anderen Leistungserbringern nicht diskriminiert wird.

SG Hamburg, Urt. v. 24.03.2004 – S 23 KR 1097/01 – gab der Klage statt, die *Berufung* führte zur Klageabweisung.

7. SONDENNAHRUNG: KÜRZUNG DER KOSTENVORANSCHLÄGE

SG Frankfurt a. M., Beschl. v. 09.11.2004 – S 20 KR 3073/04 ER -

RID 05-01-176

Beschwerde anhängig

Sondennahrung, Nahrungsmittel, Arzneimittel, Applikationsmittel

SGB V §§ 31 II 1, 69, 126 f.; SGB I §§ 13, 14; EG Art. 81, 82; BGB §§ 812, 818; SGG § 86b II

Soll mit dem Erlass einer **einstweiligen Anordnung** erreicht werden, dass eine Krankenkasse **Kostenvoranschläge für Sondennahrung** und Applikationsmittel nicht in der Preishöhe kürzt, so fehlt es jedenfalls dann an einem Anordnungsgrund, wenn nicht substantiiert dargelegt wird, weshalb es ihr nicht zuzumuten ist, ein Hauptsacheverfahren abzuwarten.

Die Ast. ist ein Unternehmen, die gesetzlich Krankenversicherte mit Hilfsmitteln und Produkten für enterale/parenterale Ernährung in Form von Sondennahrung und den dazugehörigen Verbrauchshilfsmitteln wie insbesondere Applikationshilfen für Schwerkraft- und Pumpensystemen versorgt. Sie ist als Leistungserbringerin nach § 126 zur Abgabe von Hilfsmitteln zugelassen. Bis zum Februar 2004 zahlte die Krankenkasse (Ag.) hierfür den jeweiligen aktuellen **Apothekeneinkaufspreis** zuzüglich eines Aufschlags von 10 % (zzgl. MWSt.). Eine Preisvereinbarung hatten und haben die Beteiligten bisher nicht abgeschlossen. Anfang 2004 wies die Ag. auf **Angebote, die bis zu 40 % unter dem bislang gezahlten Preisniveau** lägen, hin. Insofern bat sie um ein neues, günstigeres Angebot. Nach Scheitern weiterer Verhandlungen nahm sie **auf eingereichten Kostenvoranschlägen Kürzungen vor** (Sondennahrung: Apothekeneinkaufspreis abzüglich 5 %; Applikationshilfen Aufschlag von 2 %). Ihre **Anträge**, die Ag. zu verurteilen, bei Vermeidung eines vom Gericht für jeden Fall der Zuwiderhandlung festzusetzenden Ordnungsgeldes bis zu 250.000 Euro im Einzelfall und für den Fall, dass dieses nicht beigetrieben werden kann, eine Ordnungshaft bis zu 6 Monaten, zu vollstrecken an ihrem Vorstand, es zu unterlassen, 1. Kostenvoranschläge der Ast. zur Versorgung von bei der Ag. versicherten Patienten mit ärztlich verordneten Verbrauchshilfsmitteln zu einem Teilbetrag abzulehnen, insbesondere in Form einer Preiskürzung, wenn sich die betreffenden Versicherten für die Ast. als Lieferanten entschieden haben, die von diesen angebotenen Preise marktüblich und die von der Antragsgegnerin ermittelten Preise nicht anhand der Vorgaben von § 127 SGB V erfolgt sind, 2. Kostenvoranschläge der Ast. zur Versorgung von bei der Ag. versicherten Patienten mit ärztlich verordneten Sondennahrung zu einem Teilbetrag abzulehnen, insbesondere in Form einer Preiskürzung, wenn sich die betreffenden Versicherten für die Ast. als Lieferanten entschieden haben und die von diesen angebotenen Preise marktüblich sind, wies das **SG** zurück.

Zum Unterlassungsantrag eines Hilfsmittelerbringers gegen "Umversorgungspraxis" s. **SG Hamburg**, Beschl. v. 17.02.2003 - S 22 KR 1917/02 ER - RID 03-04-108 (Beschwerde anhängig: LSG Hamburg - L 1 B 53/03 ER -).

8. HAUSHALTSHILFENVERTRAG: KÜNDIGUNG NACH FALSCHABRECHNUNGEN

LSG Hamburg, Urt. v. 22.09.2004 – L 1 KR 18/01 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-177

Haushaltshilfe, Falschbeurkundung, Falschabrechnung, Kündigung, Vertrag

SGB V § 132

Die **Kündigung eines Vertrages über die Versorgung von Haushaltshilfen** nach § 132 SGB V ist rechtmäßig, wenn **Falschbeurkundungen/Falschabrechnungen** (hier: Vorlage von Bestätigungen einer verstorbenen Versicherten) vorliegen. Dieser Umstand stellt einen wichtigen Grund für die Kündigung vom 10.06. zum 30.06.1996 dar, zumal der Kl. zum Kündigungszeitpunkt den Verdacht nicht ausgeräumt hatte, dass die Ursache solcher erheblichen und schwerwiegenden Vertragsstörung in dem von ihm (am 01.03.1996 von seiner Ehefrau) übernommenen Betrieb noch nicht beseitigt worden war.

SG Hamburg, Urt. v. 21.09.2000 – S 23 KR 228/96 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

9. BESCHRÄNKUNG DER TRANSPORTKOSTEN

LSG Hessen, Urt. v. 29.04.2004 – L 14 KR 1370/00 –

RID 05-01-178

Krankentransport, Transportkosten, Bevollmächtigung, Vertretung, Geschäftsführung ohne Auftrag

SGB V §§ 60 I 1, 133 I; BGB § 638

Auch wenn ein **Vertrag über das Entgelt von Krankentransporten** nach § 133 I SGB V **nicht besteht**, kann zwischen Krankenhaus und Krankenkasse nach den Grundsätzen der Duldungs- und Anscheinsvollmacht der **Krankenhausarzt wirksam bevollmächtigt** sein (BSG SozR 3 – 2500 § 60 Nr. 6). Die Vergütungspflicht der Krankenkasse für den vom Krankenhausarzt vermittelten Transport ist aber auf die diesem übertragene Vertretungsmacht beschränkt. Ein darüber hinausgehender Anspruch kann nicht aus einer Geschäftsführung ohne Auftrag geltend gemacht werden.

SG Marburg, Urt. v. 30.08.2000 – S 6 KR 7/98 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

XI. SONDERKÜNDIGUNGSRECHT NACH KASSENFUSION

S. zuletzt RID 04-04-B XII (S. 75 ff.) und RID 04-03 B XVI (S. 67 ff.); in sieben Revisionsverfahren hat **BSG**, Urt. v. 02.12.2004 – B 12 KR 15/04 R – u.a. entschieden, dass ein Sonderkündigungsrecht auch nach Kassenfusion besteht (vgl. Presse-Mitteilung Nr. 65/04).

1. HAUPTSACHEVERFAHREN

A) BEJAHUNG EINES SONDERKÜNDIGUNGSRECHTS

SG Ulm, Urt. v. 23.09.2003 – S 1 KR 427/03 - rechtskräftig

RID 05-01-179

SG Ulm, Urt. v. 23.09.2003 – S 1 KR 428/03 - rechtskräftig

RID 05-01-180

SG Ulm, Urt. v. 23.09.2003 – S 1 KR 429/03 - rechtskräftig

RID 05-01-181

Ein Sonderkündigungsrecht besteht auch bei zeitgleicher Kassenfusion, da aus Sicht der Versicherten der Beitragssatz erhöht wird und die neue Krankenkasse in die Rechte und Pflichten der bisherigen Krankenkassen eintritt.

SG Stuttgart, Urt. v. 28.10.2003 – S 4 KR 5695/03 -

RID 05-01-182

Ein Sonderkündigungsrecht besteht auch dann, wenn die Beitragssatzerhöhung mit der Fusion zweier Krankenkassen zusammenfällt.

Die Kl. hatte im August 2003 zum 31.10.2003 gekündigt.

SG Stuttgart, Urt. v. 02.08.2004 – S 8 KR 4117/04 -

RID 05-01-183

Ein Sonderkündigungsrecht besteht auch dann, wenn die Beitragssatzerhöhung mit der Fusion zweier Krankenkassen zusammenfällt.

Wird der Antrag gestellt, dass eine Krankenkasse verpflichtet ist, einer Versicherten den aus der rechtswidrigen Verweigerung der Ausstellung einer Kündigungsbestätigung und der Verzögerung beim Kassenwechsel resultierenden Schaden zu ersetzen, soweit das Sozialgericht hierfür zuständig ist, so ist die Klage insoweit abzuweisen. Die Geltendmachung eines Differenzbetrages ist nicht Gegenstand eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruches.

SG Mannheim, Urt. v. 01.07.2004 – S 5 KR 1876/04 – www.justizportal-bw.de (link Pressemitteilungen) **RID 05-01-184**

Ein Sonderkündigungsrecht besteht unabhängig davon, aus welchem Grund der Beitrag erhöht wurde. Es besteht auch bei zeitgleicher Kassenfusion.

B) BEDINGUNGSVEREITELUNG DURCH KRANKENKASSE

SG Neuruppin, Urt. v. 14.10.2004 – S 9 KR 147/04 -

RID 05-01-185

Wird im Zuge einer **Fusion** zweier Betriebskrankenkassen der Beitragssatz erhöht, steht den Versicherten nach § 175 IV 5 SGB V ein **Sonderkündigungsrecht** zu.

Der Wirksamkeit einer Kündigung steht nicht entgegen, dass eine Versicherte bis zum Ablauf der Kündigungsfrist weder eine neue Krankenkasse gewählt hat noch eine Kündigungsbestätigung vorgelegt hat. Im Wege des sozialrechtlichen Herstellungsanspruches ist die Versicherte so zu stellen, als ob sie rechtzeitig eine neue Krankenkasse gewählt hätte und rechtzeitig eine neue Mitgliedschaftsbestätigung der gewählten Kasse vorgelegt hätte.

Selbst wenn ein sozialrechtlicher Herstellungsanspruch nicht bestünde, wäre das Fehlen von Kassenwahl und Kündigungsbestätigung nach dem Rechtsgedanken des § 162 I BGB unbeachtlich, wonach eine Bedingung als eingetreten gilt, wenn ihr Eintritt wider Treu und Glauben verhindert wird.

2. EINSTWEILIGE ANORDNUNGSVERFAHREN

A) RÜGE DER VERLETZUNG RECHTLICHEN GEHÖRS

LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 08.11.2004 – L 2 B 16/04 KR ER - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-186

Die Rüge der Verletzung rechtlichen Gehörs gegen *LSG Nordrhein-Westfalen*, Beschl. v. 08.07.2004 – L 2 B 16/04 KR ER - RID 04-03-159 wird zurückgewiesen.

Die Rüge der Verletzung rechtlichen Gehörs gegen einen im einstweiligen Anordnungsverfahren ergangenen Beschluss eines LSG ist **statthaft**. Das folgt aus der entsprechenden Anwendung von § 321a ZPO gem. § 202 SGG unter Beachtung der verfassungsrechtlichen Gewährleistung fachgerichtlichen Rechtsschutzes bei Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör. Die Rüge ist innerhalb der Frist von 2 Wochen beginnend mit der Zustellung des in vollständiger Form abgefassten Beschlusses zu erheben.

B) FEHLENDER ANORDNUNGSGRUND

SG Stuttgart, Beschl. v. 14.09.2004 – S 12 KR 5462/04 ER -

RID 05-01-187

Es fehlt an einem Anordnungsgrund, weil eine Rückabwicklungsmöglichkeit in Bezug auf die vom Versicherten gezahlten Beiträge besteht (vgl. LSG Baden-Württemberg, Beschl. v. 31.08.2004 – L 4 KR 3120/04 ER-B). Andernfalls fehlt es im Hinblick auf die Beitragsdifferenz an einem wesentlichen Nachteil. Eine Offensichtlichkeit des Anordnungsanspruchs ist nicht gegeben.

C) ANTRAG AUF AUFHEBUNG EINER EINSTWEILIGEN ANORDNUNG

LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 09.12.2004 – L 16 B 160/04 KR ER - www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 05-01-188

Ein Antrag auf Aufhebung einer einstweiligen Anordnung, mit der das SG Köln die Krankenkasse am 23.06.2004 zur unverzüglichen Ausstellung einer Kündigungsbestätigung nach § 175 I 1 SGB V verpflichtet hat, weil d. Ag. es versäumt habe, binnen Monatsfrist aus der erstrittenen Eilentscheidung zu vollstrecken (§ 86b II 4 SGG i. V. m. § 929 II ZPO, ist unzulässig, wenn bereits Beschwerde gegen den Beschluss erhoben worden war.

XII. RECHTSBEZIEHUNGEN ZWISCHEN KRANKENKASSEN/AUFSICHTSBEHÖRDEN

1. GENEHMIGUNG EINER BEITRAGSSATZSENKUNG (EINSTW. ANORDNUNG)

SG Ulm, Beschl. v. 08.10.2004 – S 1 A 2892/04 ER – (rechtskräftig)

RID 05-01-189

Krankenkasse, Satzung, Beitragssatz, Beitragssatzsenkung, Aufsichtsbehörde, Rechtsprüfung, Zweckmäßigkeitprüfung, Anordnungsgrund, Vorwegnahme der Hauptsache
SGB V §§ 194, 197, 195 I, 220 I, IV, 222 V; SGG § 86b II

Die **Überprüfung einer Krankenkassensatzung** durch die Aufsichtsbehörde ist, auch wenn es sich um eine **Beitragssatzsenkung** handelt, eine **Rechts-, keine Zweckmäßigkeitprüfung**.

Besteht ein hoher Grad der Wahrscheinlichkeit für den Erfolg auch in der Hauptsache, so kann einer einstweiligen Anordnung nicht das **Argument der Vorwegnahme der Hauptsache** entgegengehalten werden. Die Verpflichtung zur Genehmigung einer Beitragssatzsenkung ist genauso irreversibel wie eine Nichtgenehmigung.

2. ZENTRALER BEITRAGSEINZUG: ORDERSCHECKVERFAHREN/VERZUGSZINSEN

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 05.10.2004 – L 5 KR 223/02 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-01-190

Verzugszins, Bundesverband der Krankenkassen, Beitragseinzug, Orderscheckverfahren

SGB V i.d.F. bis 31.05.1990 § 28f IV 6; SGB V i.d.F. ab 01.06.1990 § 28f IV 7; SGB V § 28r I 2, II

Beim zentralen Beitragseinzug mussten in der Zeit vom 01.07.1989 bis 31.05.1998 die eingezogenen Beitragsgelder nicht durch Überweisung weitergeleitet werden. Zulässig war auch das Orderscheckverfahren.

SG Düsseldorf, Urt. v. 23.07.2002 – S 4 KR 218/98 – verurteilte unter Abweisung der weitergehenden Klage (10,2 Mio DM Verzugszinsen nach § 28r II SGB V) den beklagten Bundesverband der Krankenkassen zur Zahlung von Schadensersatz für den Zeitraum vom 01.01.1997 bis 31.05.1998. Die **Berufung** führte zur Klageabweisung.

XIII. ENTSCHEIDUNGEN DES BSG

1. KOSTENERSTATTUNG FÜR BEHANDLUNG IN EU-STAAT

BSG, Urt. v. 13.07.2004 - B 1 KR 33/02 R -

RID 05-01-191

Leitsatz:

Die Inanspruchnahme nichtärztlicher Krankenbehandlung im EU-Ausland zu Lasten einer deutschen Krankenkasse setzt trotz der im EG-Vertrag garantierten Dienstleistungsfreiheit eine entsprechende ärztliche Verordnung sowie eine Qualifikation des ausländischen Leistungserbringers voraus, die der im Inland verlangten vergleichbar ist.

2. HILFSMITTEL

A) HERSTELLUNG DER SCHULFÄHIGKEIT(NOTEBOOK-PC FÜR BLINDE)

BSG, Urt. v.22.07.2004 - B 3 KR 13/03 R -

RID 05-01-192

Leitsatz:

Eine Krankenkasse hat einen behinderten Schüler einer Sonderschule oder Regelschule nur dann mit einem der Herstellung oder Sicherung seiner Schulfähigkeit dienenden Hilfsmittel (hier: Notebook-PC für Blinde) auszustatten, wenn er noch der Schulpflicht unterliegt.

B) AUTOSCHWENKSITZ FÜR TRANSPORT SCHWERKRANKER

BSG, Urt. v. 16.09.2004 - B 3 KR 19/03 R -

RID 05-01-193

Leitsätze:

1. Einem Kostenerstattungsanspruch wegen einer zu Unrecht verweigerten Sachleistung steht nicht entgegen, dass die Aufwendungen nicht von dem Versicherten selbst, sondern von Angehörigen im Rahmen der Familienfürsorge übernommen worden sind.
2. Die Regelungen über die Verpflichtung der Krankenkassen zur Bezahlung von Krankenfahrten schließen nicht aus, dass für den Transport eines Versicherten zu Ärzten und Therapeuten ein schwenkbarer Autositz zu gewähren sein kann.

C) AUTOSCHWENKSITZ

BSG, Urt. v. 16.09.2004 - B 3 KR 15/04 R -

RID 05-01-194

Ein schwenkbarer Autositz kann ein Hilfsmittel iS des § 33 I 1, Alt 3 SGB V sein, weil er behinderungsbedingte Beeinträchtigungen eines Versicherten ausgleichen kann (Anschluss an BSG vom 26.2.1991 - 8 RKn 13/90 = SozR 3-2500 § 33 Nr 3; vgl BSG vom 16.9.2004 - B 3 KR 19/03 R).

3. PHYSIOTHERAPEUT: BESONDERE QUALIFIKATION FÜR "MANUELLE THERAPIE"

BSG, Urt. v.22.07.2004 - B 3 KR 12/04 R -

RID 05-01-195

Leitsatz:

Die in den Heilmittelrichtlinien und in Landesverträgen enthaltene Regelung, nach der zur Versorgung der Versicherten zugelassene Physiotherapeuten Leistungen der Manuellen Therapie (Zertifikatsposition) zu Lasten der Krankenkassen nur abrechnen dürfen, wenn sie eine Weiterbildung in dieser Behandlungstechnik absolviert haben, ist rechtmäßig.

4. SONDERKÜNDIGUNGSRECHT WEGEN BEITRAGSSATZERHÖHUNG

BSG, Urt. v. 02.12.2004 - B 12 KR 23/04 R -

RID 05-01-196

Leitsatz:

Das Sonderkündigungsrecht wegen Beitragssatzerhöhung besteht auch dann, wenn die Beitragssatzerhöhung mit einer Kassenfusion zusammentrifft.

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. ÄRZTLICHES BERUFSRECHT

1. ÄRZTLICHE WEITERBILDUNG: INNERE MEDIZIN/KLINISCHE GERIATRIE

OVG Niedersachsen, Beschl. v. 27.07.2004 – 8 LA 55/04 – www.dbovg.niedersachsen.de

RID 05-01-197

Ärztliche Weiterbildung, Weiterbildungsordnung, Übergangsbewerber, Übergangsregelung
WBO Niedersachsen § 23

Leitsatz:

Zu den Voraussetzungen für die Anerkennung einer zusätzlichen Weiterbildung nach § 23 der Weiterbildungsordnung der nds. Ärztekammer.

2. RUHEN DER ÄRZTLICHEN APPROBATION BEI ABRECHNUNGSBETRUG

OVG Niedersachsen, Beschl. v. 19.01.2005 – 8 ME 181/04 –

RID 05-01-198

Approbation, Ruhen, Arzt, sofortige Vollziehung, Sofortvollzug, Abrechnungsbetrug
BÄO § 6 I Nr. 1; GG Art. 12 I; VwGO § 80

Eingriffe in die Berufsfreiheit durch die Anordnung des **Ruhens der Approbation** unter Anordnung der sofortigen Vollziehung sind nur unter strengen Voraussetzungen zum Schutz wichtiger Gemeinschaftsgüter und unter strikter Beachtung des Grundsatzes der **Verhältnismäßigkeit** statthaft (vgl. **BVerfG**, Beschl. v. 12.03.2004 – 1 BvR 540/04 – RID 04-02-250, NVwZ-RR 2004, 545 ff., m. w. N.). Inwieweit ein **Abrechnungsbetrug** nach den strengen Vorgaben des BVerfG überhaupt noch geeignet ist, als Begründung für konkrete Gefahren für wichtige Gemeinschaftsgüter herangezogen zu werden, kann dahinstehen, wenn hinreichend konkrete Anhaltspunkte für die notwendige Prognose, dass der Ast. bei einer Wiederaufnahme seiner ärztlichen Tätigkeit durch falsches Abrechnungsverhalten seine Berufspflichten und damit zugleich ein wichtiges Gemeinschaftsgut verletzen wird, fehlen. Von Bedeutung ist es, dass seit dem letzten Betrugsvorwurf mehr als fünf Jahre vergangen sind und aus der Zeit von 1999 bis zum Jahresende 2003, in der der Ast. nach seinen Angaben einer vertragsärztlichen Tätigkeit nachgegangen ist, keine Verstöße gegen Berufspflichten, insbesondere durch unzutreffende Abrechnungen, bekannt geworden sind.

Zur Zulassungsentziehung s. **LSG Bayern**, Beschl. v. 09.09.2002 – L 12 B 87/02 KA ER - RID 05-01- 81 m.w.N. (S. 42).

3. SOFORTIGE VOLLZIEHUNG DES RUHENS DER APPROBATION (§ 174c StGB)

VG Minden, Beschl. v. 17.11.2004 – 7 L 905/04 – www.justiz.nrw.de

RID 05-01-199

Straftat, sexueller Missbrauch, Ruhen, Approbation

BÄO § 6 I Nr. 1; VwGO § 80 III; StGB § 174c; GG Art. 12 I

Die Erhebung der Anklage wegen des Verdachts einer **Straftat** nach § 174c StGB (**sexueller Missbrauch**) zum Nachteil einer Patientin rechtfertigt die sofortige Vollziehung der Anordnung des Ruhens der Approbation.

4. BERUFSPFLICHTVERLETZUNG: NICHTBETEILIGUNG EINES ASSISTENZARZTES

Ärztliches Berufsgericht Niedersachsen, Urt. v. 17.11.2004 – BG 19/02 –

RID 05-01-200

Chefarzt, Liquidationsrecht, Berufspflichtverletzung

BO Ärztekammer Niedersachsen § 29 III

Ein **Chefarzt** eines Stadtkrankenhauses, der einem Assistenzarzt, der Bereitschaftsdienste versieht und in diesem Rahmen auch Röntgenbilder, Phlebographien und CT's veranlasst und befundet und der als dessen Vertreter in der Abrechnung gegenüber der KV angegeben wird und der somit für ihn als liquidationsberechtigten Arzt eine abrechnungsfähige Leistung erbracht hat, von seinem **Ertrag** in keinsten Weise etwas **abführt**, begeht eine **Berufspflichtverletzung** (§ 29 III 2 BO Ärztekammer Niedersachsen).

5. AUßERBERUFL. VERHALTEN/VERLETZENDE ÄUßERUNGEN IN INTERNETFOREN

VG Frankfurt a. M., Berufsg. f. Heilberufe, Urt. v. 19.10.2004 – 21 BG 1748/04 -

RID 05-01-201

www.olg-frankfurt.justiz.hessen.de

Berufsvergehen, Internet, Meinungsfreiheit

Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen §§ 29; HessHeilberufsgesetz § 22

Leitsätze:

1. Herabsetzende und die Menschenwürde anderer verletzende Äußerungen eines sich als Arzt zu erkennen gebenden Arztes in Internetforen verstoßen gegen ärztliches Berufsrecht.
2. Auch außerberufliches Verhalten eines Arztes kann nach wie vor als Berufsvergehen geahndet werden. Dabei ist der Wandel der Anschauungen in der disziplinarischen Wertung angemessen zu berücksichtigen.
3. Das Grundrecht der Meinungsfreiheit erfordert eine genaue Auswertung des Sachverhalts und Abwägung der mit der öffentlichen Meinungsäußerung verfolgten Ziele.
4. Fernbehandlung über das Internet verstößt gegen Berufsrecht.

6. EUGH: ZUGANG ZU ARZTSTELLEN IN DER ALLGEMEINMEDIZIN

EuGH, 1. Ka., Urt. v. 18.11.2004 – C-10/02 und C-11/02 - www.curia.eu

RID 05-01-202

Anna Fascicolo u. a. gegen Regione Puglia sowie Grazia Berardi u. a. gegen Azienda Unità Sanitaria Locale BA/4 u. a.

Freizügigkeit, Arzt, Anerkennung von Diplomen, Prüfungszeugnissen und sonstigen Befähigungsnachweisen
Richtlinie 86/457/EWG; Richtlinie 93/16/EWG

1. Die Mitgliedstaaten sind nach Artikel 36 Absatz 2 der Richtlinie 93/16/EWG des Rates vom 5. April 1993 zur Erleichterung der Freizügigkeit für Ärzte und zur gegenseitigen Anerkennung ihrer Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise nicht verpflichtet, hinsichtlich des Zugangs zu Arztstellen in der Allgemeinmedizin die vor dem 1. Januar 1995 erlangte Zulassung zur Ausübung der Tätigkeit des Arztes für Allgemeinmedizin im Rahmen des nationalen Gesundheitssystems als dem Erwerb des Nachweises über die spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin gleichwertig anzusehen.
2. Artikel 36 Absatz 2 der Richtlinie 93/16 hindert die Mitgliedstaaten nicht daran, den Ärzten, die sowohl den Nachweis über die Ausbildung in der Allgemeinmedizin besitzen als auch am 31. Dezember 1994 zur Ausübung des Berufes des Arztes für Allgemeinmedizin im Rahmen des nationalen Gesundheitssystems zugelassen waren,
 - mehr Stellen vorzubehalten als den Ärzten, die den genannten Nachweis besitzen, oder den zugelassenen Ärzten, indem ihnen gestattet wird, sich gleichzeitig in diesen beiden Kategorien von vorbehaltenen Stellen zu bewerben;
 - ihnen als weitere Vorzugsbehandlung die zusätzlichen Punkte für den vorgenannten Nachweis zuzuerkennen, wenn sie sich im Rahmen der Stellenquote bewerben, die den am 31. Dezember 1994 zugelassenen Ärzten vorbehalten sind.

II. ÄRZTLICHE, PSYCHOTHERAPEUTISCHE UND ZAHNÄRZTLICHE BERUFS AUSÜBUNG

1. UNZULÄSSIGKEIT EINES ISOLIERTEN HANDELS MIT VERTRAGSARZTSITZ

OLG Hamm, Urt. v. 23.11.2004 – 27 U 211/03 – www.justiz.nrw.de

RID 05-01-203

Gemeinschaftspraxis, Kündigung, BGB-Gesellschaft, Gesellschafter, Vertragsarztsitz, Praxisverkauf

SGB V § 103 IV bis VI; BGB § 1004

Leitsätze:

1. Die "Hinauskündigung" eines Partners einer ärztlichen Gemeinschaftspraxis aus wichtigem Grund ist auch bei erheblichen Pflichtverletzungen dieses Partners erst dann zulässig, wenn andere, mildere Mittel keinen Erfolg versprechen und nach einer Gesamtabwägung aller maßgebenden Umstände dem oder den verbleibenden Partnern die Fortführung des Gesellschaftsverhältnisses in der bisherigen Form nicht mehr zumutbar ist. Ggf. ist zuvor die Inanspruchnahme gerichtlicher Hilfe gegen ein objektiv vertragswidriges Verhalten erforderlich.

2. Hat einer der Gesellschafter gerichtliche Hilfe in Anspruch genommen und eine einstweilige Verfügung gegen seinen Mitgesellschafter erwirkt, so kann es die fristlose Kündigung rechtfertigen, wenn letzterer auch danach sein vertragswidriges Verhalten fortsetzt und sich nicht an die gerichtliche Verfügung hält.

3. Der Verkauf eines Vertragsarztsitzes ist nach § 103 Abs. 4 bis 6 SGB V nicht zulässig.

2. KONKURRENZSCHUTZKLAUSEL IN ZAHNÄRZTL. PRAXISVERTRAG

OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 15.09.2004 – 19 U 34/04 - www.olg-frankfurt.justiz.hessen.de

RID 05-01-204

Zahnarzt, Praxisübernahme, Konkurrenzverbot, Berufsfreiheit, Rückkehrverbot, Sittenwidrigkeit
BGB § 138

Leitsatz:

Das einem Zahnarzt in einem Praxisübernahmevertrag auferlegte Verbot, im Umkreis von 10 km eine eigene Zahnarztpraxis zu betreiben, ist sittenwidrig und trotz einer vertraglich vereinbarten Erhaltungsklausel nichtig.

3. BVERFG: ANSPRUCH AUF MITTEILUNG DES UNTERSUCHUNGSERGEBNISSES

BVerfG, 1. Sen., 2. Ka., Beschl. v. 18.11.2004 – 1 BvR 2315/04 - www.bverfg.de

RID 05-01-205

Behandlungsvertrag, Arzt, Patient, Kassenpatient, Untersuchung, Untersuchungsbericht
GG Art. 1 I, 2 I, 3 I; BGB § 611

Ein Anspruch auf Mitteilung des Untersuchungsergebnisses kann sich aus einem Behandlungsvertrag Arzt - Patient (§ 611 BGB) ergeben. Für das Zustandekommen des Behandlungsvertrags ist es ohne Belang, ob es sich bei dem Patienten um einen Privat- oder Kassenpatienten handelt, denn auch der Kassenpatient schließt mit dem Vertragsarzt einen privatrechtlichen Behandlungsvertrag ab.

Aus dem Behandlungsvertrag ergibt sich für den Arzt die Pflicht zur Untersuchung und Behandlung des Patienten. Außerdem ist der Arzt grundsätzlich verpflichtet, den Patienten über dessen Leiden und den Verlauf bei behandelter und unbehandelter Form zu unterrichten. Zur Erfüllung dieses Anspruchs reicht es üblicherweise aus, dass der behandelnde Arzt dem Patienten die Diagnose mündlich erläutert. Bei Schwerhörigkeit des Patienten gehört es zu den vertraglich geschuldeten Pflichten eines Arztes, die Ergebnisse der Untersuchung der Beschwerdeführerin schriftlich zugänglich zu machen.

4. BESCHRÄNKTE HERAUSGABEPFLICHT PSYCHIATRISCHER BEHANDLUNGSUNTERLAGEN

AG Saarbrücken, Urt. v. 04.05.2004 – 42 C 283/03 -

RID 05-01-206

Behandlungsunterlagen, Behandlungsvertrag, Psychiater, Arzt, Erziehungsberechtigter, Patient
BGB §§ 242, 611, 810

Ein Patient hat grundsätzlich Anspruch auf Einsicht in die ärztlichen Behandlungsunterlagen in deren Gesamtheit gem. §§ 611, 242 BGB als Nebenanspruch aus dem Behandlungsvertrag. Ein besonderes rechtliches Interesse muss nicht dargetan werden (vgl. BGHZ 85, 327). Demgegenüber ist § 810 BGB auf die Teile der Behandlungsunterlagen beschränkt, die Urkundenqualität aufweisen.

Bei einer psychiatrischen Behandlung kann der Arzt Einblick in die Behandlungsunterlagen verweigern, wenn dem schützenswerte, vom Arzt im Prozess näher zu kennzeichnende Interessen des Patienten, des Arztes selbst oder dritter Personen entgegen stehen. Es entspricht bereits dem Grundkonzept des Behandlungsvertrages, dass der Arzt dem Patienten keinerlei Informationen zugänglich macht, deren Kenntnis geeignet wäre, den Zustand des Patienten zu verschlimmern (vgl. BGHZ 85, 339).

Enthalten die Unterlagen Aussagen über den Zusammenhang der Verhaltensproblematik der Tochter der Klägerin mit Interaktionsproblemen zwischen Mutter und Kind, die als mitursächlich für die Auffälligkeiten der 17-jährigen Tochter beurteilt werden, und wäre es für die Tochter schädlich, wenn ihr die Unterlagen lediglich durch die Mutter zugänglich gemacht würden, so kann die Herausgabe vom Arzt verweigert werden. Die Angabe genauer Details ist nicht erforderlich, da dies einer Offenlegung gleichkäme (vgl. BGHZ 106, 146). Die Rechte einer behandelten, beschränkt geschäftsfähigen Tochter können der Mutter als Erziehungsberechtigte nicht in gleichem Umfang zukommen, insbesondere kann sie sich nicht auf das Recht zur Selbstbeschädigung berufen.

5. WERBUNG MIT VITAMINPRODUKTEN BEI AKUTER KREBSEKANKUNG

KG Berlin, Urt. v. 30.11.2004 – 5 U 55/04 – www.kammergericht.de

RID 05-01-207

Arztwerbung, Heilmittelwerbung

UWG a. F. § 1 (UWG n. F. §§ 3, 4 Nr. 11); HWG §§ 11 I Nr. 3, 12 I

Ein Arzt darf für Vortragsveranstaltungen über seine besonderen Naturheilverfahren nicht mit Angaben, wonach die von ihm gehandelten Produkte, Vitamine und Mineralien auch Krankheiten wie Krebs erfolgreich bekämpfen können, und mit Krankheitsgeschichten werben. Das HWG schränkt die Möglichkeit der allgemeinen Werbung außerhalb von Fachkreisen ein. Damit soll verhindert werden, dass jemand glaubt, er könne ein auch bei ihm vorliegendes Leiden durch die Einnahme des beworbenen Präparates heilen, und daher von einem Arztbesuch absehen, den er ohne die Werbung gemacht hätte und der noch zum rechtzeitigen Erkennen ernster Leiden geführt hätte. Der Schutz der Krebspatienten, die aufgrund der Werbung schulmedizinisch gebotene Heilbehandlungen eigenmächtig abbrechen und auf Dr. R.-Produkte vertrauen, steht im Vordergrund.

6. „BRUSTZENTRUM NORDSCHWABEN“ ALS UNLAUTERER WETTBEWERB

OLG München, Urt. v. 11.11.2004 – 29 U 4629/04 – rechtskräftig

RID 05-01-208

Brustzentrum, Radiologe, Mammographie

UWG §§ 3, 5 I, II Nr. 3, 8 I

Leitsätze:

1. Die von der Bezeichnung eines Zusammenschlusses von Ärzten zur Behandlung des Mammakarzinoms als "Brustzentrum" angesprochenen Verkehrskreise sind nicht nur potentielle Patientinnen, sondern auch niedergelassene Ärzte, die üblicherweise als sog. "Einweiser" betroffene Frauen an Spezialisten der verschiedenen Fachrichtungen weiterleiten.
2. Der Bedeutungsinhalt des Begriffs "Brustzentrum", der sich derzeit erst ausformt, wird maßgeblich durch diejenigen Kreise näher umrissen, die mit der im Gesundheitswesen gegenwärtig verstärkt beachteten Thematik des Mammakarzinoms befasst sind.

7. BGH: UNTERLASSUNGSANSPRUCH GG. ABTREIBUNGSGEGNER VOR PRAXIS

BGH, Urt. v. 07.12.2004 – VI ZR 308/03 – www.bundesgerichtshof.de

RID 05-01-209

Gynäkologe, Abtreibung, Praxis, Meinungsäußerungsfreiheit, Unterlassungsanspruch, Persönlichkeitsrecht

BGB §§ 823, 1004; GG Art. 1, 2 I, 4 I, 5 I 1, 12; StGB § 218a I

Leitsätze:

Wird ein Gynäkologe in unmittelbarer Nähe seiner Praxis gegenüber Passanten in Gesprächen über das Thema "Abtreibung" als Arzt namentlich unter Hinweis darauf benannt, dass er Abtreibungen vornehme, tritt das Recht auf Meinungsäußerung hinter das Recht auf Schutz des allgemeinen Persönlichkeitsrechts des betroffenen Arztes zurück (Fortführung des Senatsbeschlusses vom 1. April 2003 - VI ZR 366/02 -).

III. ARZTHAFTUNG

1. BGH: SICHERUNGSaufKLÄRUNG

BGH, Urt. v. 16.11.2004 – VI ZR 328/03 – www.bundesgerichtshof.de

RID 05-01-210

Sicherungsaufklärung, Augenarzt, Netzhautablösung, Behandlungsfehler, Beweislast, Kontrolluntersuchung

BGB § 823; ZPO § 286

Leitsatz:

Eine Verletzung der Pflicht des behandelnden Arztes zur therapeutischen Aufklärung (Sicherungsaufklärung), die als grober Behandlungsfehler zu werten ist, führt regelmäßig zu einer Umkehr der objektiven Beweislast für den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Behandlungsfehler und dem Gesundheitsschaden, wenn sie geeignet ist, den eingetretenen Schaden zu verursachen; eine Wahrscheinlichkeit für ein Ergebnis einer Kontrolluntersuchung ist in einem solchen Fall nicht erforderlich (Fortführung von BGH, Urteil vom 27. April 2004 - VI ZR 34/03 - VersR 2004, 909, zur Veröffentlichung in BGHZ bestimmt).

2. BGH: UNTERHALTSAUFWENDUNGEN FÜR DURCH RÖTELN GESCHÄDIGTEN SOHN

BGH, Urt. v. 21.12.2004 – VI ZR 196/03 - www.bundesgerichtshof.de

RID 05-01-211

Hausarzt, Geburt, Röteln, Schwangerschaft, Hautausschlag, Unterhalt
BGB § 823

Leitsatz:

Die mit der Geburt eines durch eine Erkrankung der Mutter an Röteln schwer geschädigten Kindes verbundenen wirtschaftlichen Belastungen sind nicht allein deshalb Gegenstand des jeweiligen Behandlungsvertrages mit dem Hausarzt oder dessen niedergelassenem Urlaubsvertreter, weil die Mutter diese Ärzte zur Abklärung und Behandlung eines Hautausschlags aufgesucht und im Laufe der Behandlung ihre Schwangerschaft erwähnt hatte.

3. BGH: HAFTUNG DES BETREIBERS EINES GEBURTSHAUSES

BGH, Urt. v. 07.12.2004 – VI ZR 212/03 - www.bundesgerichtshof.de

RID 05-01-212

Geburtshaus, Hebamme, ärztliche Leistung, ,
BGB §§ 823, 847 I

Leitsatz:

Zur Haftung des Betreibers eines Geburtshauses, in dessen Prospekt neben der Betreuung durch Hebammen auch ärztliche Leistungen in Aussicht gestellt werden.

4. AUFKLÄRUNGSVERSÄUMNIS RECHTFERTIGT KEIN SCHMERZENSGELD

Aufklärungspflicht, Routineoperation, Patienteneinwilligung, Schmerzensgeld, Teilschmerzensgeld
BGB §§ 276, 611, 823 I, 831, 847 I

OLG Koblenz, Urt. v. 01.04.2004 - 5 U 844/03 - juris = GesR 2004, 330 = MedR 2004, 501

RID 05-01-213

Leitsätze:

1. Über das Misserfolgsrisiko einer Operation ist selbst dann **aufzuklären**, wenn der konkrete Eingriff in diesem Krankenhaus noch nie misslungen ist. Die Aufklärung muss sich insbesondere auf die Gefahr erstrecken, dass die Operation sogar zu einer Verschlimmerung der Beschwerden führen kann (hier: Hüftgelenkoperation).
2. Eine **hypothetische Einwilligung** darf der Tatrichter grundsätzlich erst nach persönlicher Anhörung des Patienten annehmen.
3. War der ärztliche Eingriff trotz des Aufklärungsversäumnisses kraft hypothetischer Einwilligung rechters, kann wegen des bloßen **Aufklärungsmangels** kein **Teilschmerzensgeld** zuerkannt werden (gegen OLG Jena, 3. Dezember 1997, 4 U 687/97, MDR 1998, 536).

OLG Koblenz, Urt. v. 24.06.2004 - 5 U 331/04 - ZMGR 2004, 163 = GesR 2004, 411

RID 05-01-214

Leitsätze:

1. Über einen Feststellungsantrag darf nicht durch Grundurteil entschieden werden.
2. Eine Zurückverweisung nach § 538 Abs. 2 Nr. 4 ZPO kommt auch dann in Betracht, wenn der Anspruchsgrund offen bleibt und ansonsten nicht auszuschließen ist, dass es in erster und zweiter Instanz zu einander widersprechenden Sachentscheidungen kommt.
3. Ein folgenlos gebliebenes ärztliches **Aufklärungsversäumnis** rechtfertigt kein Schmerzensgeld.
4. Der Widerklage eines Arztes auf Erstattung der Kosten eines Detektivs, der die klagende Patientin als SimulantIn entlarvt haben soll, fehlt das Rechtsschutzinteresse. Es handelt sich um Prozesskosten, die im Verfahren nach §§ 103ff. ZPO festgesetzt werden können.

5. HONORARANSPRUCH TROTZ UNZUREICHENDER RISIKOAUFKLÄRUNG

OLG Nürnberg, Urt. v. 16.07.2004 - 5 U 2383/03 – NJW RR 2004, 1543 = www.super-illu.de/recht

RID 05-01-215

Honorar, Risikoaufklärung, Hüftoperation, Vergütungsanspruch; Schmerzensgeldanspruch, Nervenlähmung
BGB §§ 276, 611, 823 I, 847 I

Leitsätze:

1. Zu den Anforderungen an die ärztliche Aufklärung vor Einsetzen einer Hüftkopendoprothese.
2. Eine unzureichende Risikoaufklärung lässt den Vergütungsanspruch des Arztes unberührt, wenn die Operation tatsächlich zum Erfolg geführt hat.

6. COMPUTERUNTERSTÜTZTES FRÄSVERFAHREN („ROBODOC“)

OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 07.12.2004 - 8 U 194/03 – www.olg-frankfurt.justiz.hessen.de

RID 05-01-216

Fräsverfahren, Robodoc, Hüftgelenksendoprothese, Behandlungsfehler, Neulandmethode, Hüftoperation
BGB §§ 823 I

Leitsätze:

1. Die Anwendung des computerunterstützten Fräsverfahrens ("Robodoc") am coxalen Femur (Hüft-Oberschenkelknochen) bei Implantation einer Hüftgelenksendoprothese stellt nicht bereits als solche einen Arztfehler dar.
2. Die Wahl der Behandlungsmethode ist primär Sache des Arztes (BGH NJW 1988, 765, 766 = VersR 1988, 190, 191). Hier handelt es sich aber darum, ob die beklagten Ärzte der Klägerin das roboterunterstützte Verfahren angesichts seiner Neuheit und der damit verbundenen Risiken überhaupt vorschlagen durften. Diese Frage ist zu bejahen, da die neue Methode dem herkömmlichen manuellen Verfahren bei Abwägung der Vor- und Nachteile nicht unterlegen war. Daher konnten die Ärzte der Beklagten zu 1) ihrer Patientin die neue Methode zur Behandlung ihrer Hüftgelenkserkrankung als Alternative vorschlagen.
3. Die Anwendung des neuen Verfahrens setzt voraus, dass die Ärzte die Patienten darüber aufklären, dass es sich um eine neue Methode handelt, die noch nicht lange praktiziert wird und dass es daneben noch das herkömmliche Verfahren mit ausschließlich manueller Technik gibt. Der Patient muss außerdem auf die wesentlichen Unterschiede beider Verfahren hingewiesen werden, insbesondere darauf, dass die Operation mit der neuen Methode länger dauert und dass eine Voroperation zur Anbringung von Pins (Markierungsstifte) am Oberschenkelknochen erforderlich ist.

7. BELEGKRANKENHAUS: BESCHRÄNKTE HAFTUNG DES KRANKENHAUSTRÄGERS

OLG Karlsruhe, Urt. v. 13.10.2004 – 7 U 122/03 -

RID 05-01-217

Belegkrankenhaus, Belegarzt, Organisationspflicht, Beweislast
BGB §§ 823 I, 847

Leitsätze:

1. Ob die Ausstattung eines Belegkrankenhauses ausreicht, um die nach der Eingangsdiagnose zu erwartende ärztliche Behandlungsaufgabe bewältigen zu können, ist eine dem Aufgabenkreis des Belegarztes zuzurechnende Entscheidung, für die der Träger des Belegkrankenhauses in der Regel nicht haftet.
2. Der Geschädigte, der aus der Verletzung einer Organisationspflicht die Haftung des Trägers des Belegkrankenhauses herleiten will, trägt die Beweislast dafür, dass die Verletzung der Organisationspflicht für seine Schädigung ursächlich wurde.

8. GEMEINSCHAFTSPRAXIS MIT BELEGÄRZTEN

OLG Zweibrücken, Urt. v. 23.11.2004 – 5 U 11/03 -

RID 05-01-218

Gemeinschaftspraxis, Belegarzt, ambulante Behandlung, stationäre Behandlung, Gynäkologe, Geburtshilfe
BGB § 133, 157, 278

Zur Haftung nach den Grundsätzen zur ärztlichen Gemeinschaftspraxis, wenn die Ärzte als Belegärzte im selben Krankenhaus tätig sind und die in der Einzelpraxis einer dieser Ärzte begonnene ambulante Behandlung eines Patienten in diesem Krankenhaus stationär fortgesetzt wird.

Wenn denn Belegärzte eines Krankenhauses gegenüber Patienten des Krankenhauses bei deren stationären Behandlung gemeinschaftlich - als Belegärztegemeinschaft - auftreten, ist es der Interessenlage und der Verkehrsauffassung zu entnehmen, dass der Patient regelmäßig zu allen Belegärzten in vertragliche Beziehungen treten will, weil es auf der Hand liegt, dass er die haftungsrechtlichen Vorteile der Gemeinschaftspraxis nutzen will. Dies gilt auch dann, wenn der Patient vor seiner stationären Aufnahme im Rahmen der ambulanten Behandlung nur zu einem der Belegärzte alleine in vertragliche Beziehungen stand.

9. ZAHNÄRZTLICHER BEHANDLUNGSVERTRAG: ERFÜLLUNGORT/GERICHTS- STAND

OLG Düsseldorf, Urt. v. 14.09.2004 – I-8 U110/03 - www.justiz.nrw.de

RID 05-01-219

Zahnarzt, Behandlungsvertrag, Erfüllungsort, Gerichtsstand, Dienstvertrag
ZPO §§ 29; BGB a.F. § 269

Bei einem zahnärztlichen Behandlungsvertrag stellt der Praxissitz des Zahnarztes den gemeinsamen Erfüllungsort dar (vgl. bereits Senatsurt. v. 13.02.2003 – 8 U 99/02 - www.justiz.nrw.de). BGH NJW-RR 2003, 192, wonach bei einem anwaltlichen Dienstvertrag im Regelfall kein gemeinschaftlicher besonderer Gerichtsstand begründet ist, gibt keinen Anlass, von dieser Auffassung abzuweichen. Der Schwerpunkt des zahnärztlichen Behandlungsvertrages liegt am Sitz des Zahnarztes.

IV. GENERALANWALT EUGH: BEHANDLUNGSKOSTEN IN DER SCHWEIZ

Generalanwalt EuGH, Antrag v. 13.01.2005 - C-145/03 - (Erben der Annette Keller) www.curia.eu

RID 05-01-220

1. Die Formblätter E-111 und E-112, wie sie in Artikel 22 Absatz 1 Buchstaben a und c der Verordnung Nr. 1408/71 und Artikel 22 Absätze 1 und 3 der Verordnung Nr. 574/72 vorgesehen sind, sind für den zuständigen Träger, der sie ausstellt, bezüglich der vom Träger des Aufenthalts- oder Wohnorts gestellten Diagnose bindend; dies gilt auch für die Entscheidung, den betreffenden Arbeitnehmer für eine lebensrettende Notoperation an eine Gesundheitseinrichtung eines nicht zur Europäischen Union gehörenden Staates (Schweiz) zu überweisen, ohne dass der zuständige Träger berechtigt wäre, vom Arbeitnehmer die Rückkehr zu verlangen, um ihn den angemessen erscheinenden medizinischen Untersuchungen unterziehen und ihm für seine Erkrankung geeignete Behandlungsmöglichkeiten anbieten zu können.

2. Der in Artikel 3 der Verordnung Nr. 1408/71 verankerte Grundsatz der Gleichbehandlung in Verbindung mit Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe c Ziffer i der Verordnung Nr. 1408/71 ist dahin auszulegen, dass der zuständige Träger verpflichtet ist, die Kosten der ärztlichen Behandlung eines Arbeitnehmers, der die Erlaubnis zur Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat erhalten hat, durch einen Nichtmitgliedstaat zu übernehmen, wenn feststeht, dass der Arbeitnehmer, wäre er dem Träger des Aufenthalts- oder Wohnorts angeschlossen, Anspruch auf diese medizinische Leistung gehabt hätte, und wenn ferner diese Behandlung zu den nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Staates vorgesehenen Leistungen gehört.

V. PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG/GOÄ/GOZ/BEIHILFE

1. BVERFG: INDIVIDUALVEREINBARUNG NACH GOZ

BVerfG, 1. Sen., 2. Ka., Beschl. v. 25.10.2004 – 1 BvR 1437/02 - www.bverfg.de

RID 05-01-221

Gebührenordnung, Honorarvereinbarung, Individualvereinbarung
GG Art. 12 I; GOZ

Die **Einschränkung der freien Honorarvereinbarung** nach der Gebührenordnung ist durch vernünftige Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt (vgl. dazu BVerfGE 68, 319 <327 ff.>; vgl. a. BVerfG, Beschl. der 2. Ka. des 1. Sen., NJW 1992, S. 737 für die GOÄ).

Die Statuierung einer **Inhaltskontrolle für Formularverträge** zum Schutz der anderen Vertragspartei gegenüber den Verwendern von AGB ist verfassungsrechtlich unbedenklich.

Die Rechtsprechung des **BGH**, wonach eine **Überschreitung des Gebührenrahmens** des § 5 GOZ in **AGB** nicht möglich ist (vgl. BGHZ 115, 391), begegnet keinen verfassungsrechtlichen Bedenken.

Die Anwendung des **AGB-Gesetzes auf Honorarvereinbarungen** ist im Grundsatz von Verfassungs wegen nicht zu beanstanden. Dass ein Zahnarzt dadurch eine Honorarvereinbarung nur in Form einer Individualabrede treffen kann, belastet den Berufsstand nicht unverhältnismäßig. Damit wird dem Schutzbedürfnis des Patienten Rechnung getragen.

Unter Berücksichtigung der Vorgaben des Ordnungsgebers, die keinen erläuternden Text und keine ergänzenden Vertragsvereinbarungen zulassen (vgl. § 2 II GOZ), ist der Inhalt der **Individualvereinbarung** auf die in Betracht kommenden Gebührensätze und auf die für sie jeweils vereinbarten

Gebührensätze beschränkt. Alle anderen Teile müssen für sämtliche Verträge identisch sein. Wo aber wegen des besonderen Aufwandes einer Leistung eine angemessene Vergütung durch den vorgegebenen Gebührenrahmen nicht mehr gewährleistet ist, bedarf es einer **Öffnungsklausel**, die im Einzelfall ein Abweichen von der Gebührenordnung erlaubt. Damit wird sichergestellt, dass dem Leistungserbringer nicht unangemessen niedrige Vergütungssätze oder von ihm abgelehnte Leistungsstandards zugemutet werden.

Eine **Individualvereinbarung** kann nicht erst dann bejaht werden, wenn der auf den einzelnen Behandlungsposten zu veranschlagende Gebührensatz ernsthaft zur Disposition des Patienten gestellt, dem Patienten also ein Mitspracherecht zur Angemessenheit der Bezahlung für die noch zu erbringende Leistung eingeräumt würde. Es sind keine schutzwürdigen Belange der Patienten erkennbar, die eine Individualvereinbarung nur dann zuließen, wenn der **Preis zur Verhandlungssache** erklärt wird. Es besteht auch nicht etwa dieselbe **Interessenlage** wie **im System der gesetzlichen Krankenversicherung**, das im Hinblick auf die soziale Schutzbedürftigkeit der Versicherten und die Sicherstellung ihrer Versorgung Marktmechanismen weitgehend ausschaltet, von dessen Stabilität die Leistungserbringer aber gleichzeitig profitieren, weshalb sie auch in erhöhtem Maße der Einwirkung sozialstaatlicher Gesetzgebung unterliegen (vgl. BVerfGE 103, 172 <185, 186>). Die gesetzliche Krankenversicherung stellt auch nur Standard-Leistungen als notwendig und geschuldet zur Verfügung.

2. BGH: WAHLEISTUNGSVEREINBARUNG

Wahlleistungsvereinbarung, Arztkosten

BPfIV § 22 II 1 Halbs. 2

BGH, Urt. v. 08.01.2004 – III ZR 375/02 - www.bundesgerichtshof.de
NJW 2004, 686 = GesR 2004, 139 = MedR 2004, 442

RID 05-01-222

Leitsatz:

Der Abschluss einer wirksamen Wahlleistungsvereinbarung setzt nicht voraus, dass dem Patienten vor Abschluss der Vereinbarung, wie bei einem Kostenvoranschlag nach § 650 BGB, detailliert und auf den Einzelfall abgestellt die Höhe der voraussichtlich entstehenden Arztkosten mitgeteilt wird (Fortführung zum Senatsurt. v. 27.11.2003 - III ZR 37/03, zur Veröffentlichung in BGHZ vorgesehen).

BGH, Urt. v. 04.11.2004 – III ZR 201/04 - www.bundesgerichtshof.de

RID 05-01-223

Leitsatz:

Zur Pflicht eines Krankenhauses, den Patienten vor Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung über die Entgelte und den Inhalt der wahlärztlichen Leistungen zu unterrichten (Fortführung der Senatsurteile BGHZ 157, 87 ff, vom 8. Januar 2004 - III ZR 375/02 - NJW 2004, 686 und vom 22. Juli 2004 - III ZR 355/03 - NJW-RR 2004, 1428).

3. BGH: BEHANDLUNG DURCH SPRECHLEHRERIN (METHODE SCHLAFFHORST-ANDERSEN)

BGH, Urt. v. 27.10.2004 – IV ZR 141/03 - www.bundesgerichtshof.de

RID 05-01-224

Krankheitskostenversicherung

AGBG §§ 3, 9

Leitsatz:

Zur Wirksamkeit von Leistungsbeschränkungen in den Tarifbedingungen einer Krankheitskostenversicherung (hier: Beschränkung der Erstattungsfähigkeit auf Aufwendungen für ärztliche Behandler im Bereich der Stimm-, Sprach- und Sprachübungsbehandlung).

Nach dem *BGH* begegnet eine **Beschränkung** der Erstattungsfähigkeit auf Aufwendungen für **ärztliche Behandler** im Bereich der Stimm-, Sprech- und Sprachübungsbehandlung, wie sie der vom Kl. gewählte Tarif vorsieht, keinen rechtlichen Bedenken. Sie führt nicht zu einer Aushöhlung des Vertrages und damit dazu, dass der Versicherungsvertrag in Bezug auf das zu versichernde Risiko zwecklos wird (vgl. BGHZ 137, 174, 176). Es wird insbesondere keine bestimmte Behandlungsmethode vom Leistungsumfang ausgenommen, sondern über § 6 (2) AVB-G wird die Erstattungsfähigkeit lediglich auf die Behandlung durch niedergelassene approbierte Ärzte beschränkt.

4. KÜNSTLICHE BEFRUCHTUNG

A) PKV: KEIN ANSPRUCH AUF ZWEITES KIND

OLG Bamberg, Urt. v. 28.09.2004 - I U 98/04 – VersR 2005, 211

RID 05-01-225

Private Krankenversicherungen müssen nur für das erste Kind die Kosten für eine künstliche Befruchtung tragen. Die Kosten für eine weitere künstliche Befruchtung, um ein zweites Kind zu bekommen, müssen die Versicherten selbst tragen. Die Indikation „Kinderlosigkeit“, die die Kostentragungspflicht der Versicherung begründet, ist nach der Geburt eines ersten Kindes nicht mehr gegeben.

Vgl. Presseinformation des LG Coburg Nr. 229 v. 02.12.2004 - www.justiz-coburg.de

B) BEAMTENKRANKENKASSE: IVF-BEHANDLUNG: FRAU ÜBER 40 JAHRE

VG Stuttgart, Urt. v. 15.09.2004 – 17 K 2917/04 -

RID 05-01-226

Eine Beamtenkrankenkasse muss Kosten der In-vitro-Fertilisations-Behandlung auch bei Frauen über 40 erstatten.

Vgl. Pressemitteilung v. 30.09.2004 - www.vgstuttgart.de/

5. GOZ

A) ZAHNÄRZTLICHES IMPLANTATMATERIAL/WEITERGABE VON RABATTEN

OLG Hamm, Urt. v. 30.01.2004 – 20 U 172/02 – GesR 2004, 251

RID 05-01-227

Zahnarzt, Zahnarztkosten, Implantat, Implantatmaterialkosten

GOZ § 10 II Nr. 6

Ein Zahnarzt darf nur seine ihm tatsächlich entstandenen Aufwendungen für Implantatmaterial an den Patienten weitergeben. Ihm eingeräumte Rabatte hat er an den Patienten weiterzugeben. Der Zahnarzt muss aber seiner Abrechnung über Implantatmaterial nicht auch Einkaufsbelege hinsichtlich des Materials beifügen. Eine der Belegvorlagepflicht bei zahntechnischen Leistungen entsprechende Regelung hat der Verordnungsgeber für Implantatmaterialkosten nicht getroffen.

B) ANALOGABRECHNUNG NEUER BEHANDLUNGSMETHODEN

OLG München, Urt. v. 07.12.2004 – 25 U 5029/02 – www.iww.de/zahnaerzte/privatliktakt/showindex.php?aid=1713

RID 05-01-228

Dentinverbund, Praxisreife, Dentinadhäsive, Kompositrestauration, Inlay

GOZ §§ 4 II, 6 II

Eine **analoge Anwendung** von Leistungen des Gebührenverzeichnisses ist nur für solche selbständigen zahnärztlichen Leistungen zulässig, die **nach dem Inkrafttreten der Gebührenordnung zur Praxisreife** gelangt sind (vgl. BGH NJW-RR 2003, 636 ff. m.w.N.). Es muss sich um eine **neue selbständige Leistung** handeln. Es kann sich somit nicht um eine Leistung handeln, welche sich bereits ganz oder auch nur zum Teil in der GOZ wieder findet. Bei der Abgrenzung ist nicht auf das Ziel der Leistung abzustellen. Entscheidend ist vielmehr, ob das Ziel durch eine neue Methode erreicht werden kann. Dabei muss es sich aber insgesamt um eine neue Art der Leistungserbringung handeln, da ansonsten § 4 II GOZ entgegensteht, der verbietet, für Leistungen, die Bestandteil oder eine andere Ausführung einer anderen Leistung nach der GOZ sind, eine besondere Gebühr zu berechnen. Für Modifikationen bestehender bekannter Leistungen ist § 6 II GOZ nicht anwendbar.

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme erfolgte die **Entwicklung der Dentinadhäsive** erst in den 90er Jahren zur Praxisreife, wobei die erweiterten Indikationsmöglichkeiten mit direkten mehrschichtigen Restaurationen bei der Entwicklung des heute geltenden Leistungskataloges (GOZ 1987/88) nicht entsprechend berücksichtigt werden konnten. Die Dentinadhäsive mehrflächige Rekonstruktion kann analog Nr. 217 GOZ abgerechnet werden.

LG Frankfurt a. M., Urt. v. 24.11.2004 – 2-16 S 173/99 – www.iww.de/zahnaerzte/privatliktakt/showindex.php?aid=1674

RID 05-01-229

Revision zugelassen

Die Analogberechnung einer Zahnrestauration mittels der Dentin-Adhäsiv-Technik ist entsprechend den Nrn. 215 ff. GOZ zulässig.

6. GKV-VERSICHERTER BEAMTER UND PRAXISGEBÜHR

VG für das Saarland, Urt. v. 11.01.2005 – 3 K 174/04 –

RID 05-01-230

Praxisgebühr, Fürsorgepflicht, Alimentationsprinzip

Beihilfavorschriften des Bundes § 12 I 2; GG Art. 3 I

Ein beihilfeberechtigter und freiwillig bei einer gesetzlichen Krankenversicherung versicherter Bundesbeamter muss die von der Beihilfestelle vorgenommene Beihilfekürzung um die sog. "Praxisgebühr" in Höhe von 10 EUR pro Kalendervierteljahr hinnehmen, auch wenn er sie - wie andere gesetzlich Versicherte auch - beim Arztbesuch pro Quartal zahlen muss. Die Kostendämpfungspauschale von maximal 40,00 Euro pro Jahr ist für sich gesehen nicht übermäßig belastend und damit nicht unzumutbar.

Vgl. Pressemitteilung v. 21.01.2005 (www.ovg.saarland.de); zur Praxisgebühr s. u. B VII. 1 (S. 91).

VI. ARZNEIMITTEL

1. EUGH: VEREINFACHTE ZULASSUNG VON GENERIKA

EuGH, Urt. v. 20.01.2005 – C-74/03 – www.curia.eu

RID 05-01-231

1. Artikel 4 Absatz 3 Nummer 8 Buchstabe a Ziffer iii der Richtlinie 65/65/EWG des Rates vom 26. Januar 1965 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften über Arzneimittel in der durch die Richtlinien des Rates 87/21/EWG vom 22. Dezember 1986, 89/341/EWG vom 3. Mai 1989 und 93/39/EWG vom 14. Juni 1993 geänderten Fassung ist dahin auszulegen, dass er die Behandlung des Antrags auf Zulassung eines Arzneimittels nach dem in dieser Bestimmung vorgesehenen abgekürzten Verfahren nicht ausschließt, wenn dieses Arzneimittel den gleichen therapeutisch wirksamen, aber an ein anderes Salz gebundenen Bestandteil wie das Referenzarzneimittel aufweist.

2. Ein Antragsteller kann zur Begründung eines nach Artikel 4 Absatz 3 Nummer 8 Buchstabe a Ziffer iii der Richtlinie 65/65 in geänderter Fassung gestellten Antrags von sich aus oder auf Aufforderung der zuständigen Behörde eines Mitgliedstaats zusätzliche Unterlagen in Form bestimmter pharmakologischer, toxikologischer oder ärztlicher oder klinischer Versuche zum Nachweis dafür vorlegen, dass sein Arzneimittel dem Referenzarzneimittel im Wesentlichen gleicht.

2. GENERALANWALT EUGH: PREISFESTSETZUNG

Generalanwalt EuGH, Schlussantrag v. 30.09.2004 – C-245/03, 296/03 – www.curia.de

RID 05-01-232

Merck, Sharp & Dome BV bzw. SA GlaxoSmithKline./Belgischer Staat

(Vorabentscheidungsersuchen des Conseil d'État [Belgien])

– Rechtssache C-245/03

Die Frist von 90 Tagen, verlängerbar um weitere 90 Tage, die in Artikel 6 Nummer 1 Absatz 1 der Richtlinie 89/105/EWG des Rates vom 21. Dezember 1988 betreffend die Transparenz von Maßnahmen zur Regelung der Preisfestsetzung bei Arzneimitteln für den menschlichen Gebrauch und ihre Einbeziehung in die staatlichen Krankenversicherungssysteme genannt ist, ist eine Ausschlussfrist. Die Nichteinhaltung dieser Frist stellt demnach ein rechtswidriges Verhalten dar, das in den im nationalen Recht und im Gemeinschaftsrecht vorgesehenen Formen geahndet werden kann. Das fruchtlose Verstreichenlassen der Frist führt jedoch nicht zur automatischen Aufnahme eines Arzneimittels in die Liste der unter das Krankenversicherungssystem fallenden Arzneimittel, es sei denn, der Mitgliedstaat hat dies bei der Umsetzung der Richtlinie so vorgesehen.

– Rechtssache C-296/03

Artikel 6 der Richtlinie 89/105/EWG des Rates vom 21. Dezember 1988 betreffend die Transparenz von Maßnahmen zur Regelung der Preisfestsetzung bei Arzneimitteln für den menschlichen Gebrauch und ihre Einbeziehung in die staatlichen Krankenversicherungssysteme regelt nicht die Auswirkungen der Urteile, mit denen Entscheidungen über die Aufnahme von Arzneimitteln in die Listen der unter diese Systeme fallenden Arzneimittel für nichtig erklärt werden. Es ist daher Sache der innerstaatlichen Rechtsordnungen, festzulegen, ob im Falle der Nichtigserklärung einer fristgemäß erlassenen Entscheidung der Ablauf der ursprünglichen Frist den zuständigen Behörden den Erlass einer neuen Entscheidung verwehrt. Wenn die innerstaatliche Rechtsordnung jedoch den Erlass einer neuen Entscheidung zulässt, muss diese innerhalb einer angemessenen Frist erlassen werden, die jedenfalls die in Artikel 6 genannte Frist nicht überschreitet.

3. GENERALANWALT EUGH: MARKTBEHERRSCHENDES UNTERNEHMEN

Generalanwalt EuGH, Schlussantrag v. 28.10.2004 – C-53/03 - www.curia.de

RID 05-01-233

Synetairismos Farmakopoion Aitolias & Akarnanias (Syfait) u. a. / Glaxosmithkline AEEV

Die Weigerung eines marktbeherrschenden Pharmaunternehmens, alle Bestellungen seiner Kunden auszuführen, um den Parallelhandel zu begrenzen, stellt nicht ohne weiteres einen Missbrauch eines beherrschenden Stellung dar. Ein solches Verhalten ist nicht als missbräuchlich anzusehen, wenn die Preisunterschiede für Arzneimittel zwischen den Mitgliedstaaten das Ergebnis staatlicher Eingriffe sind und auf dem europäischen Arzneimittelmarkt besondere Gegebenheiten herrschen.

4. NAHRUNGSERGÄNZUNGS-/ARZNEIMITTEL (RED RICE KAPSELN)

OVG Niedersachsen, Beschl. v. 29.09.2004 – 1 ME 303/03 - www.dbovg.niedersachsen.de

RID 05-01-234

Arzneimittel, Lebensmittel, Nahrungsergänzungsmittel, Red Rice Kapseln, Vertriebsverbot, Verzehrhinweis

AMG 2 I, 2 III Nr. 1, 69 I 2 Nr. 1; LMBG § 1 I; NKV § 1 III; Richtlinie 2001/83 EG; Richtlinie 2002/46/ EG; Richtlinie 65/65/EWG; Richtlinie 93/39/EWG; VO (EG) Nr. 178/2002; VwGO § 80 II Nr. 4, V

Leitsatz:

Es sprechen überwiegende Gründe dafür, dass es sich bei dem Produkt "Red Rice 330 mg GPH Kapseln" um ein zulassungspflichtiges Arzneimittel handelt.

5. ARZNEIMITTELBEGRIFF: "TEEMISCHUNGEN DER TRAD. CHIN. MEDIZIN"

OVG Niedersachsen, Urt. v. 14.09.2004 – 5 LB 141/04 - www.dbovg.niedersachsen.de

RID 05-01-235

Alopecia areata, Arzneimittel, Autoimmunerkrankung, Beihilfe, Heilkräuter, Teemischung

Nieders. BhV § 6 I Nr 2

Aufwendungen für Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen, sind nicht beihilfefähig. Chinesische Heilkräuter zur Teezubereitung, welche zur Behandlung der Autoimmunerkrankung Alopecia areata verordnet wurden, sind als Güter des täglichen Bedarfs anzusehen.

Als Arzneimittel im Sinne des § 6 I Nr. 2 BhV kommen grundsätzlich nur Mittel in Betracht, die dazu bestimmt sind, ihre Wirkung im Rahmen der Krankenbehandlung durch Anwendung am oder im menschlichen Körper zu erzielen. Die Beihilfevorschriften stellen nicht auf eine formelle Einordnung, sondern auf den materiellen Zweckcharakter sowie darauf ab, ob nach objektiven Maßstäben von dem Mittel eine therapeutische Wirkung zu erwarten ist (vgl.: BVerwG, Urt. v. 30.05.1996 - 2 C 5.95 -, DVBl. 1996, 1149). In diesem Zusammenhang ist von Bedeutung, ob die Therapie wissenschaftlich anerkannt ist oder ob eine solche Anerkennung zu erwarten ist. Um „wissenschaftlich“ anerkannt zu sein, müssen Beurteilungen von solchen Personen vorliegen, die an Hochschulen und anderen Forschungseinrichtungen als Wissenschaftler in der jeweiligen medizinischen Fachrichtung tätig sind. Um „allgemein“ anerkannt zu sein, muss die Therapieform zwar nicht ausnahmslos, aber doch überwiegend in den fachlichen Beurteilungen als geeignet und wirksam eingeschätzt werden. Daher ist eine Behandlungsmethode dann „wissenschaftlich nicht allgemein anerkannt“, wenn eine Einschätzung ihrer Wirksamkeit und Geeignetheit durch die in der jeweiligen medizinischen Fachrichtung tätigen Wissenschaftler nicht vorliegt oder wenn die überwiegende Mehrheit der mit der Methode befassten Wissenschaftler die Erfolgsaussichten als ausgeschlossen oder jedenfalls gering beurteilt (BVerwG, Urt. v. 29.06.1995 - 2 C 15.94 -, ZBR 1996, 48; VGH Baden-Württemberg, Beschl. v. 16.06.2003 - 4 S 804/01 -, DÖD 2004, 109). Chinesische Heilkräuter sind danach kein Arzneimittel.

OVG Hamburg, Urt. v. 24.09.2004 – 1 Bf 47/01 -

RID 05-01-236

<http://fhh.hamburg.de/stadt/Aktuell/justiz/gerichte/oberverwaltungsgericht/start>

Neurodermitis, Reizdarmsyndrom, Arzneimittel, Beihilfe, Heilkräuter, Teemischung

HmbBeihVO § 5 I 1

Leitsätze

Für die traditionelle chinesische Heilkräutertherapie (TCM) besteht zur Zeit keine begründete Erwartung einer allgemeinen wissenschaftlichen Anerkennung für die Behandlung von Hautausschlägen und Bauchbeschwerden. Sie ist nicht beihilfefähig.

6. ARZNEIMITTELDATENBANK IM INTERNET

OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 28.10.2004 – 6 U 187/03 - www.olg-frankfurt.justiz.hessen.de
Werbung, Arzneimittel; Datenbank; Publikumswerbung
UWG a.F. § 1; UWG n.F. §§ 3, 4 Nr. 11, 8 III Nr. 1; HWG §§ 1 I Nr. 2, 10 I HWG

RID 05-01-237

Leitsatz:

Eine elektronische Datenbank mit über 7000 namentlich gelisteten - z. T. verschreibungspflichtigen - Arzneimitteln, die ohne Zugangsbeschränkung nach Namen und Wirkstoffen durchsucht werden kann, stellt keine heilmittelrechtlich unzulässige Publikumswerbung dar, solange nicht einzelne Arzneimittel werbetypisch herausgehoben sind.

7. KEIN VERSANDHANDEL NIEDERLÄNDISCHER INTERNET-APOTHEKEN NACH DEUTSCHLAND

KG Berlin, Urt. v. 09.11.2004 – 5 U 300/01 – www.kammergericht.de/entscheidungen
Versandhandel, Internet-Apotheke, Niederlande,
AMG §§ 43, 73

RID 05-01-238

Das Verbringen von im Geltungsbereich des AMG nicht zugelassenen oder registrierten Arzneimitteln (ohne gültige Arzneimittelzulassung) an den privaten Endverbraucher nach Deutschland verstieß gegen §§ 43 Abs. 1, Satz 1, 73 Abs. 1, 1. Halbsatz (vor Nr. 1) AMG a. F. und verstößt auch nunmehr gegen §§ 43 Abs. 1, Satz 1, 73 Abs. 1 1. Halbsatz (vor Nr. 1) AMG n. F.

Die niederländischen Versandhandelsregelungen entsprechen auch nicht hinreichend den deutschen im Sinne des § 73 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 a AMG n. F.

Die Regelungen in § 73 Abs. 1 Nr. 1 a AMG n. F. und den in Bezug genommenen neuen deutschen Versandhandelsregelungen widersprechen nicht dem EG-Recht.

VII. WEITERE LEISTUNGSERBRINGER

1. AUGENOPTIKER: ERSTATTUNG DER PRAXISGEBÜHR UNRECHTMÄßIG

OLG Stuttgart, Urt. v. 21.10.2004 – 2 U 79/04 – NJW 2005, 227
Praxisgebühr, geringwertige Kleinigkeit, Augenarzt, Brille, Augenoptiker
HWG §§ 1 Nr. 1a, 7

RID 05-01-239

Die Rückerstattung der Praxisgebühr fällt nicht unter den Ausnahmetatbestand der „geringwertigen Kleinigkeiten“ i.S.d. § 7 I Nr. 1 HWG. Der Gesetzgeber hat diesen Beteiligungsbetrag des Patienten für ausreichend, aber auch notwendig erachtet hat, um auch nachhaltig auf sein Verhalten bei der Inanspruchnahme der Dienste des Gesundheitswesens einzuwirken. Da sich tatsächlich der eine oder andere Unmut an die Erhebung einer solchen Gebühr in dieser Höhe knüpft, so kann die Befreiung von diesem auch gewollt spürbaren Steuerungsinstrument im Gesundheitswesen nicht mehr unter den Ausnahmetatbestand der geringfügigen Kleinigkeit eingeordnet werden.

Zur **Praxisgebühr** s. oben **VG für das Saarland**, Urt. v. 11.01.2005 – 3 K 174/04 – RID 05-01-230 (S. 89) und zuletzt RID 04-04-A XII (S. 32) u. B XIV (S. 80 f.); RID 04-03-A VIII (S. 27 f.); RID 04-02-A IX (S. 47 f.) u. A XI (S. 50).

2. BGH: HEIMTRÄGER/VERPFLEGUNGSENTGELT BEI SONDENNAHRUNG

BGH, Urt. v. 04.11.2004 – III ZR 371/03 – www.bundesgerichtshof.de
Heimvertrag Heimträger, Sondennahrung, Verpflegungsentgelt
BGB § 615 II HeimG § 5 VII; SGB XI §§ 75, 84 III, 85, 87

RID 05-01-240

Leitsatz:

Zum Anspruch des Heimträgers auf Entgelt für Verpflegung bei Verabreichung von der gesetzlichen Krankenversicherung finanzierter Sondennahrung (Fortführung des Senatsurteils vom 22. Januar 2004 - III ZR 68/03 - BGHZ 157, 309 = NJW 2004, 1104).

VIII. VERSCHIEDENES

1. ORDNUNGSGEMÄßE BEKANNTMACHUNG EINER SATZUNGSÄNDERUNG

OVG Niedersachsen, Urt. v. 29.09.2004 – 8 KN 4124/01 - www.dbovg.niedersachsen.de

RID 05-01-241

Satzung, Alterssicherung, Ausfertigung, Bekanntmachung, Eigentum, Rentenanwartschaft, Zahnärztekammer
GG Art. 14; Nieders. HKG §§ 12, 25, 26; VwGO § 47

Leitsatz:

Eine Satzungsänderung der Zahnärztekammer Niedersachsen ist unwirksam, wenn in dem Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer nicht der von der Kammerversammlung beschlossene Text einschließlich des Datums für das Inkrafttreten der Satzungsänderung amtlich bekannt gemacht worden ist.

2. HERABSETZUNG EINER BERUFUNFÄHIGKEITSRENTE (VERSORGUNGSWERK)

OVG Niedersachsen, Urt. v. 30.09.2004 – 8 LB 73/03 - www.dbovg.niedersachsen.de

RID 05-01-242

Alterssicherungsordnung, Bekanntmachung, Berufsunfähigkeitsrente, Ehe, Eigentum, Heirat, Nachheirat, Rentenanwartschaft, Späthe, Versorgungsehe, Witwenrentenanwartschaft, Äquivalenzprinzip
ASO §§ 12, 13, 14, 20b; GG Art. 6 I, 14 I; HKG Nieders. §§ 12, 26; SGB VI § 6

Leitsatz:

Nach der Alterssicherungsordnung der Zahnärztekammer Niedersachsen (ASO) ist es nicht zulässig, eine Berufsunfähigkeitsrente herabzusetzen, um mit den ersparten Ausgaben eine durch die Eheschließung des berufsunfähigen Mitgliedes aus Sicht des Versorgungswerkes entstandene Witwenrentenanwartschaft der Ehefrau zu finanzieren.

3. EUGH: HÖCHSTARBEITSZEIT IM RETTUNGSDIENST

EuGH, Urt. v. 05.10.2004 – C-397/01 bis C-403/01 - www.curia.de (NJW 2004, 3547)

RID 05-01-243

Bernhard Pfeiffer u. a. / Deutsches Rotes Kreuz, Kreisverband Waldshut e. V.

Bei Rettungssanitätern, die bei einem Rettungsdienst tätig sind, darf die wöchentliche Höchstarbeitszeit einschließlich der Arbeitsbereitschaftszeiten 48 Stunden nicht überschreiten. Von diesem Grundsatz kann nur abgewichen werden, wenn der Arbeitnehmer individuell, ausdrücklich und frei zustimmt.

4. BAG: ERSCHLICHENER ARBEITSVERTRAG ALS ARZT IST NICHTIG

BAG, Urt. v. 03.11.2004 – 5 AZR 592/03 - www.bundesarbeitsgericht.de

RID 05-01-244

Leitsatz:

Ein Arbeitsvertrag ist nichtig, wenn er die Ausübung des ärztlichen Berufs zum Gegenstand hat und die erforderliche Approbation oder Erlaubnis nicht vorliegt und auch nicht erteilt werden kann.

Zusammenfassung der Redaktion:

Ein Arbeitnehmer, der etwa siebeneinhalb Jahre im Bereich Frauenheilkunde des Klinikums der TU München als Arzt angestellt war, der bei der Einstellung eine gefälschte Approbationsurkunde vorgelegt hatte und der eine Zulassung als Arzt nie besessen hatte, hat nach Anfechtung des Arbeitsvertrags wegen arglistiger Täuschung die Arbeitsvergütung zurückzuzahlen. Der Arbeitsvertrag ist wegen des Verstoßes gegen das gesetzliche Verbot der Ausübung der Heilkunde durch einen Nichtarzt nichtig. Eine Heilung dieses Mangels auf Grund langjähriger Beschäftigung (sog. faktisches Arbeitsverhältnis) konnte nicht eintreten. Dem steht der Zweck des Verbotsgesetzes, Leben und Gesundheit der Patienten zu schützen, entgegen. Deshalb kommt grundsätzlich nur eine Rückabwicklung der beiderseits erbrachten Leistungen nach Bereicherungsrecht in Betracht. Nach § 817 BGB ist die Rückforderung ausgeschlossen, wenn der Leistende durch die Art der Leistung gegen ein gesetzliches Verbot verstoßen hat.

5. BAG: PARTEIFÄHIGKEIT DER BGB-GESELLSCHAFT

BAG, Urt. v. 01.12.2004 – 5 AZR 597/03 - www.bundesarbeitsgericht.de

RID 05-01-245

Leitsatz:

Eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts ist im Arbeitsgerichtsverfahren aktiv und passiv parteifähig.

6. ZIVILRECHTSWEG: APOTHEKERVERBAND GEGEN SOZIALHILFETRÄGER

OLG Frankfurt a. M., Beschl. v. 09.11.2004 – 2 W 54/04 - www.olg-frankfurt.justiz.hessen.de

RID 05-01-246

Rechtsbeschwerde zugelassen

Zuständigkeit, Rechtsweg, Rezept, Arzneimittel, Apothekerverband, Sozialhilfeträger

GVG § 17 a III 2; SGB V §§ 130, 130 a; SGG § 51; VwGO § 40

Für eine Klage eines Apothekerverbandes gegen den Sozialhilfeträger wegen der Abrechnung für Lieferungen von auf Kosten des Sozialhilfeträgers verordneter Mittel ist der Rechtsweg zu den ordentlichen Gerichten gegeben.

Nach dem OLG anders *VGH Hessen*, Beschl. v. 03.01.2003 - 1 UE 4252/99 – (Verwaltungsgerichte).

7. VITAMETISCHE BEHANDLUNG ALS ERLAUBNISFREIE HEILBEHANDLUNG

VG Lüneburg, Urt. v. 09.06.2004 – 5 A 251/02 - www.dbovg.niedersachsen.de

RID 05-01-247

Vitametische Behandlung, Heilbehandlung, Erlaubnispflicht

HeilPrG § 1 I

Die vitametische Behandlung, wonach der bei der Behandlung gesetzte Druckimpuls im Bereich der Halswirbel dazu führen soll, dass Verspannungen und bei einem zuvor durchgeführten Beinlängenvergleich festgestellte Dysbalancen der Rückenmuskulatur gelöst werden und dass der Behandelte dadurch ein „entspanntes Wohlbefinden“ erlebt, stellt zwar eine **Heilbehandlung** dar, unterliegt aber **nicht** der **Erlaubnispflicht** nach dem Heilpraktikergesetz, da es an einem erforderlichen **Gefährdungsmoment** fehlt.

8. BGH: KEINE PFÄNDUNG ZUKÜNFTIGER BEIHILFEANSPRÜCHE

BGH, Beschl. v. 05.11.2004 – IXa ZB 17/04 – www.bundesgerichtshof.de

RID 05-01-248

Beihilfe, Beihilfeanspruch, Gläubiger, Pfändung, Pfändbar

ZPO §§ 851 I, 850a Nr. 5, 850b I Nr. 4; NRW BG § 88

Leitsatz:

Beihilfeansprüche nordrhein-westfälischer Landes- und Kommunalbeamter für Aufwendungen im Krankheitsfall sind für Gläubiger jedenfalls dann unpfändbar, wenn ihre Forderung nicht dem konkreten Beihilfeanspruch zugrunde liegt (keine Anlassforderung) und dessen Anlassgläubiger noch nicht befriedigt sind.

9. BGH: UNZUREICHENDE HAUSHALTSMÄßIGE AUSSTATTUNG DER JUSTIZ

BGH, Dienstgericht des Bundes, Urt. v. 03.11.2004 – RiZ(R) 2/03 - www.bundesgerichtshof.de

RID 05-01-249

Richterliche Unabhängigkeit, Justiz, Haushaltsgesetzgeber

GG Art. 97 I; DRiG §§ 25, 26

Leitsätze:

a) Ein auf die Verletzung der richterlichen Unabhängigkeit gestützter Prüfungsantrag nach § 26 Abs. 3 DRiG setzt die Darlegung konkreter, gegen einen bestimmten Richter oder eine bestimmte Gruppe von Richtern gerichteter Maßnahmen einer dienstaufsichtführenden Stelle voraus.

b) Eine unzureichende haushaltsmäßige Ausstattung der Justiz durch den Haushaltsgesetzgeber stellt keine "Maßnahme der Dienstaufsicht" dar.

Aus dem Tatbestand:

„Der Antragsteller ist Richter beim Amtsgericht T. und leitet dort eine Familienabteilung. Er wendet sich gegen unzumutbare Arbeitsbedingungen und sieht dadurch seine richterliche Unabhängigkeit verletzt. (...) Verfügungen, Beschlüsse etc. des Antragstellers wurden von der Kanzlei in der zweiten Jahreshälfte 2001 durchschnittlich erst nach drei Monaten geschrieben. In Einzelfällen dauerte die Erledigung mehr als vier Monate. Seit 2002 betragen die Erledigungszeiten der Kanzlei nach Angaben des Antragsgegners nicht mehr als acht Wochen; nach dem Vorbringen des Antragstellers wurden Beschlüsse und Verfügungen seit dem Herbst 2000 in über 800 Fällen erst geschrieben, nachdem sie vier bis sieben Monate in der Kanzlei lagen.“

Seit 1993 wurden mehrere Abteilungen des Familiengerichts geschlossen. Die Eingänge in der vom Antragsteller geleiteten Abteilung stiegen bei einem Pensum von 330 von 425 im Jahre 1993 auf 529 im Jahre 2001, der Bestand von 440 Sachen auf 824 im Jahre 2002. Als eine Familienrichterin längerfristig erkrankte, wurde die von ihr geleitete Abteilung zum 1. Februar 2003 aufgelöst und die offenen Verfahren auf die anderen Abteilungen des Familiengerichts, unter anderem die des Antragstellers, verteilt. Der Antragsgegner, dessen Justizhaushalt im Jahre 2001 auf 2,81% des Landeshaushalts reduziert wurde (Nordrhein-Westfalen 5,8%), rechtfertigt diese Zustände mit knappen Haushaltsmitteln...“

10. STEUERRECHT

A) BFH: TEILPRAXISVERÄUßERUNG BEI DOPPELQUALIFIKATION EINES ARZTES

BFH, Urt. v. 04.11.2004 – IV R 17/03 - www.bundesfinanzhof.de

RID 05-01-250

Praxis, Praxisveräußerung, Teilpraxisveräußerung

EStG §§ 18 III, 34 I, II Nr. 1

Leitsätze:

Ist ein freiberuflich tätiger Arzt sowohl als Allgemeinmediziner als auch auf arbeitsmedizinischem Gebiet tätig, übt er zwei ihrer Art nach verschiedene Tätigkeiten aus. Die Veräußerung eines dieser Praxisteile stellt eine tarifbegünstigte Teilpraxisveräußerung dar, sofern den Praxisteilen die notwendige organisatorische Selbständigkeit zukommt.

B) BFH: STEUERBEFREIUNG NUR BEI MEDIZINISCH INDIZIERTER SCHÖNHEITSOPERATION

BFH, Urt. v. 15.07.2004 – V R 27/03 - www.bundesfinanzhof.de

RID 05-01-251

Schönheitsoperation, Umsatzsteuer

UStG § 4 Nr. 14

Leitsatz:

Für die Umsatzsteuerfreiheit von Schönheitsoperationen nach § 4 Nr. 14 UStG 1993 reicht es nicht aus, dass die Operationen nur von einem Arzt ausgeführt werden können, vielmehr müssen sie der med. Behandlung einer Krankheit oder einer anderen Gesundheitsstörung und damit dem Schutz der menschlichen Gesundheit dienen.

C) VOLLER UMSATZSTEUERSATZ BEI SCHÖNHEITSOPERATIONEN

FG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 14.12.2004 – 2 K 2588/04 –

RID 05-01-252

Schönheitsoperation, Umsatzsteuer

UStG § 4 Nr. 14

Entgelte für Schönheitsoperationen unterliegen dem vollen Umsatzsteuersatz (16%); es ist keine Umsatzsteuerfreiheit gegeben, sofern sie nicht zur Behandlung und Heilung von Krankheiten nötig sind.

Vgl. Pressemitteilung des FG Rheinland-Pfalz vom 01.02.2005 – <http://cms.justiz.rlp.de/justiz>

D) BFH: STEUERBEFREIUNG FÜR HEILBERUFLICHE TÄTIGKEIT

BFH, Urt. v. 12.08.2004 – V R 18/02 - www.bundesfinanzhof.de

RID 05-01-253

Fußreflexzonenmassage, Steuerbefreiung, Heilberuf, ärztliche Leistung

UStG 1991/1993 § 4 Nr. 14; RL 77/388/EWG Art. 13 Teil A Abs. 1 Buchst. c; SGB V §§ 92, 124 II, § 92

Leitsätze:

1. Die Steuerbefreiung der Umsätze aus heilberufl. Tätigkeit i.S. von § 4 Nr. 14 UStG setzt (richtlinienkonform) voraus, dass es sich um ärztl. oder arzttäuhl. Leistungen handeln muss, und dass diese von Personen erbracht werden, die die erforderlichen beruflichen Befähigungsnachweise besitzen.
2. Das Fehlen einer berufsrechtl. Regelung ist für sich allein kein Hinderungsgrund für die Befreiung.
3. Vom Vorliegen eines berufl. Befähigungsnachweises für eine ärztl. oder arzttäuhl. Leistung ist grundsätzlich auszugehen bei Zulassung des jeweiligen Unternehmers bzw. der regelm. Zulassung seiner Berufsgruppe gemäß § 124 II SGB V durch die zuständigen Stellen der gesetzl. Krankenkassen.
4. Indiz für das Vorliegen eines entspr. berufl. Befähigungsnachweises ist ferner die Aufnahme von Leistungen der betreffenden Art in den Leistungskatalog der gesetzl. Krankenkassen (§ 92 SGB V).

E) BFH: STEUERFREIE UMSÄTZE EINER DENTAL-HYGIENIKERIN

BFH, Beschl. v. 12.10.2004 – V R 54/03 - www.bundesfinanzhof.de

RID 05-01-254

Dental-Hygieniker, Zahnarzt, Steuerfreiheit

UStG § 14 Nr. 14

Leitsatz:

Eine Dental-Hygienikerin kann nach § 4 Nr. 14 UStG steuerfreie Umsätze im Auftrag eines Zahnarztes ausführen.

F) WIRTSCHAFTLICHER VORTEIL AUS EINER VERTRAGSARZTZULASSUNG (ESTR)

FG Niedersachsen, Urt. v. 28.09.2004 – 13 K 412/01 – www.nwb.de/finanzgericht

RID 05-01-255

Revision anhängig: IV R 64/04

Gemeinschaftspraxis, Zulassung, Nachfolgezulassung, Praxisverkauf, Wirtschaftsgut
EStG § 7 I; SGB V § 103

Leitsatz:

Der wirtschaftliche Vorteil aus einer Vertragsarztzulassung ist ein nicht abnutzbares immaterielles Wirtschaftsgut.

Aus dem Tatbestand:

„Streitig ist die Behandlung von Aufwendungen zur Erlangung einer Vertragsarztzulassung als immaterielles Wirtschaftsgut.

Die Klägerin zu 1. betreibt eine **Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin in D**. Zum 1. Juni 1997 trat der Kläger zu 2. als weiterer Gesellschafter ein.

In der Erklärung zur Gewinnfeststellung 1997 machte der Kläger zu 2. Sonderbetriebsausgaben in Höhe von DM 219.xxx geltend. Diesem Ansatz lag folgender Sachverhalt zugrunde:

Als der Kläger zu 2. das Angebot erhielt, als Vertragsarzt in die Gemeinschaftspraxis der Klägerin zu 1. aufgenommen zu werden, fragte er bei der zuständigen kassenärztlichen Vereinigung (KV) nach, ob ein freier Vertragsarztsitz vorhanden sei. Die KV teilte ihm mit, dass wegen festgestellter Überversorgung weder ein Vertragsarztsitz zur Verfügung stehe, noch damit zu rechnen sei, dass dem Kläger zu 2. ein Vertragsarztsitz in absehbarer Zeit zugeteilt werde.

Dem Kläger zu 2. war aber bekannt, dass Herr **Dr. O** aus Alters- und Gesundheitsgründen eine **Praxis für Allgemeinmedizin in E aufzugeben** gedachte. Der Kläger zu 2. sprach daher Herrn Dr. O wegen einer Übernahme des Vertragsarztsitzes an und bot ihm eine finanzielle Abgeltung an. Herr Dr. O nahm dieses Angebot zunächst nicht an. Erst durch geschicktes **Vermitteln von Herrn Dr. A** und der Zusammenlegung der Praxen A und O wurde eine Übernahme des Vertragsarztsitzes möglich.

Dazu **gründeten Herr Dr. A und Herr Dr. O** zum 1. Februar 1997 eine **Praxisgemeinschaft**. Herr Dr. A verpflichtete sich, an Herrn Dr. O einen bestimmten Geldbetrag zu leisten (§ 7 des Vertrages). Dafür verpflichtete sich Herr Dr. O, einen Vorschlag von Herrn Dr. A wegen eines Nachfolgers zu akzeptieren (§ 18 des Vertrages).

Mit Vertrag vom 20. Februar 1997 vereinbarte Herr Dr. A und der Kläger zu 2., dass der Kläger zu 2. gegenüber allen Zulassungsinstanzen **als favorisierten Nachfolger von Herr Dr. O** angegeben werde (§ 1 des Vertrages). Dafür verpflichtete sich der Kläger zu 2. zur Zahlung von DM 200.000 (§ 2 des Vertrags).

Zum 1. Juni 1997 erhielt der **Kläger zu 2.** die **Zulassung** zur vertragsärztlichen Tätigkeit als Facharzt für Allgemeinmedizin für den **Vertragsarztsitz E**. Am 10. September 1997 erhielt er die **Genehmigung, den Vertragsarztsitz von E nach D zu verlegen**. Andere Wirtschaftsgüter aus der Gemeinschaftspraxis A und O erwarb der Kläger zu 2. nicht. (...)“

Aus den Entscheidungsgründen:

„(...) a) Dabei stellt **nicht die öffentlich-rechtliche Zulassung das maßgebliche Wirtschaftsgut** dar. Insoweit haben die Kläger zutreffend auf die sozialrechtliche Rechtsprechung verwiesen, wonach die öffentlich-rechtliche Vertragsarztzulassung nach den Neuerungen durch das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 (vom 21. Dezember 1992, BGBl I 2266) weder übertragbar, noch pfändbar ist und wonach die Zulassung auch nicht in die Insolvenzmasse fallen kann (BSG-Urteil vom 10. Mai 2000 B 6 KA 67/98 R, BSGE 86, 121; Beschluss des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 12. März 1997 L 11 SKa 85/96, NJW 1997, 2477; Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 7. Oktober 1998 L 11 KA 62/98, MedR 1999, 333). Deshalb unterscheidet das Bundessozialgericht strikt zwischen der nicht übertragbaren öffentlich-rechtlichen Zulassung und dem Vermögensgegenstand Arztpraxis, der privatrechtlich übertragbar ist (BSG-Urteil vom 29. September 1999 B 6 KA 1/99 R, BSGE 85, 1). Es mag sein, dass angesichts dieser Rechtslage die öffentlich-rechtliche Vertragsarztzulassung kein Wirtschaftsgut ist (ebenso zur Güterfernverkehrsgenehmigung: BFH-Urteil vom 18. Dezember 1970, VI R 99/67, BStBl II 1971, 237). Darauf kommt es aber nicht an. Denn der Kläger zu 2. hat die Aufwendungen getätigt, um den mit der Zulassung verbundenen **wirtschaftlichen Vorteil** zu erhalten, **in einem regulierten Markt auftreten zu können**. **Nicht die öffentlich-rechtliche Zulassung als solche, sondern die damit verbundene wirtschaftliche Chance stellt das Wirtschaftsgut dar**, für dessen Erlangung der Kläger zu 2. bereit war, die Aufwendungen zu tätigen. Insoweit ist dieselbe Differenzierung vorzunehmen, wie sie von der Rechtsprechung bei der Beurteilung von Güterfernverkehrsgenehmigungen in ständiger Rechtsprechung vertreten wird (BFH-Urteil vom 8. Mai 1963 I 407/61 U, BStBl III 1963, 377; BFH-Urteil vom 10. Juli 1963 IV 186/60 U, BStBl III 1963, 501; BFH-Urteil vom 18. Dezember 1970 VI R 99/67, BStBl II 1971, 237; BFH-Urteil vom 10. August 1989 X R 176-177/87, BStBl II 1990, 15). (...)“

IX. WEITERE ENTSCHEIDUNGEN DES BVERFG

1. NEUE WERBEFORMEN FREIER BERUFE

BVerfG, 1. Sen., Beschl. v. 26.10.2004 – 1 BvR 981/00 - www.bverfg.de

RID 05-01-256

Werbung, Steuerberater,

UWG a. F. § 13 II nr. 2; GG Art. 12 I GG

Eine Steuerberatungsgesellschaft, die auf einem **Straßenbahnwagen** für ihr Unternehmen wirbt, verstößt nicht gegen das UWG.

Werbung als Teil beruflicher Betätigung ist auch dem Steuerberater grundsätzlich erlaubt. Als berufswidrig kann Werbung von der Kammer unterbunden werden, wenn das Verhalten den Rückschluss nahe legt, der mit diesen Mitteln Werbende werde nicht Gewähr dafür bieten, aus Rücksicht auf die Steuerrechtspflege und die Interessen seiner Mandanten das persönliche Gewinnstreben zurückzustellen. Das Gebot der Sachlichkeit verlangt nicht, sich auf die Mitteilung nüchterner Fakten zu beschränken. Information über die Art der beabsichtigten Zusammenarbeit oder über die Atmosphäre, die bei der Erbringung der Dienstleistungen angestrebt wird, befriedigen ein legitimes Informationsbedürfnis der Nachfrager. Allein aus dem Umstand, dass eine Berufsgruppe ihre Werbung anders als bisher üblich gestaltet, kann nicht gefolgert werden, dass dies berufswidrig wäre.

2. ALTERSGRENZE FÜR PILOTEN

BVerfG, 1. Sen., 2. Ka., Beschl. v. 25.11.2004 – 1 BvR 2459/04 - www.bverfg.de

RID 05-01-257

Die Verfassungsbeschwerde gegen BAG, Urt. v. 21.07.2004 - 7 AZR 589/03 - wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Eine (tarifliche) Altersgrenze für Piloten, die mit Vollendung des 60. Lebensjahres die Beendigung des Arbeitsverhältnisses zur Folge hat, ist mit Art. 12 I GG vereinbar.

3. KAUSALZUSAMMENHANG BEI KOSTENERSTATTUNG (§ 13 III SGB V)

BVerfG, 1. Sen., 3. Ka., Beschl. v. 16.12.2004 – 1 BvR 765/00 - www.bverfg.de

RID 05-01-258

Unfallversicherung, Sachleistungsprinzip, Umschulung, Rehabilitation

SGB V § 13 III; GG Art. 12 I

Die Verfassungsbeschwerde gegen **BSG**, Urt. v. 24.02.2000 - B 2 U 12/99 R - wird nicht zur Entscheidung angenommen.

Es ist nicht ersichtlich, dass das **Sachleistungsprinzip** in der gesetzlichen Unfallversicherung für Leistungen zur Heilbehandlung und Rehabilitation mit Art. 12 I GG unvereinbar ist, soweit bei Maßnahmen der beruflichen Umschulung der Schutzbereich dieses Grundrechts berührt werden kann.

Die Berufsfreiheit ist nicht verletzt, wenn die Förderung einer Umschulungsmaßnahme davon abhängig gemacht wird, dass der zuständige Versicherungsträger vorher die Möglichkeit hatte zu prüfen, ob die vom Versicherten angestrebte Maßnahme auch geeignet ist. Insbesondere ist die Auslegung des entsprechend angewendeten **§ 13 III 1 Variante 2 SGB V** durch das BSG verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. Die Norm verlangt mit dem Begriff "dadurch" einen **Kausalzusammenhang** zwischen einer unrechtmäßigen Verweigerung der Sachleistung und den zu erstattenden Kosten des Versicherten. Sie greift daher nur ein, wenn sich der Versicherte die fragliche Leistung nach einer unrechtmäßigen Ablehnung selbst beschafft.

4. UNTÄTIGKEIT EINES GERICHTS: DREIJÄHRIGES VERFAHREN (TELEKOM)

BVerfG, 1. Sen., 2. Ka., Beschl. v. 27.07.2004 – 1 BvR 649/04 - www.bverfg.de = NJW 2004, 3320

RID 05-01-259

Telekom-Klagen

GG Art. 2 I 1, 20 III

Art. 2 I i. V. m. Art. 20 III GG garantiert den Parteien eines zivilrechtlichen Rechtsstreits wirkungsvollen gerichtlichen Rechtsschutz. Dieser wird nur gewährt, wenn streitige Rechtsverhältnisse in **an-**

gemessener Zeit entschieden werden. Das ist auch bei der Entscheidung darüber zu berücksichtigen, wann im einzelnen Verfahren ein Termin zur mündlichen Verhandlung anberaumt wird.

Es lässt sich allerdings nicht generell festlegen, ab wann von einer überlangen, die Gewährung effektiven Rechtsschutzes unzumutbar beeinträchtigenden und deshalb verfassungsrechtlich nicht mehr hinnehmbaren Verfahrensdauer auszugehen ist; dies ist vielmehr eine Frage der **Abwägung und Entscheidung im Einzelfall**. Dabei sind vor allem die Bedeutung der Sache für die Parteien, die Schwierigkeit der Sachmaterie, das den Parteien zuzurechnende Verhalten sowie vom Gericht nicht oder nur eingeschränkt beeinflussbare Tätigkeiten Dritter, etwa von Sachverständigen, in Rechnung zu stellen. Mit zunehmender Verfahrensdauer verdichtet sich jedoch die Pflicht des Gerichts, sich nachhaltig um eine Förderung, Beschleunigung und Beendigung des Verfahrens zu bemühen.

Vgl. zuletzt RID 04-01-C X 1 (S. 92).

VERZEICHNIS DER ENTSCHEIDUNGEN

<i>AG Saarbrücken</i> , Urt. v. 04.05.2004 – 42 C 283/03 -	RID 05-01-206
<i>Ärztliches Berufungsgericht Niedersachsen</i> , Urt. v. 17.11.2004 – BG 19/02 –	RID 05-01-200
<i>BAG</i> , Urt. v. 03.11.2004 – 5 AZR 592/03 -	RID 05-01-244
<i>BAG</i> , Urt. v. 01.12.2004 – 5 AZR 597/03 -	RID 05-01-245
<i>BFH</i> , Urt. v. 15.07.2004 – V R 27/03 -	RID 05-01-251
<i>BFH</i> , Urt. v. 12.08.2004 – V R 18/02 -	RID 05-01-253
<i>BFH</i> , Urt. v. 04.11.2004 – IV R 17/03 -	RID 05-01-250
<i>BFH</i> , Beschl. v. 12.10.2004 – V R 54/03 -	RID 05-01-254
<i>BGH</i> , Urt. v. 08.01.2004 – III ZR 375/02 -	RID 05-01-222
<i>BGH</i> , Urt. v. 27.10.2004 – IV ZR 141/03 -	RID 05-01-224
<i>BGH</i> , Dienstg. d. Bundes, Urt. v. 03.11.2004 – RiZ(R) 2/03 -	RID 05-01-249
<i>BGH</i> , Urt. v. 04.11.2004 – III ZR 371/03 –	RID 05-01-240
<i>BGH</i> , Urt. v. 04.11.2004 – III ZR 201/04 -	RID 05-01-223
<i>BGH</i> , Beschl. v. 05.11.2004 – IXa ZB 17/04 –	RID 05-01-248
<i>BGH</i> , Urt. v. 16.11.2004 – VI ZR 328/03 -	RID 05-01-210
<i>BGH</i> , Urt. v. 07.12.2004 – VI ZR 212/03 -	RID 05-01-212
<i>BGH</i> , Urt. v. 07.12.2004 – VI ZR 308/03 -	RID 05-01-209
<i>BGH</i> , Urt. v. 21.12.2004 – VI ZR 196/03 -	RID 05-01-211
<i>BSG</i> , Urt. v. 13.07.2004 - B 1 KR 33/02 R -	RID 05-01-191
<i>BSG</i> , Urt. v. 22.07.2004 - B 3 KR 13/03 R -	RID 05-01-192
<i>BSG</i> , Urt. v. 22.07.2004 - B 3 KR 12/04 R -	RID 05-01-195
<i>BSG</i> , Urt. v. 08.09.2004 - B 6 KA 14/03 R -	RID 05-01-100
<i>BSG</i> , Urt. v. 08.09.2004 - B 6 KA 27/03 R -	RID 05-01-105
<i>BSG</i> , Urt. v. 08.09.2004 - B 6 KA 32/03 R -	RID 05-01-104
<i>BSG</i> , Urt. v. 08.09.2004 - B 6 KA 37/03 R -	RID 05-01-101
<i>BSG</i> , Urt. v. 08.09.2004 - B 6 KA 46/03 R -	RID 05-01-102
<i>BSG</i> , Urt. v. 08.09.2004 - B 6 KA 82/03 R -	RID 05-01-103
<i>BSG</i> , Urt. v. 08.09.2004 - B 6 KA 18/03 R -	RID 05-01-109
<i>BSG</i> , Urt. v. 16.09.2004 - B 3 KR 19/03 R -	RID 05-01-193
<i>BSG</i> , Urt. v. 16.09.2004 - B 3 KR 15/04 R -	RID 05-01-194
<i>BSG</i> , Beschl. v. 08.09.2004 - B 6 KA 6/04 B -	RID 05-01-108
<i>BSG</i> , Beschl. v. 08.09.2004 - B 6 KA 25/04 B -	RID 05-01-107
<i>BSG</i> , Beschl. v. 08.09.2004 - B 6 KA 32/04 B -	RID 05-01-110
<i>BSG</i> , Beschl. v. 08.09.2004 - B 6 KA 39/04 B -	RID 05-01-106
<i>BSG</i> , Beschl. v. 20.10.2004 - B 6 KA 11/04 B -	RID 05-01-111
<i>BSG</i> , Beschl. v. 20.10.2004 - B 6 KA 50/04 B -	RID 05-01-112
<i>BSG</i> , Urt. v. 02.12.2004 - B 12 KR 23/04 R -	RID 05-01-196
<i>BVerfG</i> , 1. Sen., 2. Ka., Beschl. v. 27.07.2004 – 1 BvR 649/04 -	RID 05-01-259
<i>BVerfG</i> , 1. Sen., 2. Ka., Beschl. v. 20.10.2004 – 1 BvR 1687/04 -	RID 05-01-147
<i>BVerfG</i> , 1. Sen., 2. Ka., Beschl. v. 22.10.2004 – 1 BvR 528/04 u.a. -	RID 05-01-16
<i>BVerfG</i> , 1. Sen., 2. Ka., Beschl. v. 25.10.2004 – 1 BvR 1437/02 -	RID 05-01-221
<i>BVerfG</i> , 1. Sen., Beschl. v. 26.10.2004 – 1 BvR 981/00 -	RID 05-01-256
<i>BVerfG</i> , 1. Sen., 2. Ka., Beschl. v. 28.10.2004 – 1 BvR 1702/04 -	RID 05-01-148
<i>BVerfG</i> , 1. Sen., 2. Ka., Beschl. v. 28.10.2004 – 1 BvR 1745/04 -	RID 05-01-149
<i>BVerfG</i> , 1. Sen., 2. Ka., Beschl. v. 18.11.2004 – 1 BvR 2315/04 -	RID 05-01-205
<i>BVerfG</i> , 1. Sen., 2. Ka., Beschl. v. 25.11.2004 – 1 BvR 2459/04 -	RID 05-01-257
<i>BVerfG</i> , 1. Sen., 3. Ka., Beschl. v. 16.12.2004 – 1 BvR 765/00 -	RID 05-01-258
<i>EuGH</i> , Urt. v. 05.10.2004 – C-397/01 bis C-403/01 -	RID 05-01-243
<i>EuGH</i> , 1. Ka., Urt. v. 18.11.2004 – C-10/02 und C-11/02 -	RID 05-01-202
<i>EuGH</i> , Urt. v. 20.01.2005 – C-74/03 -	RID 05-01-231

FG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 14.12.2004 – 2 K 2588/04 –	RID 05-01-252
FG Niedersachsen , Urt. v. 28.09.2004 – 13 K 412/01 –	RID 05-01-255
Generalanwalt EuGH , Antrag v. 30.09.2004 – C-245/03, 296/03 -	RID 05-01-232
Generalanwalt EuGH, Antrag v. 28.10.2004 – C-53/03 -	RID 05-01-233
Generalanwalt EuGH, Antrag v. 13.01.2005 - C-145/03-	RID 05-01-220
KG Berlin , Urt. v. 30.11.2004 – 5 U 55/04 –	RID 05-01-207
KG Berlin, Urt. v. 27.01.2005 – 5 U 300/01 –	RID 05-01-238
LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 08.05.2002 - L 5 KA 382/02 -	RID 05-01-72
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 18.10.2002 - L 4 KR 4262/00 –	RID 05-01-171
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 08.11.2002 - L 4 KR 564/02 -	RID 05-01-128
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 13.11.2002 - L 5 KA 1247/02 -	RID 05-01-71
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 28.02.2003 – L 4 KR 516/02 -	RID 05-01-143
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 25.04.2003 - L 4 KR 3901/02 -	RID 05-01-115
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 13.12.2003 - L 4 KR 1005/02 -	RID 05-01-114
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 26.03.2004 - L 4 KR 2078/02 -	RID 05-01-157
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 09.06.2004 - L 5 KA 4316/02 -	RID 05-01-18
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 28.07.2004 - L 11 KR 896/04 -	RID 05-01-130
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 24.08.2004 - L 11 KR 72/04 -	RID 05-01-152
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 01.09.2004 - L 5 KA 1529/03 –	RID 05-01-84
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 01.09.2004 - L 5 KA 3947/03 -	RID 05-01-35
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 01.09.2004 - L 5 KA 1523/03 -	RID 05-01-36
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 14.09.2004 - L 11 KR 2808/03 -	RID 05-01-139
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 14.09.2004 - L 11 KR 2090/04 -	RID 05-01-136
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 27.09.2002 - L 4 KR 456/02 –	RID 05-01-151
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 13.10.2004 – L 5 KA 4756/03 –	RID 05-01-21
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 07.12.2004 - L 11 KR 1627/04 –	RID 05-01-134
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 07.12.2004 - L 11 KR 1905/04 –	RID 05-01-135
LSG Baden-Württemberg, B. v. 16.12.2004 – L 11 KR 4765/04 PKH-B –	RID 05-01-159
LSG Bayern , Beschl. v. 09.09.2002 – L 12 B 87/02 KA ER -	RID 05-01-81
LSG Bayern, Urt. v. 02.10.2002 - L 12 KA 138/00 –	RID 05-01-24
LSG Bayern, Beschl. v. 05.05.2003 – L 12 B 170/03 KA ER -	RID 05-01-17
LSG Bayern, Urt. v. 07.07.2004 - L 3 KA 528/01 -	RID 05-01-37
LSG Bayern, Urt. v. 07.07.2004 – L 12 KA 83/02 -	RID 05-01-62
LSG Bayern, Urt. v. 07.07.2004 – L 3 KA 521/02 -	RID 05-01-58
LSG Bayern, Urt. v. 07.07.2004 – L 3 KA 533/02 -	RID 05-01-59
LSG Bayern, Urt. v. 07.07.2004 - L 3 KA 510/02-	RID 05-01-34
LSG Bayern, Urt. v. 07.07.2004 – L 12 KA 97/03 -	RID 05-01-64
LSG Bayern, Urt. v. 07.07.2004 – L 3 KA 504/03 -	RID 05-01-57
LSG Bayern, Urt. v. 15.07.2004 – L 4 KR 48/04 -	RID 05-01-123
LSG Bayern, Urt. v. 21.07.2004 – L 12 KA 137/03 -	RID 05-01-63
LSG Bayern, Urt. v. 21.07.2004 – L 12 KA 123/02 -	RID 05-01-27
LSG Bayern, Urt. v. 21.07.2004 – L 12 KA 124/02 -	RID 05-01-28
LSG Bayern, Urt. v. 04.08.2004 – L 12 KA 139/02 -	RID 05-01-12
LSG Bayern, Urt. v. 11.08.2004 - L 3 KA 533/01 -	RID 05-01-39
LSG Bayern, Urt. v. 11.08.2004 - L 3 KA 535/01 -	RID 05-01-38
LSG Bayern, Urt. v. 12.08.2004 - L 4 KR 101/04 -	RID 05-01-120
LSG Bayern, Urt. v. 14.09.2004 – L 4 KR 248/03 -	RID 05-01-138
LSG Bayern, Urt. v. 14.09.2004 – L 4 KR 66/04 -	RID 05-01-126
LSG Bayern, Urt. v. 15.09.2004 – L 12 KA 482/02 -	RID 05-01-29
LSG Bayern, Urt. v. 15.09.2004 - L 12 KA 138/03-	RID 05-01-41
LSG Bayern, Urt. v. 15.09.2004 – L 12 KA 169/03 -	RID 05-01-07
LSG Bayern, Urt. v. 15.09.2004 – L 12 KA 481/04 -	RID 05-01-30
LSG Bayern, Urt. v. 15.09.2004 – L 12 KA 483/04 -	RID 05-01-31
LSG Bayern, Urt. v. 30.09.2004 – L 4 KR 104/02 -	RID 05-01-137
LSG Bayern, Urt. v. 07.10.2004 – L 4 KR 223/01 -	RID 05-01-172
LSG Bayern, Urt. v. 28.10.2004 – L 4 KR 15/04 -	RID 05-01-158
LSG Bayern, Urt. v. 11.11.2004 – L 4 KR 296/03 –	RID 05-01-140
LSG Bayern, Urt. v. 25.11.2004 – L 4 KR 269/03 –	RID 05-01-155
LSG Brandenburg , Urt. v. 25.08.2004 – L 5 KA 4/01 –	RID 05-01-15
LSG Brandenburg, Beschl. v. 25.10.2004 – L 5 B 106/04 KA ER -	RID 05-01-08
LSG Brandenburg, Urt. v. 03.11.2004 – L 4 KR 30/03 -	RID 05-01-161
LSG Brandenburg, Urt. v. 03.11.2004 – L 4 KR 45/03 -	RID 05-01-125
LSG Hamburg , Urt. v. 07.07.2004 – L 1 KR54/03 -	RID 05-01-122
LSG Hamburg, Urt. v. 14.07.2004 – L 1 KR 46/03 -	RID 05-01-142
LSG Hamburg, Urt. v. 11.08.2004 – L 2 KA 4/01 -	RID 05-01-66
LSG Hamburg, Urt. v. 22.09.2004 – L 1 KR 18/01 -	RID 05-01-177
LSG Hamburg, Urt. v. 20.10.2004 – L 1 KR 41/00 -	RID 05-01-133
LSG Hamburg, Urt. v. 20.10.2004 – L 1 KR 5/02 -	RID 05-01-132
LSG Hamburg, Urt. v. 20.10.2004 – L 1 KR 138/03 -	RID 05-01-119
LSG Hamburg, Urt. v. 10.11.2004 – L 1 KR 43/04 -	RID 05-01-175
LSG Hamburg, Urt. v. 01.12.2004 – L 2 KA 17/03 -	RID 05-01-77
LSG Hamburg, Urt. v. 19.01.2005 – L 1 KR 117/04 –	RID 05-01-154
LSG Hamburg, Urt. v. 19.01.2005 – L 1 KR 41/02 –	RID 05-01-166
LSG Hessen , Urt. v. 27.04.2004 – L 1 KR 377/03 -	RID 05-01-162
LSG Hessen, Urt. v. 29.04.2004 – L 14 KR 1370/00 –	RID 05-01-178
LSG Hessen, Urt. v. 26.05.2004 – L 7 KA 287/01 -	RID 05-01-86
LSG Hessen, Urt. v. 26.05.2004 – L 7 KA 34/04 –	RID 05-01-74
LSG Hessen, Beschl. v. 28.09.2004 - L 7 B 1/98 KA -	RID 05-01-96
LSG Hessen, Urt. v. 21.10.2004 – L 1 KR 554/01 –	RID 05-01-127

LSG Hessen, Beschl. v. 08.11.2004 – L 7 KA 1014/02 -	RID 05-01-94
LSG Hessen, Beschl. v. 08.11.2004 – L 7 KA 34/03 -	RID 05-01-95
LSG Hessen, Urt. v. 09.12.2004 – L 14 KR 720/00 –	RID 05-01-163
LSG Niedersachsen-Bremen , Beschl. v. 02.08.2004 – L 3 KA 85/04 ER -	RID 05-01-76
LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 05.08.2004 – L 3 KA 25/04 ER -	RID 05-01-09
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 18.08.2004 – L 3 KA 103/02 –	RID 05-01-22
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 18.08.2004 – L 3 KA 183/03 -	RID 05-01-26
LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 06.10.2004 – L 3 B 79/03 KA -	RID 05-01-99
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 27.10.2004 – L 3 KA 62/04 -	RID 05-01-11
LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 27.10.2004 – L 3 KA 209/04 ER -	RID 05-01-20
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 01.12.2004 – L 3 KA 360/02 -	RID 05-01-13
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 01.12.2004 – L 3 KA 502/02 -	RID 05-01-14
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 01.12.2004 – L 3 KA 4/04 -	RID 05-01-01
LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 05.01.2005 – L 3 KA 237/04 ER -	RID 05-01-85
LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 25.06.2003 – L 11 KA 8/02 -	RID 05-01-44
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 21.07.2004 – L 10 KA 5/02 -	RID 05-01-06
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 15.09.2004 – L 11 KA 58/02 -	RID 05-01-56
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 15.09.2004 – L 11 KA 62/02 -	RID 05-01-55
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 22.09.2004 – L 10 KA 19/02 -	RID 05-01-65
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 22.09.2004 – L 10 KA 33/03 –	RID 05-01-82
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 22.09.2004 – L 11 KA 169/03 -	RID 05-01-61
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 22.09.2004 – L 10 KA 6/04 -	RID 05-01-75
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 23.09.2004 – L 2 KR 13/04 -	RID 05-01-168
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 27.09.2004 – L 16 KR 10/01 -	RID 05-01-141
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 05.10.2004 – L 5 KR 223/02 -	RID 05-01-190
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.10.2004 – L 11 KA 34/03 -	RID 05-01-51
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.10.2004 – L 11 KA 35/03 -	RID 05-01-50
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.10.2004 – L 11 KA 36/03 -	RID 05-01-52
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.10.2004 – L 11 KA 37/03 -	RID 05-01-49
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.10.2004 – L 16 KR 106/03 -	RID 05-01-173
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 04.11.2004 – L 2 KN 54/02 KR -	RID 05-01-167
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.11.2004 – L 16 KR 137/04 -	RID 05-01-129
LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 08.11.2004 – L 2 B 16/04 KR ER -	RID 05-01-186
LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 11.11.2004 – L 16 B 101/04 KR ER -	RID 05-01-113
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 15.11.2004 – L 5 KR 223/03 –	RID 05-01-118
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 17.11.2004 – L 11 KA 160/02 -	RID 05-01-05
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 17.11.2004 – L 11 KA 182/02 -	RID 05-01-04
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 24.11.2004 – L 10 B 14/04 KA -	RID 05-01-80
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 25.11.2004 – L 2 B 123/04 KR -	RID 05-01-145
LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 09.12.2004 – L 16 B 160/04 KR ER -	RID 05-01-188
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.01.2005 – L 16 KR 168/02 –	RID 05-01-150
LSG Rheinland-Pfalz , Beschl. v. 17.09.2004 – L 5 ER 67/04 KA -	RID 05-01-91
LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 11.11.2004 – L 5 ER 75/04 KA -	RID 05-01-90
LSG Saarland , Urt. v. 17.11.2004 – L 2 KR 20/99 –	RID 05-01-121
LSG Sachsen , Urt. v. 26.05.2004 – L 1 KA 13/02 -	RID 05-01-02
LSG Sachsen, Urt. v. 26.05.2004 – L 1 KA 51 u. 52/02 -	RID 05-01-03
LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 21.09.2004 – L 1 KR 58/03 –	RID 05-01-165
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 21.09.2004 – L 1 KR 115/03 –	RID 05-01-164
LG Frankfurt a. M. , Urt. v. 24.11.2004 – 2-16 S 173/99 –	RID 05-01-229
OLG Bamberg , Urt. v. 28.09.2004 – 1 U 98/04 –	RID 05-01-225
OLG Düsseldorf , Urt. v. 14.09.2004 – I-8 U 110/03 -	RID 05-01-219
OLG Frankfurt a. M. , Urt. v. 15.09.2004 – 19 U 34/04 -	RID 05-01-204
OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 28.10.2004 – 6 U 187/03 -	RID 05-01-237
OLG Frankfurt a. M., Beschl. v. 09.11.2004 – 2 W 54/04 -	RID 05-01-246
OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 07.12.2004 – 8 U 194/03 –	RID 05-01-216
OLG Hamm , Urt. v. 30.01.2004 – 20 U 172/02 -	RID 05-01-227
OLG Hamm, Urt. v. 23.11.2004 – 27 U 211/03 –	RID 05-01-203
OLG Karlsruhe , Urt. v. 13.10.2004 – 7 U 122/03 -	RID 05-01-217
OLG Koblenz , Urt. v. 01.04.2004 – 5 U 844/03 -	RID 05-01-213
OLG Koblenz, Urt. v. 24.06.2004 – 5 U 331/04 -	RID 05-01-214
OLG München , Urt. v. 11.11.2004 – 29 U 4629/04 –	RID 05-01-208
OLG München, Urt. v. 07.12.2004 – 25 U 5029/02 –	RID 05-01-228
OLG Nürnberg , Urt. v. 16.07.2004 – 5 U 2383/03 –	RID 05-01-215
OLG Stuttgart , Urt. v. 21.10.2004 – 2 U 79/04 –	RID 05-01-239
OLG Zweibrücken , Urt. v. 23.11.2004 – 5 U 11/03 -	RID 05-01-218
OVG Hamburg , Urt. v. 24.09.2004 – 1 Bf 47/01 -	RID 05-01-236
OVG Niedersachsen , Beschl. v. 27.07.2004 – 8 LA 55/04 -	RID 05-01-197
OVG Niedersachsen, Urt. v. 14.09.2004 – 5 LB 141/04 -	RID 05-01-235
OVG Niedersachsen, Beschl. v. 29.09.2004 – 1 ME 303/03 -	RID 05-01-234
OVG Niedersachsen, Urt. v. 29.09.2004 – 8 KN 4124/01 -	RID 05-01-241
OVG Niedersachsen, Urt. v. 30.09.2004 – 8 LB 73/03 -	RID 05-01-242
OVG Niedersachsen, Beschl. v. 19.01.2005 – 8 ME 181/04 –	RID 05-01-198
SG Berlin , Beschl. v. 26.02.2004 – S 71 KA 344/03 ER 04 -	RID 05-01-68
SG Berlin, Urt. v. 09.06.2004 – S 71 KA 336/01 -	RID 05-01-23
SG Berlin, Urt. v. 09.06.2004 – S 79 KA 128/02 -	RID 05-01-70
SG Berlin, Beschl. v. 24.08.2004 – S 71 KA 161/04 ER -	RID 05-01-67
SG Berlin, Urt. v. 03.11.2004 – S 79 KA 237/02 –	RID 05-01-98
SG Berlin, Urt. v. 03.11.2004 – S 79 KA 319/02 –	RID 05-01-97
SG Berlin, Urt. v. 10.11.2004 – S 71 KA 12/03 –	RID 05-01-47

SG Dortmund , Urt. v. 26.01.2005 – S 44 KR 395/04 –	RID 05-01-144
SG Dresden , Urt. v. 28.07.2004 - S 15 KA 374/03 -	RID 05-01-42
SG Dresden, Urt. v. 29.09.2004 - S 11 KA 5005/03 Z -	RID 05-01-53
SG Dresden, Urt. v. 10.11.2004 – S 25 KR 254/04 -	RID 05-01-117
SG Dresden, Urt. v. 15.12.2004 – S 25 KR 1229/04 -	RID 05-01-160
SG Duisburg , Urt. v. 15.06.2004 – S 7 KR 182/02 -	RID 05-01-116
SG Düsseldorf , Urt. v. 17.03.2004 – S 2 (25) KA 155/01 -	RID 05-01-32
SG Düsseldorf, Urt. v. 17.11.2004 – S 17 KA 220/03 –	RID 05-01-48
SG Düsseldorf, Beschl. v. 30.11.2004 – S 2 KA 360/04 ER –	RID 05-01-46
SG Düsseldorf, Urt. v. 08.12.2004 – S 2 KA 43/02 -	RID 05-01-33
SG Frankfurt a. M. , Urt. v. 08.09.2004 – S 27 KA 1180/04 -	RID 05-01-54
SG Frankfurt a. M., Beschl. v. 09.11.2004 – S 20 KR 3073/04 ER -	RID 05-01-176
SG Frankfurt a. M., Urt. v. 10.11.2004 – S 27 KA 79/03 –	RID 05-01-10
SG Frankfurt a. M., Urt. v. 10.11.2004 – S 27 KA 421/04 -	RID 05-01-40
SG Frankfurt a. M., Urt. v. 10.11.2004 – S 27 KA 2040/04 –	RID 05-01-45
SG Frankfurt a. M., Beschl. v. 17.11.2004 – S 27 KA 421/04 -	RID 05-01-93
SG Frankfurt a. M., Urt. v. 01.12.2004 – S 20 KR 4624/03 -	RID 05-01-124
SG Hamburg , Urt. v. 01.09.2004– S 27 KA 379/01 –	RID 05-01-69
SG Hamburg, Urt. v. 08.09.2004 – S 27 KA 365/01 –	RID 05-01-43
SG Hannover , Urt. v. 10.03.2004 – S 10 KA 1571/00 –	RID 05-01-88
SG Kiel , Beschl. v. 20.08.2004 – S 13 KA 65/04 ER –	RID 05-01-92
SG Leipzig , Urt. v. 08.09.2004 – S 8 KR 139/02 –	RID 05-01-153
SG Leipzig, Urt. v. 08.09.2004 – S 8 KR 246/02 -	RID 05-01-131
SG Leipzig, Urt. v. 16.12.2004 – S 8 KR 540/04 –	RID 05-01-146
SG Mainz , Urt. v. 19.05.2004 – S 2 KA 270/01 -	RID 05-01-83
SG Mannheim , Urt. v. 01.07.2004 – S 5 KR 1876/04 –	RID 05-01-184
SG Marburg , Beschl. v. 27.01.2005 – S 12 KA 1130/04 ER –	RID 05-01-79
SG Marburg, Beschl. v. 31.01.2005 – S 6 SF 4/04 -	RID 05-01-169
SG Marburg, Beschl. v. 31.01.2005 – S 6 SF 5/04 -	RID 05-01-170
SG München , Urt. v. 01.04.2004 – S 33 KA 498/03 –	RID 05-01-73
SG München, Urt. v. 19.05.2004 – S 42 KA 1343 –	RID 05-01-87
SG München, Urt. v. 25.06.2002 – S 45 KA 312/99 - de	RID 05-01-19
SG München, Urt. v. 17.11.2004 – S 19 KR 1087/03 -	RID 05-01-174
SG München, Urt. v. 23.11.2004 – S 47 KR 544/02 –	RID 05-01-156
SG München, Urt. v. 03.12.2003 – 33 KA 1161/00 -	RID 05-01-25
SG Münster , Urt. v. 11.10.2004 - S 2 KA 118/02 -	RID 05-01-78
SG Neuruppin , Urt. v. 14.10.2004 – S 9 KR 147/04 -	RID 05-01-185
SG für das Saarland , Urt. v. 06.10.2004 – S 2 KA 15/04 –	RID 05-01-60
SG für das Saarland, Beschl. v. 14.12.2004– S 2 ER 89/04 KA –	RID 05-01-89
SG Stuttgart , Urt. v. 28.10.2003 – S 4 KR 5695/03 -	RID 05-01-182
SG Stuttgart, Urt. v. 02.08.2004 – S 8 KR 4117/04 -	RID 05-01-183
SG Stuttgart, Beschl. v. 14.09.2004 – S 12 KR 5462/04 ER -	RID 05-01-187
SG Ulm , Urt. v. 23.09.2003 – S 1 KR 427/03 -	RID 05-01-179
SG Ulm, Urt. v. 23.09.2003 – S 1 KR 428/03 -	RID 05-01-180
SG Ulm, Urt. v. 23.09.2003 – S 1 KR 429/03 -	RID 05-01-181
SG Ulm, Beschl. v. 08.10.2004 – S 1 A 2892/04 ER –	RID 05-01-189
VG Frankfurt a. M. (B. f. Heilb.), U. v. 19.10.2004 – 21 BG 1748/04 -	RID 05-01-201
VG Lüneburg , Urt. v. 09.06.2004 – S 5 A 251/02 -	RID 05-01-247
VG Minden , Beschl. v. 17.11.2004 – 7 L 905/04 –	RID 05-01-199
VG für das Saarland , Urt. v. 11.01.2005 – 3 K 174/04 –	RID 05-01-230
VG Stuttgart , Urt. v. 15.09.2004 – 17 K 2917/04 -	RID 05-01-226

ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT

Stand: 03.02.2005

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 - Aufhebung bestandskräftiger Honorarbescheide (I/95-IV/97)	21/04	Hat ein Psychologischer Psychotherapeut, der in den Quartalen I/95 - IV/97 am Delegationsverfahren teilgenommen hat, einen Anspruch auf eine höhere Vergütung der zeitabhängigen und genehmigungsbedürftigen Leistungen unter teilweiser Rücknahme der bestandskräftig gewordenen Honorarbescheide?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 12.11.2003 - L 5 KA 4387/02 -	04-01-04
	24/04	Hat ein Diplom-Psychologe, der in den Quartalen I/95 - I/96 am Delegationsverfahren teilgenommen hat, einen Anspruch auf erneute Entscheidung gemäß § 44 Abs 2 SGB 10 zur Erlangung einer höheren Vergütung der zeitabhängigen und genehmigungsbedürftigen Leistungen unter teilweiser Rücknahme der bestandskräftig gewordenen Honorarbescheide?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 12.11.2003 - L 5 KA 4408/02 -	04-01-04a
Mengen(zuwachs)begrenzende Regelungen	80/03	Sind mengen(zuwachs)begrenzende Regelungen im Rahmen eines Honorarverteilungsmaßstabes rechtmäßig? <i>S.a. bei Praxisbudgets/Teilbudgets</i>	LSG Brandenburg , Urt. v. 13.08.2003 - L 5 KA 27/00 -	04-01-05
"Arztlohn" und radiologische/pathologische Praxen (Hessen 1997/98)	50/02 42, 44/03, 4, 9, 12, 13/04 29, 30/04 Termin: 08.12.2004	Steht die Honorierung der Fachärzte für Radiologie in den Quartalen III, IV/97, I/98 und II/98 im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mit höherrangigem Recht im Einklang?	LSG Hessen , Urt. v. 16.10.2002 - L 7 KA 721/00 -, v. 29.01.2003 - L 7 KA 1105/01 u. 921/01 -; v. 17.09.2003 - L 7 KA 165/01 -; - L 7 KA 1104/01 -, - L 7 KA 1128/01 - Urt. v. 17.12.2003 - L 7 KA 212/00; 1440/00	03-01-04 03-04-11 03-04-12 juris
	28, 36, 38 u. 40/03 Termin: 08.12.2004	Verstößt ein Honorarverteilungsmaßstab, der für radiologische Leistungen Honorarbegrenzungsregelungen vornimmt, gegen höherrangiges Recht?	LSG Hessen , Urt. v. 26.02.2003 - L 7 KA 707, 1441/00, 1373, 1187/01 -	03-03-25 u. 26a-c
	39/03 Termin: 08.12.2004	Verstößt ein Honorarverteilungsmaßstab, der für pathologische Leistungen Honorarbegrenzungsregelungen vornimmt, gegen höherrangiges Recht?	LSG Hessen , Urt. v. 26.02.2003 - L 7 KA 723/00 -	03-03-26
	40/04 Termin: 09.12.2004	Verstößt ein Honorarverteilungsmaßstab, der für pathologische Leistungen Honorarbegrenzungsregelungen vornimmt, gegen höherrangiges Recht	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 28.01.2004 - L 11 KA 7/01 -	04-04-04
	79/04	Verstößt ein Honorarverteilungsmaßstab, der für radiologische Leistungen Honorarbegrenzungsregelungen vornimmt, gegen höherrangiges Recht?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 21.07.2004 - L 10 KA 5/02 -	05-01-06 (S. 11)

Honorarbegrenzung für radiologische Leistungen/Angemessene Vergütung	84/03 Termin: 09.12.2004	Verstoßen Honorarbegrenzungsregelungen bei radiologischen Leistungen (hier: I-IV Quartal 1996) im Rahmen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und eines Honorarverteilungsmaßstabes gegen höherrangiges Recht? Kann dem Gebot "angemessener" vertragsärztlicher Vergütung nur entnommen werden, dass sparsam geführte und ausgelastete Praxen - im Rahmen einer typisierender Betrachtung - die Möglichkeit haben müssen, aus der Summe der Einnahmen aus vertrags- und privatärztlicher Versorgung die finanziellen Grundlagen für das Fortbestehen der Praxis unter Einschluss eines angemessenen Arztlohnes zu erwirtschaften	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 24.09.2003 - L 11 KA 7/01 -	04-02-12
Radiologen (KV Brandenburg)	43/04	Steht die Honorierung der Fachärzte für Radiologie in den Quartalen IV/97 und I/98 im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg mit höherrangigem Recht im Einklang?	<i>LSG Brandenburg</i> , Urt. v. 10.03.2004 - L 5 KA 13/01 -	04-04-03
Honorarbegrenzung für pathologische Leistungen	71, 73, 74 u. 83/03 Termin: 09.12.2004	Verstößt ein Honorarverteilungsmaßstab, der für pathologische Leistungen Honorarbegrenzungsregelungen vornimmt, gegen höherrangiges Recht?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 21.05.2003 - L 10 KA 52, 47/02 u. 3/03 – - L 11 KA 243/03 –	04-01-09 bis 12
Unterschiedliche Vergütung niedergelassener/ermächtigter Radiologen - Stützungsverpflichtung	26 u. 31/03 Termin: 20.10.2004	Verstößt die Regelung eines Honorarverteilungsmaßstabes, nach der die Leistungen der niedergelassenen Radiologen einerseits sowie diejenigen der ermächtigten Radiologen und der radiologischen Institute andererseits mit unterschiedlichen Punktwerten (hier: letztere höher) vergütet werden, gegen Art 3 Abs 1 und Art 12 GG? Muss der HVM eine Stützung des Punktwertes für das Honorarunterkontingent der diagnostischen Radiologieleistungen vorsehen, wenn im gesamten Radiologiebereich und insbesondere in der Schnittbilddiagnostik Leistungsausweitungen aufgetreten sind?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 05.03.2003 - L 6 KA 25/02 - Urt. v. 05.03.2003 - L 6 KA 92/01 -	03-03-22 03-03-23
	30/03 Termin: 20.10.2004	Verstößt eine Regelung eines Honorarverteilungsmaßstabes, nach der die Leistungen der niedergelassenen Radiologen einerseits sowie diejenigen der ermächtigten Radiologen und der radiologischen Institute andererseits mit unterschiedlichen Punktwerten (hier: letztere höher) vergütet werden, gegen Art 3 Abs 1 und Art 12 GG?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 05.03.2003 - L 6 KA 4/02 -	03-03-24
Einheitlicher Honorartopf für Fachärzte	5/04	Ist eine Regelung im Rahmen eines Honorarverteilungsmaßstabes rechtmäßig, die alle Fachärzte in einem Honorartopf zusammenfasst?	<i>SG Reutlingen</i> , Urt. v. 29.10.2003 - S 1 KA 1561/01 -	04-02-02
Angemessene Vergütung / Honorartopf	6/04	Lässt sich aus dem Gebot der angemessenen Vergütung ärztlicher Leistungen ein Anspruch auf höhere Vergütung begründen? Ist eine Regelung im Rahmen eines Honorarverteilungsmaßstabes, wonach eine Vergütungsverteilung nach Facharztfonds vorgenommen wird, rechtmäßig?	<i>LSG Sachsen</i> , Urt. v. 12.02.2003 - L 1 KA 12/00 -	04-04-06
Trennung der haus- und fachärztlichen Vergütungsbereiche/ Stützungsmaßnahme	67/04	Ist im Rahmen der Honorarverteilung die Stützung des Punktwertes in einem fachärztlichen Bereich (hier Radiologie sowie Histo- und Zytologie) ausschließlich aus dem fachärztlichen Honorarkontingent vorzunehmen oder kann auch dazu das hausärztliche Honorarkontingent herangezogen werden?	<i>SG Hamburg</i> , Urt. v. 30.06.2004 - 3 KA 405/03 -	04-04-07
Ermächtigte Laborärzte - Nrn. 3454 und 3456 EBM	38/04	Sind die Gebührennrn 3454 und 3456 EBM-Ä so auszulegen, dass die ermächtigten Ärzte für Laboratoriumsmedizin im Gegensatz zu ihren zugelassenen Fachkollegen nur die Grundpauschale nach der Gebührennr 3456 EBM-Ä und nicht nach der Gebührennr 3454 EBM-Ä geltend machen können?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 21.04.2004 - L 5 KA 34/03 -	04-03-25
	34, 35, 36, 37/04	Sind die Gebührennrn 3454 und 3456 EBM-Ä so auszulegen, dass die ermächtigten	<i>SG Dortmund</i> ,	04-03-26

		Ärzte für Laboratoriumsmedizin im Gegensatz zu ihren zugelassenen Fachkollegen nur die Grundpauschale nach der Gebührennr 3456 EBM-Ä und nicht nach der Gebührennr 3454 EBM-Ä geltend machen können? Verstößt die unterschiedliche Bewertung der Grundpauschalen nach den Gebührennrn 3454 und 3456 EBM-Ä für niedergelassene und für ermächtigte Laborärzte gegen das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit?	Urt. v. 04.11.2003 - S 9 KA 94/02, 225/00, 33/03, 39/03 -	bis 29
Belegärztliche Tätigkeit – Vergütungsausschluss bis 150 Punkte	64/04	Verstößt eine Regelung im Rahmen eines Honorarverteilungsmaßstabes gegen höherrangiges Recht, wenn sie ärztliche Leistungen im Rahmen einer belegärztlichen Tätigkeit, die im EBM mit weniger als 150 Punkten bewertet sind, von der Vergütung ausschließt?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 30.06.2004 - L 3 KA 54/04 -	04-04-11
Vergütungsausschluss verspätet eingereichter Abrechnungsscheine	19/04	Darf eine Kassenärztliche Vereinigung die Vergütung erst im Folgequartal eingereichter Abrechnungsscheine von Laborärzten ablehnen, wenn der Versicherte seine Versichertenkarte erst nach Quartalsende dem Überweiser nachgereicht hatte und daher dieser erst nachträglich den vertragsärztlichen Überweisungsschein und der Laborarzt erst dann die vertragsärztliche Abrechnung erstellen konnten? Darf eine Kassenärztliche Vereinigung die Vergütung im Folgequartal eingereichter Abrechnungsscheine auch dann ablehnen, wenn die verspätete Einreichung der Abrechnungsscheine (bzw Überspielung der entsprechenden Daten) auf einem Fehler der EDV-Anlage des Arztes beruht?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 10.09.2003 - L 5 KA 2811/02 -	04-02-20
	20/04	Darf eine Kassenärztliche Vereinigung die Vergütung erst im Folgequartal eingereichter Abrechnungsscheine von Laborärzten ablehnen, wenn der Versicherte seine Versichertenkarte erst nach Quartalsende dem Überweiser nachgereicht hatte und daher dieser erst nachträglich den vertragsärztlichen Überweisungsschein und der Laborarzt erst dann die vertragsärztliche Abrechnung erstellen konnten?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 10.09.2003 - L 5 KA 2777/02 -	04-02-21
Thematische Eingrenzung des Widerspruchs	45/03 Termin: 23.02.2005	Wird durch thematische Eingrenzung des Widerspruchs auf einzelne Abrechnungsposten eines Honorarbescheids dieser nur teilweise Gegenstand des Widerspruchsverfahrens? Ist dementsprechend im anschließenden Gerichtsverfahren nur eine Teilanfechtung gegeben?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 21.01.2003 - L 6 KA 105/00 -	03-04-25
	77/03 Termin: 23.02.2005	Wird ein Honorarbescheid, der vom Vertragsarzt nur wegen der Honorierung bestimmter Leistungen angegriffen wird, im übrigen bestandskräftig?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 21.01.2003 - L 6 KA 18/02 -	04-02-19

Praxisbudgets/Teilbudgets

KV-bezogenen Fallpunktzahlen und "gekürzter" Gesamtleistungsbedarf 1996	80/03	Darf bei der Berechnung der KV-bezogenen Fallpunktzahlen für Praxisbudgets der Quartale IV/1997 - III/1998 an den "gekürzten" Gesamtleistungsbedarf der betreffenden Arztgruppe des Jahres 1996 angeknüpft werden? <i>S.a. bei Honorarverteilung</i>	LSG Brandenburg , Urt. v. 13.08.2003 - L 5 KA 27/00 -	04-01-05
Erweiterung Praxisbudgets/ Zusatzbudgets	75/03	Kann ein hausärztlicher Internist eine Erweiterung seines Praxisbudgets sowie des Zusatzbudgets "Sonographie" wegen eines in seiner Praxis sicherzustellenden besonderen Versorgungsbedarfs beanspruchen, wenn er die Schwerpunktbezeichnung "Endokrinologie" führt und die Nrn 17, 18, 78 und 376 EBM-Ä 10 % bis 17 % seines Gesamtpunktzahlvolumens ergeben?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 28.05.2003 - L 11 KA 3/00 -	04-01-23
Teilbudget "Sonografieleistungen" - 55 % der Gesamthonorarforderung	28/04	Ist eine Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet die Fallpunktzahl für das Teilbudget "Sonografieleistungen" nach Kap C Abschn VII EBM-Ä hinsichtlich der Schilddrüsenso-	LSG Hessen , Urt. v. 03.03.2004	04-03-11

		nografie anzuheben, wenn bei dem betroffenen Vertragsarzt die damit zusammenhängenden Leistungen ca 55 % der Gesamthonorarforderung ausmachen?	- L 7 KA 1233/01 -	
Psychosomatische Leistungen	80/04	Hat eine Allgemeinmedizinerin einen Anspruch auf Erweiterung des qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets Psychosomatik hinsichtlich der Gebührennummern 850 und 851 EBM-Ä und des Praxisbudgets hinsichtlich der Gesprächsleistungen nach den Gebührennummern 10, 11, 18 EBM-Ä, wenn die psychosomatischen Leistungen in den Bezugsquartalen 4,14 % (Fachgruppe 1,2 %) betragen und die überdurchschnittliche Abrechnung von Gesprächsleistungen einer geringen Patientenzahl gegenübersteht?	LSG Brandenburg , Urt. v. 25.08.2004 - L 5 KA 4/01 -	05-01-15 (S. 16)

Laborreform '99

Allgemeinarzt und Wirtschaftlichkeitsbonus	55/03 Termin: 23.02.2005	Ist die Ausgestaltung eines Laborbudgets, die je nach Umfang des Überweisungsanteils dazu führen kann, dass die Gebührennr 3452 vollständig nicht vergütet wird, grundsätzlich rechtmäßig bzw bedurfte es einer Ausnahmeregelung?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 09.04.2003 - L 5 KA 1753/01 -	03-04-28
Laborarzt	2/04	Verstoßen die Einbeziehung der Auftragsleistungen in die Laborbudgets der überweisenden Ärzte und der Wirtschaftlichkeitsbonus nach Nr 3452 EBM-Ä gegen höherrangiges Recht?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 10.09.2003 - L 5 KA 3000/01 -	04-01-50

Sachlich-rechnerische Berichtigung

Korrektur eines Honorarbescheides nach geringerer Gesamtvergütung	78/03	Darf eine Kassenzahnärztliche Vereinigung Honorarbescheide (hier: 1997-1999) im Falle erst späterer Festlegung der Gesamtvergütung, die zu einer geringeren Höhe des Honorars führt, den überzahlten Teil auf Grund sachlich-rechnerischer Richtigstellung und/oder § 50 Abs 1 SGB 10 zurückfordern?	SG Berlin , Urt. v. 14.05.2003 - S 79 KA 29/01 -	04-02-31
Korrektur eines Honorarbescheides wegen übermäßiger Ausdehnung	14/04	Können bei einem bereits genehmigten Weiterbildungsassistenten Honorarkürzungen mit der Begründung einer übermäßigen Ausdehnung erfolgen oder hätte man diesen Gesichtspunkt bereits bei der Genehmigung berücksichtigen müssen?	SG Dortmund , Urt. v. 06.11.2003 - S 14 KA 126/01 -	04-03-13
Praxisgemeinschaft: Rechtsmissbräuchliche Fallzahl-erhöhung	76/04	Sind bei einer Praxisgemeinschaft, die früher als Gemeinschaftspraxis geführt wurde, erhöhte Anforderungen an die Vertragsärzte im Hinblick auf eine Hinweispflicht nach § 76 Abs 3 S 3 SGB 5 zu stellen und kann eine Kassenzahnärztliche Vereinigung bei Erreichen bestimmter Prozentsätze von Wechslern eine sachlich-rechnerische Richtigstellung vornehmen?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 09.06.2004 - L 5 KA 4316/02 -	05-01-18 (S. 18)
Nrn. 187, 381, 388, 1115 EBM (Kontrollsonogr. n. Schwangerschaftsabbruch)	77/04	Hat eine Vertragsärztin (hier: Gynäkologin) Vergütungsansprüche für Kontrollsonographien nach ambulant durchgeführten Schwangerschaftsabbrüchen, die am Tage des Eingriffs noch vor der Entlassung der Patientin in den häuslichen Bereich vorgenommen worden sind und für das im Zusammenhang mit einer Sterilisation erfolgte Anlegen eines Portioadapters?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 18.08.2004 - L 3 KA 183/03 -	05-01-26 (S. 22)
Fachfremdheit bei unterschiedlichen Weiterbildungsordnungen (HNO/Röntgen)	75/04	Stellt die Durchführung von Röntgenaufnahmen der Halswirbelsäule für einen Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde eine fachfremde Leistung dar?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 18.08.2004 - L 3 KA 103/03 -	05-01-22 (S. 21)
Nephrologe und Nr. 273 EBM	44/04 vgl. Termin. 08.09.2004 zu 37 u. 46/03	Kann ein Vertragsarzt die Gebührennr 273 des EBM-Ä neben den Gebührennrn 791ff EBM-Ä abrechnen, wenn er Medikamente durch Infusionen in einen bereits liegenden Zugang aufgrund einer Dialyse verabreicht?	LSG Brandenburg , Urt. v. 10.03.2004 - L 5 KA 9/01 -	03-03-28 u. 28b

Arztregister/Fachkunde/Notfalldienst/Genehmigung zur Künstlichen Befruchtung

Prüfungskompetenz einer KV bei Eintragung als Psychologischer Psychotherapeut	27/04	Beschränkt sich die Prüfungskompetenz einer Kassenärztlichen Vereinigung bei der Entscheidung über die Eintragung als Psychologischer Psychotherapeut sowie als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut in das Arztregister hinsichtlich der in § 12 PsychThG geregelten tatbestandlichen Voraussetzungen auf die Feststellung, ob die erforderlichen Fall- bzw. Stundenzahlen erreicht sind?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 12.11.2003 - L 10 KA 76/02 -	04-02-50
Fachkundenachweis Psycholog. Psychotherapeut	10/04	Ist ein Psychologischer Psychotherapeut berechtigt, den für die Eintragung in das Arztregister erforderlichen Fachkundenachweis nachträglich zu erbringen?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 12.11.2003 - L 10 KA 82/02 -	04-01-47
	59/04	Ist eine Anrechnung der in § 12 Abs 4 S 3 PsychThG geforderten theoretischen Ausbildung nur dann möglich, wenn sie postgraduell durchgeführt worden ist?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 10.03.2004 - L 10 KA 35/03 -	04-03-21
	68/04	Ist eine Anrechnung der in § 12 Abs 3 und 4 PsychThG geforderten theoretischen Ausbildung nur insoweit möglich, als sie postgraduell durchgeführt worden ist?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 21.07.2004 - L 10 KA 42/03	04-04-37
Notfalldienst und ärztliche Praxis	73/04	Ist eine Teilnahme am organisierten ärztlichen Notfalldienst nur dann möglich, wenn der betreffende Arzt über eine ärztliche Praxis verfügt?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 25.06.2003 - L 11 KA 8/02 -	05-01-44 (S. 27)
Befristete Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen	60/03	Darf eine Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen nach § 121a SGB 5 befristet werden?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 07.05.2003 - L 11 KA 197/01 -	04-01-52

Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress

Einzelfallprüfung mit Hochrechnung	72/03 Termin: 23.02.2005	Verletzen die Prüfungsgremien den ihnen zustehenden Beurteilungsspielraum, wenn sie wegen der geringen Größe der in Frage kommenden Vergleichsgruppe nicht die Regelprüfmethode des statistischen Kostenvergleichs, sondern die stichprobenweise Einzelfallprüfung mit Hochrechnung gewählt haben?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 20.08.2003 - L 5 KA 1089/03 -	04-01-54
Wirtschaftlichkeitsprüfung und EBM-Budgetierung / Vergleichsgruppe	79/03 omV: 23.02.2005	Ist die Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nach zuvor erfolgter Budgetierung im Rahmen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes rechtmäßig oder muss sie vor der Budgetierung erfolgen? Sind die Prüfungsgremien zur Bildung einer engeren Vergleichsgruppe verpflichtet, wenn eine als Allgemeinärztin zugelassene Vertragsärztin eine besondere Behandlungsausrichtung iS der Homöopathie, Anthroposophischen Medizin, Umweltmedizin sowie allgemein iS einer "sprechenden Medizin" geltend macht?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 04.09.2003 - L 5 KA 38/02 -	04-01-53
Vergleichsgruppe Gynäkologen und künstliche Befruchtung	39/04	Ist die Vergleichsgruppe von Gynäkologen bei der auf einzelne Leistungssparten beschränkten Wirtschaftlichkeitsprüfung wegen der Ausrichtung der betroffenen Praxis auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung weiter zu spezifizieren?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 14.05.2003 - L 10 KA 20/02 -	04-03-31
Arzneikostenregresses – Einblick in alle Verordnungen	1/04	Zur Rechtmäßigkeit eines Arzneikostenregresses (hier: Quartale III/97, IV/97 und II/98), der im Rahmen eines statistischen Vergleichs mit ergänzender repräsentativer Einzelfallprüfung mit anschließender Hochrechnung durchgeführt wurde?	LSG Hessen , Urt. v. 03.11.2003 - L 7 KA 44/02 -	04-02-62
Sprechstundenbedarfsregress - Interventionsset u. Volon A	41/03 Termin: 20.10.2004	Zur Rechtmäßigkeit eines Sprechstundenbedarfsregresses aufgrund der Verordnung sogenannter coaxialer Interventionssets sowie des Medikaments Volon A.	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 12.03.2003 - L 11 KA 94/01 -	03-04-44
Zuständigkeit - Fehlerhafte	65/03	Sind die Prüfungsgremien im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen für die	LSG Thüringen ,	03-04-45

Zuordnung von Sprechstundenbedarf	Termin: 20.10.2004	Feststellung eines "sonstigen Schadens" zuständig, der aus einer fehlerhaften Zuordnung von Sprechstundenbedarf zum Primär- und Ersatzkassenbereich hergeleitet wird?	Urt. v. 25.06.2003 - L 4 KA 737/01 -	
	26, 31/04	Ist ein Prothetik-Einigungsausschuss bei einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung für die Schadensfeststellung bei mangelhafter prothetischer Leistungserbringung unter Geltung des § 30 SGB 5 idF des GKVNOG 2 (Festzuschussystem) zuständig?	SG München , Urt. v. 14.11.2003 - S 42 KA 5295/02, 5275/02 -	04-03-34 u. 35
Prüfvereinbarung/Rechtsanwaltskosten	78/04	Kann in einer Prüfvereinbarung die Erstattung von Aufwendungen für die Zuziehung eines Rechtsanwalts im Abhilfeverfahren vor dem Prüfungsausschuss wirksam ausgeschlossen werden und ist die Hinzuziehung eines Bevollmächtigten bereits im Abhilfeverfahren der vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung regelmäßig notwendig?	SG für das Saarland , Urt. v. 06.10.2004 - S 2 KA 15/04 -	05-01-60 (S. 34)

Richtgrößen-Vereinbarung

Rückwirkendes Inkrafttreten	46, 47, 51, 52, 53 u. 63/04 45, 48, 49, 50, 54, 55, 56, 57, 58 u. 60/04	Verstößt eine Richtgrößen-Vereinbarung einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung für das Jahr 1998 gegen höherrangiges Recht, wenn sie erst im Laufe des betreffenden Kalenderjahres vereinbart wurde und ein rückwirkendes Inkrafttreten für das gesamte Kalenderjahr vorsieht?	LSG Berlin , Urt. v. 25.02.2004 - L 7 KA 280/02, 23/03, 3/03, 25/03, 41/03 u. 9/03 Urt. v. 03.03.2004 - L 7 KA 10/03, 278/02, 279/02, 44/03, 26/03, 28/03, 37/03, 49/03, 52/03 u. 4/03	04-04-43 u. 44
	65, 66/04	Ist die Richtgrößenvereinbarung für 1999 unwirksam, wenn die Vertragspartner die in Art 17 GKV-SolG vorgesehenen Fristen nicht eingehalten haben und eine Veröffentlichung im entsprechenden Ärzteblatt nicht stattgefunden hat?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 14.07.2004 - L 11 KA 4/04 u. 174/03	04-04-41 u. 42

Zulassung und Ermächtigung

Zulassungskriterien nach Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen	66/03 Termin: 23.02.2005	Ist die Auswahl unter mehreren Bewerbern nach einer partiellen vorübergehenden Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen anhand der Kriterien des § 103 Abs 4 S 4 SGB 5 bzw in Anlehnung an Art 33 Abs 2 GG vorzunehmen oder ist unter Berücksichtigung der Nr 23 S 2 ÄBedarfsplRL der Zeitpunkt des Eingangs des Zulassungsantrages maßgeblich?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 09.04.2003 - L 10 KA 43/02 -	03-04-57
Zulassung nach aufgehobener Sperre - "Windhundprinzip"	81/03 Termin: 23.02.2005	Ist der Antragseingang auch dann ein zulässiges Auswahlkriterium im Rahmen der Neuzulassung nach partieller Öffnung des gesperrten Planungsbereichs, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen dies in seinem Öffnungsbeschluss nicht ausdrücklich aufgenommen hat und hat derjenige zuerst einen Antrag gestellt, der als erster alle erforderlichen Unterlagen vorlegt?	LSG Thüringen , Urt. v. 26.02.2003 - L 4 KA 406/01 -	03-03-53
Gleichzeitige Teilnahme an der haus- und fachärztl. Versorgung (Allgemeinmediziner)	74/04	Hat ein Arzt für Allgemeinmedizin Anspruch darauf, dass ihm über den 31.12.2002 hinaus gestattet wurde, die fachärztlichen Leistungen nach den Nrn 4438 - 4445 EBM-Ä (Labor) zu erbringen? Verstößt die Regelung des § 73 Abs 1a SGB 5 gegen die Berufsfreiheit des Art 12 Abs 1 S 2 GG?	LSG Hessen , Urt. v. 26.05.2004 - L 7 KA 34/04 -	05-01-74 (S. 39)
Zulassungsentziehung	67/03 Termin: 20.10.2004	Zur Rechtmäßigkeit der Entziehung der Zulassung bei einem Vertragsarzt, der sich ua über das Gebot der Einhaltung der Grenzen des eigenen Fachgebietes hinweg gesetzt hat; eine unzulässige Zusatzbezeichnung führt; beleidigende Äußerungen gegenüber Mitarbeitern einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung vorgenommen und ein von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ausgesprochenes Ruhen seiner Zulassung missachtet hat.	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 11.9.2002 - L 5 KA 3536/01 -	03-04-62

Ermächtigung eines Kinderchirurgen	3/04	Ist die Beschränkung der Ermächtigung eines Krankenhausarztes (hier: Kinderchirurg) auf einen Katalog enumerativ aufgezählter Krankheitsbilder und auf das Erfordernis der Überweisung durch niedergelassene Gebietsärzte (hier: Allgemeinchirurgen) rechtmäßig?	SG Dortmund , Urt. v. 23.10.2003 - S 14 KA 208/01 -	04-02-92
Reichweite der Begründungsfrist und Beteiligtenstatus	69 u. 70/03 omV: 23.02.2005	Gilt das Erfordernis, für den Widerspruch binnen eines Monats Gründe anzugeben (§ 44 S 1 Ärzte-ZV), auch für denjenigen, der am Verwaltungsverfahren nicht beteiligt war, vielmehr nur den Bescheid zugestellt erhalten hat? (hier Widerspruch gegen die gegenüber einem Praxispartner erfolgte Rücknahme der Zulassung bzw. der Genehmigung zur Führung einer Gemeinschaftspraxis)	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 21.11.2002 - L 5 KA 73/01 - - L 5 KA 79/01 -	03-04-62
Kostentragung des Mitbewerbers nach erfolglosem Widerspruch	62/04	Ist § 63 Abs 1 SGB 10 analog auch auf die Fälle anzuwenden, wenn der Widerspruchsführer (und Kostenschuldner) keine Körperschaft, sondern eine natürliche Person (hier Konkurrent im Nachbesetzungsverfahren) ist?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 26.05.2004 - L 11 KA 106/03 -	04-03-47

Gesamtvergütung

Bindung einer Krankenkasse an Gesamtvergütungsvertrag	71, 72/04	Hat eine einzelne Krankenkasse einen subjektiv öffentlichen Rechtsanspruch auf die Gestaltung eines Gesamtvergütungsvertrages oder ist sie an einen zwischen dem zuständigen Landesverband und einer Kassenärztlichen Vereinigung geschlossenen Vertrag gebunden?	SG Dortmund , Urt. v. 30.03.2004 - S 9 KA 52/03 – - S 9 KA 53/03 –	04-02-99 04-04-63
Zahnärzte: Grundsatz der Beitragssatzstabilität bei Punktwertfestsetzung – Jahr 2000	22 u. 23/04	Zur Berücksichtigung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität bei der Punktwertfestsetzung für vertragszahnärztliche Leistungen nach den Gebührentarifen C (Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen) und D (Kieferorthopädische Behandlung) im Jahr 2000 durch ein Landesschiedsamt.	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 07.01.2004 – L 11 KA 69/02 – – L 11 KA 173/02 -	04-02-98 04-02-16
	25/04	Zur Berücksichtigung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität hinsichtlich der Ausgabenvolumina sowie hinsichtlich der Punktwerte der Gebührentarife C (Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen) und D (Kieferorthopädische Behandlung) des EBM-Z im Jahr 2000 durch ein Landesschiedsamt im Ersatzkassenbereich.	LSG Hessen , Urt. v. 10.12.2003 - L 7 KA 425/02 -	04-03-49
	42/04	Ist bei der Festlegung des Volumens der Gesamtvergütung für 2000 von den in 1999 abgesenkten Punktwerten für Versorgungen mit Zahnersatz und Zahnkronen sowie für kieferorthopädische Behandlungen auszugehen (hier: Schiedsamtsentscheidung im Ersatzkassenbereich)?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 31.03.2004 - L 3 KA 93/03 -	04-03-50
Degressionsfreie Punktmenge 1. Halbjahr 1997	17 u. 18/04	Handelt es sich bei der Degressionsregelung nach § 85 Abs 4b SGB 5 um eine pro-rata-temporis Regelung, wonach sich die degressionsfreie Punktmenge auch dann entsprechend verringert, wenn diese Vorschrift nur für einen Teil des Kalenderjahres Gültigkeit hat?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 07.01.2004 – L 11 KA 48/03 – u. – L 11 KA 173/03 -	04-02-101 u. 102

Verwaltungsgebühren

Verwaltungsgebühren für Erstattung von Intraokularlinsen	68/03	Verstößt die Satzungsbestimmung einer KÄV, wonach auf die Sachkostenerstattung für bei ambulanten Star-Operationen implantierten Intraokularlinsen ein Verwaltungskostenbeitrag erhoben wird, gegen höherrangiges Recht?	LSG Bayern , Urt. v. 30.04.2003 - L 12 KA 145/01 -	03-04-68
----------------------------------------------------------	-------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------	----------

Verfahrensrecht/Gebühren und Sonstiges

Rechtmäßigkeit der Krankenpflegerichtlinien	69/04	Verstoßen die Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege insoweit gegen höherrangiges Recht, soweit darin ein abschließendes Leistungsverzeichnis erstellt worden ist?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 30.06.2004 – L 11 KA 160/03 -	04-04-66
Erhöhungsgebühr nach	12/03	Steht einem Rechtsanwalt nach einem erfolgreich durchgeführten Widerspruch-	LSG Schleswig-Holstein ,	03-02-52

§ 6 BRAGO	Termin: 20.10.2004 omV	verfahren, das eine Wirtschaftlichkeitsprüfung zum Gegenstand hatte, die Erhöhungsgebühr nach § 6 BRAGO zu, wenn er eine Gemeinschaftspraxis vertreten hat?	Urt. v. 18.12.2002 - L 4 KA 4/02 -	
	15/04 Termin: 20.10.2004	Steht einem Rechtsanwalt nach einem erfolgreich durchgeführten Widerspruchsverfahren, das eine Zuordnung zu einem fachgruppenbezogenen HVM-Topf zum Gegenstand hatte, die Erhöhungsgebühr nach § 6 BRAGeO zu, wenn er eine Gemeinschaftspraxis vertreten hat? Zur Höhe des Gegenstandswertes bei Unwirksamkeit einer Zuordnung zu einem fachgruppenbezogenen HVM-Topf.	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 04.09.2003 - L 5 KA 5/03 -	04-02-114
	32/04	Steht einem Rechtsanwalt nach einem erfolgreich durchgeführten Widerspruchsverfahren, das einen Honorarstreit bezüglich der Berechnung der Fallpunktzahlen von Zusatzbudgets zum Gegenstand hatte, die Erhöhungsgebühr nach § 6 BRAGeO zu, wenn er eine Gemeinschaftspraxis vertreten hat?	LSG Berlin , Urt. v. 10.03.2004 - L 7 KA 29/01 -	04-03-60

ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG (LEISTUNGSRECHT)

Stand: 13.12.2004

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				
Operativen Brustaufbau	B 1 KR 3/03 R Termin: 19.10.2004	Hat eine Krankenkasse die Kosten für einen operativen Brustaufbau zu übernehmen, wenn sich bei der Versicherten aufgrund ihres gestörten Körperempfindens ein erheblicher Leidensdruck mit stark beeinträchtigtem Selbstwertgefühl und mit emotionalen Störungen der sozialen Funktion entwickelt hat?	<i>SG Marburg</i> , Urt. v. 27.08.2002 - S 6 KR 202/99 -	03-02-71
	B 1 KR 23/03 R Termin: 19.10.2004	Hat eine Krankenkasse die Kosten für eine Mamma-Aufbauplastik einschließlich des hierfür notwendigen Krankenhausaufenthalts zu übernehmen, wenn durch die vorhandene Brustgröße eine psychische Erkrankung bzw Störung vorliegt?	<i>LSG Sachsen</i> , Urt. v. 21.05.2003 - L 1 KR 51/02 -	03-04-91
Brustverkleinerung	B 1 KR 9/04 R Termin: 19.10.2004	Hat die gesetzliche Krankenkasse für eine aus orthopädischen und physischen Gründen gewünschte operative Brustverkleinerung aufzukommen?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 09.12.2003 - L 1 KR 7/03 -	04-03-106
Komplexe Behandlung bei Schizophrenie	B 1 KR 18/03 R Termin: 16.02.2005	Begründet eine komplexe spezielle Behandlung bei einer Versicherten, die an einer chronifizierten Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis leidet, Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 15.05.2002 - L 4 KR 89/97 -	03-03-96
Photodynamischen Therapie (PDT)	B 1 KR 27/02 R Termin: 19.10.2004	Zur Kostenerstattung einer Photodynamischen Therapie (PDT) mit Verteporfin als Krankenbehandlung bei einer Neovaskularisationsmembran, die auf einem Kolobom im jugendlichen Alter beruht, durch eine Krankenkasse.	<i>LSG Mecklenburg-Vorpommern</i> , Urt. v. 15.05.2002 -L 4 KR 19/01 -	02-04-60
Dauerpigmentierung	B 1 KR 28/02 R Termin: 19.10.2004 omV	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?	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 25.06.2002 - L 1 KR 78/01 -	03-02-70
Extrakorporale Stosswellentherapie	B 1 KR 28/03 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten für eine extrakorporale Stosswellentherapie zur Behandlung eines Hüftleidens zu erstatten?	<i>SG Lüneburg</i> , Urt. v. 22.07.2003 - S 9 KR 59/00 -	04-01-95
ICSI bei Sterilisation während früherer Ehe	B 1 KR 11/03 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten für eine in-vitro-Fertilisation mittels intracytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI) zu übernehmen, wenn die Infertilität des Ehemannes auf einer Sterilisation während einer früheren Ehe beruht?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 31.01.2003 - L 4 KR 3130/02 -	03-03-82
	B 8 KN 1/04 KR R	Hat die Bundesknappschaft im Rahmen der knappschaftlichen Krankenversicherung die Kosten für eine künstliche Befruchtung mittels einer In-Vitro-Fertilisation iVm einem Verfahren der intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) zu übernehmen, wenn die Infertilität des Ehemannes auf einer Sterilisation und einer nichtgeglückten Refertilisierung beruht?	<i>LSG Sachsen-Anhalt</i> , Urt. v. 11.12.2003 - L 6 KN 3/03 KR -	04-02-156
ICSI - Privat versicherter Ehemann	B 1 KR 32/03 R B 1 KR 3/04 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten einer künstlichen Befruchtungsmaßnahme in Form einer extrakorporalen Befruchtung (IVF) mit intrazytoplasmatischer Spermieninjektion	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 23.10.2003 - L 5 KR 50/03 –	04-01-112

		(ICSI) zu übernehmen, wenn die Ursache der Sterilität bei dem privat versicherten Ehemann liegt?	SG Regensburg , Urt. v. 24.09.2003 - S 2 KR 191/03	juris
ICSI - Privatversicherte Ehefrau	B 1 KR 23/04 R	Hat eine gesetzliche Krankenkasse im Rahmen einer künstlichen Befruchtung auch für die Kosten aufzukommen, die unmittelbar im Zusammenhang mit dem privat versicherten Ehegatten stehen?	SG Darmstadt , Urt. v. 26.04.2004 - S 10 KR 1922/02 -	04-04-86
	B 1 KR 33/04 R	Muss eine Krankenkasse zugunsten des bei ihr versicherten Ehemannes vollständig für die Kosten einer künstlichen Befruchtung (mit intracytoplasmatischer Spermieninjektion - ICSI) aufkommen, wenn die Ehefrau privat versichert ist und die Fertilitätsstörung ausschließlich beim gesetzlich versicherten Ehemann besteht?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 15.11.2004 - L 5 KR 223/03 -	05-01-118 (S. 56)
ICSI - Weibliche Fertilitätsstörung	B 1 KR 29/04 R	Hat eine Versicherte unter Berücksichtigung des Art 3 GG auch dann einen Kostenerstattungsanspruch für eine künstliche Befruchtung mit intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI), wenn nicht eine männliche sondern eine weibliche Fertilitätsstörung vorliegt?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 27.09.2004 - L 16 KR 167/03 -	04-04-85
Ausschluss der Uterus-Ballon-Therapie	B 1 KR 5/04 R	Ist der Ausschluss der Uterus-Ballon-Therapie aus der vertragsärztlichen Versorgung durch die Richtlinien des Bundesausschusses rechtmäßig?	SG Dortmund , Urt. v. 26.01.2004 - S 8/16 KR 13/03	04-02-148
Auskunftsanspruch gegenüber Vertragsarzt	B 1 KR 38/02 R Termin: 07.12.2004	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

Kosten für stationäre Behandlung

Zusatzkosten (Knochenzellentransplantat)	B 1 KR 25/04 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten für die Anzüchtung und Lieferung von antologen Chondrozyten aus körpereigenem Gewebe die anlässlich einer stationär durchgeführten antologen Chondrozytentransplantation (ATC) vorgenommen wurde, zu erstatten, wenn der Versicherte sich gegenüber der Herstellerfirma vertraglich zur Kostentragung verpflichtet hat?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 19.07.2004 - L 5 KR 63/02 -	04-04-98
Geburtshaus	B 1 KR 34/04 R	Hat eine Versicherte einen Anspruch auf Erstattung der Kosten für Unterkunft, Pflege und Verpflegung in einem Geburtshaus gegenüber der Krankenkasse?	SG Altenburg , Urt. v. 08.11.2004 - S 4 KR 554/04 -	vgl. 03-01-68 u. 69; 03-03-97

Kostenerstattung

Abschlag im Kostenerstattungsverfahren („Erstattungsfall“)	B 10 KR 4/04 R	Ist eine Krankenkasse bei Wahl des Kostenerstattungsverfahrens für eine kieferorthopädische Behandlung berechtigt, je Erstattungsfall den Erstattungsbetrag um einen Abschlag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu mindern?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 27.05.2004 - L 1 KR 92/03 -	04-04-94
------------------------------------------------------------	----------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------	----------

Kostenerstattungsanspruch für Behandlung im Ausland/Inland

Sachleistungsanspruch in Deutschland bei niederländischem Wohnsitz	B 1 KR 17/03 R	Ist ein in den Niederlanden wohnhafter Versicherter, der eine Rente aus der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung erhält, berechtigt, während eines (vorübergehenden) Aufenthalts in Deutschland, Sachleistungen zu Lasten der deutschen Krankenkasse in Anspruch zu nehmen?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 27.03.2003 - L 5 KR 198/02 -	03-03-97
Deutscher aus Spanien in Deutschland	B 1 KR 2/04 R	Hat ein in der KVdR versicherter Deutscher, der in Spanien und in Deutschland wohnt, während des Aufenthalts in Deutschland Anspruch auf Sachleistungen gegen einen deutschen Krankenversicherungsträger?	SG Düsseldorf , Urt. v. 03.09.2003 - S 4 KR 108/02 -	04-02-167
Deutscher aus Frankreich in Deutschland	B 1 KR 4/04 R	Hat ein in der KVdR versicherter Deutscher, der in Frankreich wohnt, während des vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland Anspruch auf Ausstellung einer Krankenversichertenkarte zwecks Inanspruchnahme von Sachleistungen gegen einen	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 08.01.2004 - L 16 KR 185/02 -	04-02-166

		deutschen Krankenversicherungsträger?		
Pflegeversicherung in Spanien	B 12 P 4/02 R Termin: 26.01.2005	Ist ein in Spanien lebender deutscher Rentner, der außerdem eine spanische Rente bezieht, in der deutschen sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig bzw versicherungsberechtigt?	LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 29.08.02 - L 16 P 143/00 -	juris
	B 12 P 9/03 R Termin: 26.01.2005	Sind die Voraussetzungen für eine Pflichtversicherung in der sozialen Pflegeversicherung erfüllt, wenn die KVdR eines auch eine spanische Rente beziehenden Versicherten wegen Verlegung des Wohnsitzes in einen anderen Mitgliedstaat (hier Spanien) ruht?	LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 27.06.2003 - L 4 P 38/01 -	juris
Behandlungsmethode nach Dr Kozijavkin/Ukraine	B 1 KR 21/04 R	Entspricht die Behandlungsmethode nach Dr Kozijavkin/Ukraine bei einer cerebralen Bewegungsstörung mit Entwicklungsretardierung seit September 1999 dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse im Sinne des § 18 Abs 1 S 1 SGB 5 und war die Behandlung damit im Sommer 2000 nur im Ausland möglich?	LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 16.06.2004 - L 4 KR 101/04 -	04-04-101

Arzneimittel

Arzneimittelbegriff (D-Ribose)	B 1 KR 12/04 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten für D-Ribose zur Behandlung der Krankheitsfolgen eines Myoadenylate-Deaminase-Mangels (MAD) im Rahmen der Arzneimittelversorgung zu erstatten?	LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 04.03.2004 LSG Essen, L 16 KR 84/03	04-02-180
Viagra	B 1 KR 20/03 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten des Arzneimittels Viagra bei einem Versicherten, der aufgrund eines insulinpflichtigen Diabetes mellitus an einer erektilen Dysfunktion leidet, zu erstatten?	LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 27.03.2003 - L 5 KR 200/02 -	03-03-108
	B 1 KR 25/03 R	Hat ein Versicherter, der an einer dauerhaften erektilen Dysfunktion wegen Diabetes mellitus leidet, einen Anspruch auf Kostenerstattung bzw Kostenübernahme des Arzneimittels Viagra?	LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 20.08.2003 - L 4 KR 24/02 -	04-01-132
	B 1 KR 26/03 R	Hat ein Versicherter, der an einer dauerhaften erektilen Dysfunktion wegen Diabetes mellitus mit schwerer Stoffwechselentgleisung und schweren Risikofaktoren leidet, Anspruch auf Kostenerstattung bzw Kostenübernahme des Arzneimittels Viagra?	LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 20.08.2003 - L 4 KR 152/02 -	04-01-133
	B 1 KR 28/04 R	Hat ein Versicherter, der an einer erektilen Dysfunktion wegen multipler Sklerose leidet, einen Anspruch auf Kostenerstattung des Arzneimittels Viagra?	LSG Berlin, Urt. v. 25.08.2004 - L 9 KR 130/02 -	
Wobe-Mugos E	B 1 KR 6/04 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten für ein in der Nachzulassung befindliches Arzneimittel (hier: Wobe-Mugos E) zu erstatten? Ist die Negativliste nach § 34 Abs 3 SGB 5 verfassungsgemäß?	LSG Bayern, Urt. v. 22.01.2004 - L 4 KR 217/02 -	04-02-184
Diätetisches Dickungsmittel	B 1 KR 12/03 R	Muss die Krankenkasse die Kosten für ein diätetisches Dickungsmittel übernehmen, wenn dem Versicherten nur mit deren Hilfe eine ausreichende Menge an Flüssigkeit verabreicht werden kann?	LSG Niedersachsen, Urt. v. 28.06.2001 - L 4 KR 174/99 -	01-04-87

Hilfsmittel/Heilmittel

C-Leg	B 3 KR 1/04 R Termin: 16.09.2004	Hat eine Krankenkasse die Kosten einer Oberschenkelprothese mit einem elektronisch gesteuerten Kniegelenk (C-Leg) zu erstatten, wenn bereits eine Versorgung mit einer Oberschenkelprothese mit hydraulischem Kniegelenk erfolgt ist?	LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 06.11.2003 - L 5 KR 7/03 -	04-01-163
	B 3 KR 6/04 R Termin: 16.09.2004	Hat eine Krankenkasse einen Versicherten mit einer Oberschenkelprothese mit einem elektronisch gesteuerten Kniegelenk (C-Leg) zu versorgen, wenn er bereits über eine Oberschenkelprothese mit hydraulischem Kniegelenk verfügt und diese weiterhin funktionsbereit ist?	LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 06.11.2003 - L 5 KR 241/02	04-01-164

	B 3 KR 2/04 R B 3 KR 20/04 R Termin: 16.09.2004 B 3 KR 36/04 R	Hat eine Krankenkasse einen Versicherten mit einer Oberschenkelprothese mit einem elektronisch gesteuerten Kniegelenk (C-Leg) zu versorgen, wenn er bereits über eine herkömmliche Oberschenkelprothese mit hydraulischem Kniegelenk verfügt und diese weiterhin funktionsfähig ist?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 12.12.2003 - L 4 KR 5018/02; v. 26.03.2004 - L 4 KR 246/03 – Urt. v. 16.07.2004 - L 4 KR 1333/03 -	04-02-195 04-03-119
Schwimm- oder Badeprothese	B 3 KR 16/04 R Termin: 16.09.2004	Hat ein Versicherter einen krankenversicherungsrechtlichen Anspruch auf Versorgung mit einer wasserfesten Beinprothese (Schwimm- oder Badeprothese)?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 05.02.2004 - L 16 KR 102/03 -	04-02-193
Reha-Kinderwagen	B 3 KR 31/04 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten für einen Reha-Kinderwagen für ein Kind zu übernehmen, das an einer geistigen Behinderung und an einer Erethie (Bewegungsdrang) leidet?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 18.07.2004 - L 4 KR 4085/02 -	04-04-117
Festbetrag (Hörgeräte)	B 3 KR 14/03 R	Verstößt die Beschränkung der Leistungspflicht einer Krankenkasse im Hilfsmittelbereich (hier: Hörgeräte) auf einen Festbetrag gegen höherrangiges Recht insbesondere bei wesentlichen technischen Weiterentwicklungen?	LSG Bayern , Urt. v. 28.11.2002 - L 4 KR 134/01 -	03-04-103

Häusliche Krankenpflege

Behandlungspflege/Grundpflege	B 3 KR 9/04 R	Entfällt der Anspruch gegen die Krankenkasse auf Behandlungspflege als häusliche Krankenpflege gemäß § 37 Abs 2 S 1 SGB 5, weil die benötigte Maßnahme der Behandlungspflege in die Hilfeleistung bei Verrichtungen der Grundpflege nach § 14 Abs 4 SGB 11 einbezogen und damit Gegenstand der Leistungspflicht der Pflegekasse ist?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 04.12.2003 - L 5 KR 23/03 -	04-02-209
	B 3 KR 8/04 R	Entfällt der Anspruch eines Pflegebedürftigen gegen die Krankenkasse auf häusliche Krankenpflege gemäß § 37 Abs 2 S 1 SGB 5 durch Hilfe bei der Medikamenteneinnahme, wenn die Medikamente jeweils "nach der Nahrungsaufnahme" zu verabreichen sind und Pflegebedarf bei der Nahrungsaufnahme besteht?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 04.12.2003 - L 5 KR 139/03 -	04-02-210
	B 3 KR 35/04 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten für ärztlich verordnete Geh- und Bewegungsübungen, die von Pflegekräften bei einer überwiegend bettlägerigen und schwerstpflegebedürftigen Versicherten durchgeführt werden, im Rahmen der Behandlungspflege zu übernehmen oder ist dafür die Pflegekasse im Rahmen der Grundpflege zuständig?	LSG Bayern , Urt. v. 01.07.2004 - L 4 KR 179/02 -	04-04-126
	B 3 KR 38/04 R	Gehört die Krankenbeobachtung eines schwerstbehinderten Versicherten mit therapieresistenten multifokalen Anfallsleiden und wechselnder Anfallshäufigkeit zur Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 19.07.2004 - L 5 KR 13/03 -	04-04-128
	B 3 KR 19/04 R	Hat ein Versicherter, der in einem Wohnheim für psychisch Kranke wohnt und nicht pflegebedürftig ist, Anspruch auf häusliche Krankenpflege gemäß § 37 Abs 2 S 1 SGB 5?	LSG Bayern , Urt. v. 27.11.2003 - L 4 KR 88/01 -	04-03-135
	B 3 KR 42/04 R	Handelt es sich bei der vertragsärztlich verordneten regelmäßigen Katheterisierung der Blase einer Versicherten, die Leistungen nach der Pflegestufe III erhält, um eine von der Krankenkasse zu tragende Maßnahme der Behandlungspflege?	LSG Bayern , Urt. v. 28.10.2004 - L 4 KR 15/04 -	05-01-158 (S. 68)
Mobilisierungsübungen	B 8 KN 4/04 KR R	Zählen ärztlich verordnete Bewegungsübungen (bei Zustand nach Akustikneurinom-OP, Hydrocephalusaresorption mit Ventoimplantat) zu den Maßnahmen der Behandlungspflege iS von § 37 Abs 2 S 1 SGB 5 oder sind sie als Bewegungstherapie iS von § 32 Abs 1 SGB 5 bzw als Pflegeleistungen iS der so genannten aktivierenden Pflege im Rahmen der	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. L 2 KN 76/04 KR	04-04-127

		Grundverrichtung "Gehen" nach § 14 Abs 4 Nr 3 SGB 11 zu berücksichtigen?		
Zuschuss zur Hospizversorgung	B 1 KR 26/04 R	Zur Berechnung der Höhe des von der Krankenversicherung nach § 39a SGB 5 zu gewährenden Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen und zur Frage, wie die Leistungen der Pflegeversicherung im Rahmen der vollstationären Pflege in diesem Zusammenhang zu berücksichtigen sind.	LSG Saarland, Urt. v. 28.07.2004 - L 2 KR 21/02 -	04-04-134

Zuzahlung

Überschreiten der Einnahmengrenzen	B 1 KR 10/04 R	Ist ein chronisch kranker Versicherter, der zunächst nach § 61 Abs 1 iVm Abs 2 SGB 5 (in der bis 31.12.2003 geltenden Fassung) von der Zuzahlung befreit war, bei Überschreiten der Einnahmengrenzen nach dieser Bestimmung mit sofortiger Wirkung nach § 62 Abs 1 S 2 Halbs 2 SGB 5 vollständig von der Zuzahlung zu befreien oder kann dies erst nach Ablauf des Jahres erfolgen, in dem erstmalig Zuzahlungen in Höhe der 1-v.H.-Regelung geleistet wurden?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 09.09.2003 - L 1 KR 81/03 -	04-03-146
------------------------------------	----------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	-----------

Krankenhauskosten

Kostenerstattungsanspruch/Versorgungsvertrag im Genehmigungsverfahren	B 3 KR 27/04 R	Besteht ein Kostenerstattungsanspruch für einen Krankenhausaufenthalt, wenn zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme ein Versorgungsvertrag besteht, der durch die zuständige Landesbehörde noch genehmigt werden muss?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 18.05.2004 - L 11 KR 1138/04 -	04-03-150
Krankenhausverlegung und Prüfungsrecht einer Krankenkasse vor Zahlung	B 3 KR 30/04 R	Zur Notwendigkeit der weiteren Krankenhausbehandlung, wenn der Versicherte im Anschluss an eine Hüftgelenksoperation wegen cerebraler Verwirrheitszustände in ein anderes Krankenhaus verlegt wurde.	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 06.05.2004 - L 5 KR 197/03 -	04-03-151 vgl. Erratum 04-04
Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Krankenhausbehandlung	B 3 KR 5/04 R	Zur Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Krankenhausbehandlung bei einem Versicherten der sich von 7 bis 17 Uhr, verbunden mit einer zeit- und personalintensiven Betreuung, im Krankenhaus aufgehalten hat.	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 19.08.2003 - L 1 KR 73/02 -	04-02-220
	B 3 KR 11/04 R	Liegt eine stationäre Krankenhausbehandlung vor, wenn sich bei einer voroperativen Untersuchung des Versicherten herausstellt, dass die geplante Zahnoperation nicht durchgeführt werden kann, und der Versicherte am Tag der Aufnahme wieder entlassen wird?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 13.01.2004 - L 1 KR 72/02 -	04-04-146
Psychiatrie-Patienten	B 1 KR 32/04 R	Zum Anspruch auf fortdauernde Krankenhausbehandlung bei Psychiatrie-Patienten im Falle von nicht aufgezeigten konkreten Behandlungsalternativen (Abweichung vom Urteil des BSG vom 13.5.2004 - B 3 KR 18/03 R = SozR 4-2500 § 39 Nr 2).	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 21.09.2004 - L 1 KR 58/03 -	05-01-165 (S. 71)
	B 3 KR 40/04 R	Zur Frage der Notwendigkeit fortdauernder Krankenhausbehandlung bei Psychiatrie-Patienten, die aufgrund ihres Krankheitsbildes von der Krankenkasse als Pflegefall angesehen werden.	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 21.09.2004 - L 1 KR 115/03 -	05-01-164 (S. 71)
Stundenweise Aufnahme eines Neugeborenen	B 3 KR 18/04 R	Reicht die stundenweise Aufnahme eines Neugeborenen (Geburt 0.15 Uhr, Verlegung in ein anderes Krankenhaus 1.30 Uhr) auf die Säuglingsstation zur Berechnung der einen "Mindestaufenthalt von einem Belegungstag" erfordernden Fallpauschale 16.02 aus?	LSG Hessen , Urt. v. 19.02.2004 - L 14 KR 848/01 -	04-03-157
Abgrenzung Krankenhausbehandlung/Rehabilitation	B 3 KR 9/03 R Termin: 20.01.2004	Ist für die Abgrenzung zwischen Krankenhausbehandlung und stationärer med. Rehabilitation entscheidend, ob bei der Maßnahme die ärztliche Behandlung im Vordergrund steht oder ob die pflegerische Betreuung gleiches Gewicht wie die ärztliche Behandlung hat? Handelt es sich um eine qualifiziert begründete Ablehnung der Kostenübernahme für eine Krankenhausbehandlung, wenn die Krankenkasse auf eine Maßnahme der Rehabilitation hinweist, für die der Rentenversicherungsträger zuständig ist? Zum Vorliegen von akuter Behandlungsbedürftigkeit iS von § 13 Abs 2 Nr 1 SGB 6.	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 30.04.2003 - L 4 KR 224/00 -	03-04-109

Sonderentgelt und Fallpauschale	B 3 KR 25/04 R Termin: 20.01.2005	Zur Feststellung des Zeitpunktes des Abschlusses der Wundheilung iS der A-Fallpauschalen 9.021 und 9.081 bei Verwendung selbstauflösenden Nahtmaterials.	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 08.10.2003 - L 4 KR 253/01 -	04-03-155
	B 3 KR 26/04 R Termin: 20.01.2005	Zur Feststellung des Zeitpunktes des Abschlusses der Wundheilung iS der A-Fallpauschale 9.021 durch die behandelnden Ärzte bei resorbierbarem Nahtmaterial.	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 08.10.2003 - L 4 KR 254/01	04-03-156
Verjährung	B 3 KR 32/04 R	Sind für Vergütungsansprüche wegen stationärer Krankenhausbehandlung in der GKV seit 1.1.2000 die Verjährungsvorschriften des BGB anzuwenden?	<i>SG Marburg</i> , Urt. v. 27.05.2004 - S 6 KR 902/02 -	04-03-153

Weitere Leistungserbringer

Antragsbefugnis pharmazeutischen Unternehmens bzgl. Festbetragsgruppen-Neubestimmungs-VO	B 3 KR 10/04 R Termin: 24.11.2004	Besitzt ein pharmazeutisches Unternehmen, das ACE-Hemmer und Kombinationspräparate zur Blutdrucksenkung in Form von Fertigarzneimitteln herstellt, iS von § 35a Abs 7 S 2 SGB 5 die Antragsbefugnis für eine gerichtliche Entscheidung, mit der die Feststellung der Nichtigkeit von Bestimmungen der Festbetragsgruppen-Neubestimmungs-VO vom 21.1.2003 begehrt wird (hier: geltend gemachte Verletzung subjektiver Rechte durch die vorgenommene Absenkung von Festbeträgen)?	<i>LSG Berlin</i> , Urt. v. 17.09.2003 - L 9 KR 2/03 NV -	04-03-115
Apotheke: Importarzneimittel (Tasmar) bei Verkehrsverbot infolge Ruhens der erteilten Zulassung	B 1 KR 21/03 R	Hat die Krankenkasse der abgebenden Apotheke ein aus der Schweiz importiertes Arzneimittel (hier Tasmar) zu vergüten, wenn im Zeitpunkt der ärztlichen Verordnung und der Abgabe des Medikaments ein Verkehrsverbot infolge Ruhens der erteilten Zulassung bestand, welches die Europäische Kommission für sämtliche Mitgliedstaaten der EG verbindlich angeordnet hat?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 05.06.2003 - L 5 KR 99/02 -	03-04-101
Apotheker: Apothekenrabatt 2002: Arzneimittelausgaben-BegrenzungsG	B 3 KR 34/04 R	Erfasste die durch Art 1 Nr 5 AABG vom 15.2.2002 eingeführte Rabatterhöhung in § 130 Abs 1 S 2 SGB 5 auch die Arzneimittellieferungen im Januar 2002?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 14.06.2004 - L 16 KR 297/03 -	04-03-116
Hilfsmittelerbringerverbände: Festbetrag Stomaartikel	B 3 KR 16/03 R Termin: 24.11.2004	Verstößt die Festbetragsfestsetzung für Stomaartikel für das Land Nordrhein-Westfalen gegen höherrangiges Recht?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 14.08.2003 - L 16 KR 22/99 -	03-04-104
Krankengymnast: Vergütungsanspruch für Arztbericht	B 3 KR 22/03 R Termin: 20.01.2005	Hat ein zugelassener Heilmittelerbringer einen Anspruch auf Vergütung für den gemäß Ziff 29.5 HeilmRL zu erstattenden Arztbericht, wenn zwischen ihm und den Krankenkassen ein vertragsloser Zustand besteht und der einschlägige Landesvertrag für diese Leistung zum fraglichen Zeitpunkt noch keine Vergütung vorsah?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 09.10.2003 - L 5 KR 233/02 -	04-01-148
Krankengymnast: Vergütung für Therapieberichte	B 3 KR 21/04 R Termin: 20.01.2005	Hat ein Heilmittelerbringer, der aufgrund der Heilmittel-Richtlinien vom 6.2.2001 gehalten ist, den verordneten Vertragsarzt jeweils nach Abschluss einer Behandlungsserie schriftlich über das Ergebnis der Therapie zu unterrichten und eine prognostische Einschätzung hinsichtlich der Erreichung des Therapieziels abzugeben, sofern er die Fortsetzung der Therapie für erforderlich hält, einen Vergütungsanspruch für seinen Therapiebericht gegenüber dem Krankenversicherungsträger?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 25.03.2004 - L 16 KR 91/03 -	04-03-117
	B 3 KR 33/04 R Termin: 20.01.2005	Sind Therapieberichte eines Heilmittelerbringers nach Abschn VII Nr 29.5 der HeilmRL von einer Krankenkasse zu vergüten, wenn keine Regelung in den Rahmenverträgen nach § 125 SGB 5 getroffen wurde?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 27.11.2003 - L 2 KR 16/03 -	04-02-191
Heilmittelerbringer: Auswirkun-	B 3 KR 3/04 R	Zu den Auswirkungen der Kündigung eines Vertrages zwischen einem Heilmittelerbrin-	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> ,	04-02-

gen einer Vertragskündigung		ger und den Bundesverbänden der Ersatzkassen bezüglich der Erbringung von ambulanten orthopädisch-traumatologischen Rehabilitationsleistungen.	Urt. v. 21.10.2003 - L 1 KR 10/03 -	192
Heilmittelerbringer: Keine Vergütungsvereinbarung	B 3 KR 28/04 R	Zur Höhe der Vergütung eines zugelassenen Heilmittelerbringers, wenn zwischen dem Verband, dem er angehört, und den Krankenkassen keine Vergütungsvereinbarung iS des § 125 Abs 2 SGB 5 zustande gekommen ist.	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 22.04.04 - L 16 KR 270/02 -	04-03-118
Anerkenntnis-Erklärung eines Heilmittelerbringers	B 3 KR 41/04 R	Zur Verbindlichkeit der Anerkenntnis-Erklärung eines Heilmittelerbringers hinsichtlich der Vergütung krankengymnastischer/physiotherapeutischer Leistungen - hier insbesondere im Bereich Hausbesuche und Arztberichte - gegenüber einer Krankenkasse.	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 28.10.2004 - L 16 KR 106/03 -	05-01-173 (S. 74)

Sonstiges

Aufsichtsmaßnahme - Kostenerstattungen von NuB	B 1 A 1/03 R	Ist eine Aufsichtsmaßnahme rechtmäßig, die eine Krankenkasse verpflichtet, ihre Verfahrenspraxis bei Kostenerstattungen von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie neuen Heilmitteln und ihre diesbezüglichen Versicherteninformationen zu verändern?	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 12.11.2002 - L 1 KR 16/02 -	03-03-125
Abschlag bei Kostenerstattungsverfahren	B 10 KR 4/04 R	Ist eine Krankenkasse bei Wahl des Kostenerstattungsverfahrens für eine kieferorthopädische Behandlung berechtigt, je Erstattungsfall den Erstattungsbetrag um einen Abschlag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu mindern?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 27.05.2004 - L 1 KR 92/03 -	04-04-94
Sonderkündigungsrecht nach Beitragserhöhung	B 12 KR 15 u. 16/04 R B 12 KR 21/04 R Termin: 02.12.2004	Besteht ein Sonderkündigungsrecht nach § 175 Abs 4 S 5 SGB 5, wenn die Beitragserhöhung zeitgleich mit einer Krankenkassenfusion stattfindet?	SG Braunschweig , Urt. v. 29.06.2004 - S 6 KR 121/04, 117/04 -; SG Dresden , Urt. v. 22.07.2004 - S 18 KR 49/04 -	04-03-166 04-04-
	B 12 KR 23, 24 u. 25/04 R Termin: 02.12.2004	Besteht ein Sonderkündigungsrecht nach § 175 Abs 4 S 5 SGB 5, wenn die Beitragserhöhung zeitgleich mit einer Krankenkassenfusion stattfindet? Kann der Zeitpunkt der Wirksamkeit der Kündigung auch rückwirkend festgestellt werden und ist in einem solchen Fall das Versicherungsverhältnis rückabzuwickeln?	SG Düsseldorf , Urt. v. 30.08.2004 - S 8 KR 163, 138 u. 135/04 -	04-04-166

ANHANG III: BEIM BVERFG ANHÄNGIGE VERFAHREN AUS DEM BEREICH DER GKV

die für eine Senatsentscheidung in Betracht kommen (Stand: 18.11.2003):

Entscheidungen des Bundesausschusses	1 BvR 347/98 Entscheidung für 2004 in Aussicht gestellt	Verfassungsrechtliche Legitimation der Entscheidungen des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (§ 92 SGB V)	BSG , Urt. v. 16.09.1997 - 1 RK 28/95 – SozR 3-2500 § 135 Nr. 4 =BSGE 81, 54 = NJW 1999, 1805
Künstliche Befruchtung	1 BvL 5/03	Beschränkung medizinischer Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft auf a) miteinander verheiratete Personen, b) ihre Ei- und Samenzellen (§§ 27a I Nr. 3 u. 4 SHB V i.d.F. des Art. 2 Nr. 2 KOVAnpG 1990)	SG Leipzig , Vorlagebeschl. v. 28.03.2003 - S 8 KR 87/02 – RID 04-01-117