

Rechtsprechungsinformationsdienst 05-02

A. Vertragsarztrecht	7
I. Honorarverteilung	7
1. Psychotherapeuten: Durchschnittspunktwert nach Art. 11 II EG-PsychThG	7
2. Mengenbegrenzung auch unbudgetierter Leistungen	8
3. Erhöhung des Individualbudgets	9
4. Fallzahlbegrenzungsregelung der KV Bayern	9
5. Teilnahme an und Vergütung nach einem Strukturvertrag	9
a) Beschränkung der Fachgruppen (Endoskopie ohne Chirurgen)	9
b) Eingeschränkte Rechtskontrolle eines Strukturvertrages	10
6. Zahnärzte	11
a) Regelleistungsvolumen einheitlich für Kieferorthopäden/Allgemeinzahnärzte	11
b) Degressionsregelung: Fachgruppendifferenzierung/Verrechnung mit Honorar	11
7. Eilverfahren: Kein Anspruch auf höheres Regelleistungsvolumen	11
II. Zusatzbudget: „Betreuung in beschützenden Einrichtungen“	12
III. EBM 2000 plus: Keine abstrakte Normenkontrolle	12
IV. Sachlich-rechnerische Berichtigung und Gebührenrecht	12
1. Nachträgliche Korrektur der Honorarabrechnung und des Honorarbescheids	12
2. Korrekte Abrechnung und Abrechnungsprogramm	14
3. Wiederholte sachlich-rechnerische Berichtigung	15
4. Psychotherapeutische Leistungen ohne Abrechnungsgenehmigung	15
5. Nr. 689 EBM: Zuschlag für farbcodierte Duplex-Sonographie	15
6. Zahnärzte	15
a) Garantiefunktion der Heil- und Kostenpläne	15
b) Nrn. K 1 bis K 3 BEMA-Z (Aufbissbehelf)	16
c) Wurzelspitzenresektion (Nrn. 54b u. c BEMA-Z)(1994)	16
d) Geltendmachung der Ausschlussfrist nach Vorabinformation	16
V. Arztregistereintragung/Fachkunde/Genehmigungen	17
1. Fachkundenachweis Psychotherapie: Behandlung nicht lege artis	17
2. Schmerztherapievereinbarung: Rollstuhlgeeignete Praxis	17
3. Diabetologische Schwerpunktpraxis (Hausärztin/Internist)	18
4. Fortsetzungsfeststellungsklage: Genehmigung einer Entlastungsassistentin	18
5. Teilnahme am allgemeinen Bereitschaftsdienst	19
a) Teilnahme am ärztlichen Notfalldienst: Ärztliche Psychotherapeuten	19
b) Fachärztlicher Bereitschaftsdienst	19
6. Genehmigung eines Vorbereitungsassistenten	20
a) Ohne Approbation mit Zahnheilkundeerlaubnis	20
b) Zahnheilkundeerlaubnis/Praxisumfang	20
VI. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Schadensersatzanspruch	20
Einzelleistungsvergleich/Offensichtliches Missverhältnis (Nr. 18 EBM)	21
VII. Disziplinarrecht	22
1. Keine Pflichtverletzung bei zulässiger Privatliquidation	22
2. Überlastung der Praxis und Terminvergabe	22
3. Absetzungsfrist für Disziplinarbescheide	22
VIII. Zulassungsrecht	23
1. Psychotherapeuten: Zeitfenster und Kindererziehung	23
2. Ermächtigung und Planungsbereich	24
a) Phoniater und Pädaudiologen/55 Jahres-Grenze/Begründungspflicht	24

b) MRT-Leistungen	25
3. Gleichzeitige Teilnahme an der haus- und fachärztl. Versorgung	25
a) Bedarfsgerechte Versorgung: Planungsbereich	25
b) Kurze Übergangsfrist für Ösophagogastroduodenoskopien (Nr. 741 EBM)	26
4. 55-Jahresgrenze und Härtefall	26
5. Rückwirkende Genehmigung der Verlegung des Vertragsarztsitzes	27
6. Erneute Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung	27
7. Zulassungsentziehung und „Wohlfverhalten“	28
8. Keine Umdeutung einer Beendigungsfeststellung in Zulassungsentziehung	28
9. Ermächtigung zur Dialyse bei wohnortnaher Zweigpraxis	29
10. Begründungsfrist bei fehlendem Hinweis	29
IX. Keine Anfechtungsbefugnis gegen Feststellung kollektiven Zulassungsverzichts	30
X. Wahl zum Vorstand der KV Rheinland-Pfalz	30
XI. Gesamtvergütung	31
1. Psychotherapie 2000 - Vorjahresvergütung	31
2. Keine Verzugszinsen für Abschlagszahlungen	31
XII. Anspruch auf Unterlassung und Widerruf	32
XIII. Bundesausschuss: Keine Befugnis für Therapiehinweis (Nr. 14 AMR)	33
XIV. Verfahrensrecht: Keine Wiedereinsetzung nach zweimonatiger Auslandsreise	34
XV. Streitwertfestsetzung, Gegenstandswert und Kosten	34
1. BSG: Anwendung des RVG/Anwaltsgebühr bei Disziplinarbuße	34
2. Weitere Streitwertbeschlüsse	35
XVI. Entscheidungen des BSG	36
1. Honorarverteilung	36
a) Unterschiedliche Punktwerte Strahlentherapie/Stützungsverpflichtung	36
b) Honorarkontingente für Radiologen/Zugelassene und ermächtigte Ärzte	36
c) EBM und HVM/Stützungsregelungen	37
2. Zusatzbudgets: Ausgelaufenes Recht und Nichtzulassungsbeschwerde	37
3. Wirtschaftlichkeitsprüfgremien	37
a) Schadensersatz („Koaxiales Interventionsset“/„Volon A“)	37
b) Zuständigkeit bei fehlerhafter Zuordnung von Sprechstundenbedarf	37
4. Zulassungsentziehung – Maßgeblicher Zeitpunkt	38
5. Gegenstandswert/Erhöhungstatbestand (§ 6 BRAGO)	38
B. Krankenversicherungsrecht	39
I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung	39
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	39
a) Erschwerter Nachweis (NewFill-Behandlung bei Lipodystrophie-Syndrom)	39
b) Interstitielle Brachytherapie mit permanenter Seed-Implantation	40
c) Uterus-Arterien-Embolisation/Begrenzter Herstellungsanspruch	40
d) Offene Kernspintomographie	41
e) Neuropsychologische Therapie (Einstweilige Anordnung)	41
2. Keine Normsetzungsbefugnis des Bundesausschusses	42
3. Positronen-Emissions-Tomographie (PET)	42
4. Auslegung der BUB-RL (Blutreinigung mittels LDL-Apherese)	42
5. Künstliche Befruchtung nur für Ehepaare	43
6. Chronic fatigue Syndrome	43

7. Zahnärztliche Behandlung	43
a) Bescheinigung über Anspruch auf Zahnsteinentfernung	43
b) Zahnersatz: Keine Verpflichtung der Krankenkasse zur Mängelrüge	43
c) Implantatgestützter Zahnersatz (Suprakonstruktion) bei Einzelzahnsituation	43
d) Ausschluss implantologischer Leistungen bei Oligodontie	44
e) Kieferorthopädische Behandlung: Antragszeitpunkt	44
f) Keine Kostenerstattung für Implantatbehandlung bei verspätetem Antrag	44
8. Kein Leistungsanspruch nach Ende der Mitgliedschaft	45
II. Kostenerstattungsanspruch	45
1. Kostenerstattung einer psycholog. Psychotherapie-Behandlung	45
2. Einhaltung des Beschaffungsweges bei Akupunkturbehandlungen	46
III. Kosten für stationäre Behandlung	46
1. Wahlfreiheit bei Krankenhausbehandlung	46
2. Kein Anspruch auf spezielle Operationsmethode	46
3. Krankheitsbegriff:	47
a) Brustverkleinerung/Mammareduktionsplastik	47
b) Reduktion der Fettschürze bzw. Fettabsaugung	47
c) Operative Gewebestraffung	47
4. Autologe Chondrozytenimplantation	48
5. Stationäre Rehabilitation und erreichbares Rehabilitationsziel	48
IV. Behandlung im Ausland	48
1. EuGH: Notwendige Behandlung in Drittstaat	48
2. Zahnersatz-Anfertigung in Frankreich ohne Heil- und Kostenplan	49
3. Versorgung eines Residenten mit Zahnersatz in Portugal	49
4. Stationäre Behandlung in England: Immunologisches Therapieverfahren	49
5. Methode Dr. Kozijavkin bei Multipler Sklerose	49
V. Arzneimittel	49
1. Off-Label-Use: Tomudex („Ralitrexed“)	50
2. Behandlung mit nicht zugelassenem Arzneimittel ("Serostim")	50
3. Fehlende Zulassung/Neue Behandlungsmethode (Recancostat comp.)	50
4. Lorenzo's Öl: Planwidrige Lücke in den AMR	51
5. Anthroposophisches Mistel-Präparat (Helixor A)	51
6. Kein Arzneimittel für erektile Dysfunktion ab 2004	51
a) Viridal - SKAT	51
b) PDE-5-Hemmer (Viagra, Cialis)	52
c) Caverject 20	52
7. Sildenafil (Viagra) – Rechtslage bis 2003	52
8. Ritalin/Einstweilige Anordnung: Verweis auf Unterhaltsanspruch	53
9. Lichtschutzpräparat bei schwerwiegender Hauterkrankung	53
10. Sondennahrung (Krankenkostpräparat Fresubin) ohne Sonde	53
VI. Hilfsmittel	54
1. Festbetragsfestsetzung für Hörgeräte	54
a) Nur Anfechtungsklage gegen die Allgemeinverfügung	54
b) Ausreichendes Hörvermögen objektivierbar	54
c) Volle Kostenerstattung bei unzureichender Versorgung	55
2. Rollstuhl-Fahrradkombination (Speedy-Tandem)	55
3. Elektrorollstuhl	55
4. Dusch-/Toilettenrollstuhl	56
5. Hebeplattform (Hebebühne)	56
6. Lese-Sprech-Gerät mit einer 40-zeiligen Braille-Zeile	56

7. Therapietisch für Durchführung häuslicher Vojtatherapie	56
8. Motorgetriebener Federholz-Lattenrost	57
VII. Häusliche Krankenpflege	57
1. Rechtswidriger Leistungsausschluss durch Richtlinie (Einmalkatheterisierung)	57
2. Behandlungssicherungspflege: Blutzuckermessung	58
3. Insulininjektion bei fehlender Einwilligung unzumutbar	58
VIII. Übernachtungs- und Verpflegungskosten bei Nachsorgeuntersuchung	59
IX. Fehlfahrt eines Rettungsdienstes	59
X. Sterbegeld bei Tod nach dem 31.12.2003	59
XI. Praxisgebühr	60
1. Versichertenklage: Praxisgebühr verfassungsgemäß	60
2. KV-Klage gegen Versicherten auf Zahlung	60
XII. Beziehungen zu Leistungserbringern	61
1. Beziehungen zu Krankenhäusern: Krankenhauskosten	61
a) Stationäre Behandlung eines Hörsturzes	62
b) Stationäre Medikamentengabe zur Vermeidung von Nebenwirkungen	62
c) Hemmung der Verjährungsfrist durch Verhandlungen	62
d) Verzugszinsen	63
2. Apotheker: Keine Retaxierung durch Krankenkasse	63
3. Einhaltung der Heilmittel-RL durch Krankengymnast	63
4. Höhe der Vergütung krankengymnastischer Leistungen	64
5. Häusliche Krankenpflege - An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen	64
6. Lieferung von Blutzuckerteststreifen ohne Vertrag	64
7. Persönliche Eignung eines Leistungserbringers	65
XIII. Herausgabe eines Prozedurenthesaurus durch Bundesministerium	65
XIV. Rechtsbeziehungen zw. Krankenkassen/Aufsichtsbehörden	66
1. Offenlegungspflicht über Bezüge eines Kassenvorstands	66
2. Mitgliederwerbung von Krankenkassen	66
XV. Verfahrensrecht	67
1. Untätigkeitsbeschwerde gegen SG	67
2. Örtliche Zuständigkeit für Klagen von Krankenhäusern gegen Krankenkassen	67
3. Kein Rechtsschutzbedürfnis für Klage gegen Ministerium	68
4. Einstweiliges Rechtsschutzverfahren: Kein Verweis auf Sozialhilfe	68
XVI. Entscheidungen des BSG	68
1. Auskunftsanspruch eines Versicherten gegenüber Vertragsarzt	68
2. Krankheitsbegriff	68
a) Brustvergrößerungsoperation	68
b) Brustverkleinerungsoperation (Mammareduktionsplastik)	68
c) Dauerpigmentierung zur Substitution fehlender Augenbrauen und Wimpern	69
3. Arzneimittel – Seltenheitsfall (Photodynamische Therapie)	69
4. Beweisanforderungen bei neuartigen Hilfsmitteln (C-Leg)	69
5. Beziehungen zu Leistungserbringern	69
a) Stationärer Aufenthalt bei komplexer psych. Behandlung (Schizophrenie)	69
b) Rechtsschutz des Arzneimittelherstellers gegen Festbeträge	69
c) Keine Klagebefugnis einer Handwerksinnung gegen Festbeträge	70
d) Heilmittelerbringer: Vergütung Therapiebericht/Überprüfung von Landesrecht	70
6. Verfahrensrecht: Anforderungen an die Revisionsbegründung	70
7. Pflegeversicherungspflicht bei Wohnsitz in Mitgliedstaat (hier: Spanien)	70

C. Entscheidungen anderer Gerichte	71
I. Ärztliches Berufsrecht	71
1. BVerfG: Sofortige Vollziehung einer Ruhensanordnung	71
2. Ruhen der Approbation	71
a) Ungeeignetheit zur Ausübung des ärztlichen Berufs	71
b) Nicht erprobte Heilbehandlung (Hämoperfusionsbehandlung bei Tumoren)	72
3. BVerwG: Approbation als Psychologischer Psychotherapeut	72
4. Anerkennung psychotherap. Verfahren (Gesprächspsychotherapie)	73
II. Ärztliche, psychotherapeutische und zahnärztliche Berufsausübung	73
1. Generalanwalt EUGH: Österreichische Dentisten als Zahnärzte	73
2. Betrug/Untreue: Rabatte (Entsorgungsleistungen) auf Verordnung	74
III. Arzthaftung	74
1. BGH: Aufklärungspflicht über Nebenwirkung von Medikament	74
2. Geburtsschaden	75
a) Aufklärungsversäumnis/Behinderungsbedingter Mehrbedarf	75
b) Schmerzensgeld (350.000 €) und -rente (500 € monatlich)	75
c) Schmerzensgeld (178.952 €)	75
3. Einwilligungserklärung/Entfernung der Gebärmutter	76
4. Stiftverankerung/Toxavit/Schmerzensgeld für Zahnverlust	76
IV. Private Krankenversicherung/GOÄ/GOZ/Beihilfe	76
1. Implantatgestützter Zahnersatz	76
2. GKV-versicherter Beamter und Praxisgebühr	77
V. Arzneimittel	77
1. EUGH: Vereinfachte Zulassung für Kombi-Homöopathika	77
2. EUGH: Schwedisches Monopol für Arzneimittelverkauf	77
3. EUGH: Französisches Einfuhrgenehmigungsverfahren	77
4. Generalanwalt EuGH: Niederl. Nahrungsergänzungsmittel als dt. Arzneimittel	77
5. BGH: Ergänzendes Schutzzertifikat für Arzneimittel	78
6. Abgrenzung Nahrungsergänzungs-/Arzneimittel (Pilzpulver)	78
7. Erstattung der Zuzahlung durch Pharmaunternehmen	79
VI. Untersagen der Berufsbezeichnung „Psychologischer Psychotherapeut“	79
VII. Weitere Leistungserbringer	79
1. Behandlung von „Winkelfehlsichtigkeit“ durch Optiker	79
2. Hilfsmittel: Abgabeverbot über Ärzte	79
3. Eingliederung des Zahnersatzes als Abnahme der Werkleistung	80
VIII. Verschiedenes	80
1. Weitere Entscheidungen des BVerfG	80
a) Untätigkeit eines Gerichts	80
b) Anwaltsnotare in überörtlichen Sozietäten	81
2. Weitere Entscheidungen des BGH	81
a) Unterlassen aussichtslosen Rechtsmittels kein Schaden (Zulassungsentziehung)	81
b) Auskunft über Privatpatienten an Insolvenzverwalter	81
c) PflEGewohnheim: Schutz der Heimbewohner	82
3. BGH: Krankenhausbehandlungskosten eines mittellosen Notfallpatienten	83
4. Steuerrecht	83
a) BFH: Umsatzsteuerbefreiung bei medizinischer Rehabilitation	83
b) BFH: Umsatzsteuerbare Leistungen eines Heileurythmisten	83

<i>Verzeichnis der Entscheidungen</i>	84
<i>Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht</i>	87
<i>Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung (Leistungsrecht)</i>	94
<i>Anhang III: Beim BVerfG anhängige Verfahren aus dem Bereich der GKV</i>	98

Editorische Hinweise

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

Die Leitsätze unter der Überschrift "**Leitsatz/Leitsätze**" stammen vom jeweiligen Gericht. Ansonsten handelt es sich bei den leitsatzähnlichen Einleitungssätzen 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.

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 05-01) 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-Straße 3, 50931 Köln.

A. VERTRAGSARZTRECHT

I. HONORARVERTEILUNG

S. zuletzt zur Rechtmäßigkeit des Wirtschaftlichkeitsbonus bei Laborleistungen (Nr. 3452 EBM) **BSG**, Urt. v. 23.02.2005 – B 6 KA 55/03 R –; **BSG**, Urt. v. 08./09.12.2004 – B 6 KA 44/03 R 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** – SozR 4-2500 § 85 Nr 4 (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.

Zum **Umfang eines Widerspruchs** gegen einen Honorarbescheid s. **BSG**, Urt. v. 23.02.2005 – B 6 KA 77/03 R –; zur Beschränkung eines Widerspruchs gegen einen Quartalshonorarbescheid, der nicht automatisch **Nachvergütungsbescheide** einbezieht, s. **BSG**, Urt. v. 23.02.2005 – B 6 KA 45/03 R –.

1. PSYCHOTHERAPEUTEN: DURCHSCHNITTPUNKTWERT NACH ART. 11 II EG-PSYCHThG

LSG Bayern, Urt. v. 15.12.2004 – L 12 KA 228/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-01

Psychotherapeutengesetz, Psychotherapeutenhonorar, Punktwert, Stützungsverpflichtung

SGB V § 85 IV; EG-PsychThG Art.11 II

Der über alle Arztgruppentöpfe hinweg gebildete Durchschnittswert ist keinesfalls identisch mit dem durchschnittlichen Punktwert, der sich errechnet, wenn man nur die B II-Leistungen berücksichtigt. Dies ergibt sich daraus, dass der Anteil der B II-Leistungen am Gesamtleistungsvolumen in den einzelnen Teilhonorarfonds sehr unterschiedlich war, und zum anderen daraus, dass der Punktwert der einzelnen Honorartöpfe sehr unterschiedlich war, je nach der Beschickung einerseits und dem Umfang der angeforderten Leistungen andererseits. Diese Vorgehensweise entspricht nicht dem Wortlaut und der Intention des Gesetzes, denn Art.11 II EG-PsychThG stellt ganz eindeutig (nur) auf den für die Vergütung der Leistungen nach Kapitel B II EBM geltenden durchschnittlichen rechnerischen Punktwert der beteiligten Krankenkassen ab.

Richtigerweise kann der **Durchschnittspunktwert** der B II-Leistungen nur in der Weise errechnet werden, dass die für B II-Leistungen angeforderten Punkte mit dem jeweiligen Punktwert multipliziert werden, der in dem Honorarfonds gilt, aus dem die betreffende Leistung vergütet wird. Die so ermittelten aus den einzelnen Töpfen für B II-Leistungen gezahlten Honorare sind aufzuaddieren und die Summe ist durch die Gesamtzahl der für B II-Leistungen angeforderten Punkte zu teilen. Dabei ergibt sich ein "gewichteter" rechnerischer Punktwert für B II-Leistungen, den der Punktwert, der psychotherapeutischen Leistungen höchstens um 10 % unterschreiten darf (vgl. **SG Hannover**, Urt. v. 12.05.2004 - S 16 KA 1034/00 -). Diese Berechnung ist gesondert für die Regionalkassen und für die Ersatzkassen durchzuführen, weil die Punktwerte (z.T. erheblich) von einander abweichen.

Im Quartal I/99 wurden für B II-Leistungen pro Punkt durchschnittlich 8,24/9,35 Pf. für Primär-/Ersatzkassen vergütet. Die 10 %-Grenze von 7,42/8,42 Pf wurde mit einer Vergütung von 7,00/8,92 Pf. nur bei den Primärkassen unterschritten (Quartal II/99: 7,34/9,04 Pf., 6,61/8,14Pf., 6,84/8,52 Pf.; Quartal IV/99: 8,38/8,89 Pf., 7,54/8,00 Pf., 7,15/7,99 Pf.).

Die **Rechtsfolge** dieser Verstöße ist nach Art.11 II EG-PsychThG, dass die KV und die vom Senat beigeladenen Krankenkassen bzw. Krankenkassenverbände, geeignete Maßnahmen zur Begrenzung der Punktwertdifferenz zu treffen haben, also dafür Sorge tragen müssen, dass der Kl. seine

psychotherapeutischen Leistungen in den zu niedrig vergüteten Quartalen mit einem Punktwert vergütet erhält, der mindestens 90 % des durchschnittlichen Punktwertes der B II-Leistungen entspricht. Auf welche Weise die Vertragsparteien die festgestellten Mängel beheben, sei es durch Erhöhung der Gesamtvergütung, sei es durch Umverteilung der Honoraranteile seitens der Beklagten, liegt in deren pflichtgemäßen Ermessen (vgl. BSG v. 28.04.2004 - B 6 KA 62/03 R -).

SG München, Urt. v. 20.01.2004 – S 45 KA 2889/00 u.a. – verurteilte zur Neubescheidung, das **LSG** hob auf die Berufung der Bekl. das Urteil bezüglich des Quartals I/99 Ersatzkassen und bezüglich des Quartals II/99 Ersatzkassen und Primärkassen auf und wies die Klage gegen den Honorarbescheid I/99 bezüglich des Ersatzkassenhonorars ab; hinsichtlich der Quartale I/99 Primärkassen und IV/99 Ersatzkassen und Primärkassen verurteilte es zur Neubescheidung unter Beachtung seiner Rechtsauffassung.

Vgl. zuletzt **SG Hamburg**, Urt. v. 26.11.2003 – S 27 KA 597/99 u.a. - RID 04-02-01.
Parallelverfahren: **SG München**, Urt. v. 02.03.2001 – S 42 KA 4541/00 – wies die Klage ab.
LSG Bayern, Urt. v. 15.12.2004 – L 12 KA 172/01 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-02

2. MENGENBEGRENZUNG AUCH UNBUDGETIERTER LEISTUNGEN

LSG Brandenburg, Urt. v. 10.11.2004 – L 5 KA 35/01 –

RID 05-02-03

Revision anhängig: B 6 KA 10/05 R

Mengenbegrenzungsregelung, Praxisbudgetierung, Fachgruppe, Punktzahlbergrenze
SGB V §§ 85 IV

Ein HVM, der eine Mengenbegrenzungsregelung unter Einbeziehung auch der unbudgetierten Leistungen und der nicht der Praxisbudgetierung unterliegenden Fachgruppen eingeführt hat, ist rechtmäßig.

Die Kl., Fachärzte für Innere Medizin, wandten sich ohne Erfolg gegen die Honorarbegrenzungen in den Quartalen IV/97 bis IV/98. Ihr Leistungsbedarf wurde gemäß § 7 II ff. HVM nach einer Teilabhilfe noch um 10 bzw. 11,84 (III/98) Prozent gekürzt. Mit ihrer Klage begehrt sie eine Nachvergütung zwischen 15.000 und 23.000 DM. **SG Potsdam**, Urt. v. 13.06.2001 – S 1 KA 16/99 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. Mit § 7 II bis VIII HVM hat nach den Entscheidungsgründen des LSG der HVM eine Mengenbegrenzungsregelung unter Einbeziehung auch der unbudgetierten Leistungen und der nicht der Praxisbudgetierung unterliegenden Fachgruppen eingeführt. In Abs. 3 des § 7 HVM sind **quartalsbezogene Durchschnittswerte** hinsichtlich der Fallzahlen und der Fallpunktzahlen für die einzelnen Arztgruppen festgeschrieben. Auf der Grundlage der Fallzahldurchschnitte gemäß Abs. 3 werden gemäß Abs. 6 **vier Fallzahlbereiche** gebildet, für alle Fälle bis zu 50 % des Falldurchschnittes der Arztgruppe (Fallzahlbereich A), für alle Fälle von mehr als 50 % bis 150 % (Fallzahlbereich B), für alle Fälle von mehr als 150 % bis 250 % (Fallzahlbereich C) und für alle darüber hinausgehenden Fallzahlen (Fallzahlbereich D). Für die Fälle des Fallzahlbereiches A wird der Fallpunktzahldurchschnitt gemäß Abs. 3 um 10 % angehoben, für die Fälle des Fallzahlbereiches B erfolgt eine Absenkung um 10 %. Für Fälle des Fallzahlbereiches C erfolgt eine Absenkung um die in der Anlage 4 festgelegten Prozentsätze, für alle Fälle des Fallzahlbereiches D eine Absenkung um 90 %. Das Produkt aus arztindividueller Fallzahl und den sich aus dem dargestellten Berechnungsmodus ergebende Punktzahlen ergibt die arztindividuelle Punktzahlbergrenze. Die angeforderten Punktzahlen werden maximal bis zu dieser Punktzahlbergrenze vergütet (§ 7 VI HVM). In § 8 II HVM 97 wird eine **Punktzahlbergrenze** eingeführt, die sich aus dem Produkt der arztindividuellen Fallzahl und den sich gemäß § 8 II 3 und 4 HVM ergebenden Fallpunktzahlen ergibt. Die arztindividuelle Fallzahl wird dabei - anders als in § 7 HVM - dem Vorjahresquartal entnommen und um 5 Prozent erhöht (§ 8 II 1 HVM). Auf der Grundlage des arztindividuellen Fallzahlwertes werden vier Fallzahlbereiche gebildet, für die die Fallpunktzahlwerte entweder angehoben (bis zu 50 Prozent des Fallzahlwertes) oder in mehreren Stufen abgesenkt werden (§ 8 II 2 bis 4 HVM). Während § 7 II ff. HVM eine Fallpunktzahlabsenkung bei erheblicher Überschreitung des Fallzahldurchschnitts der Arztgruppe des Jahres 1995 vorsieht und daraus eine Punktzahlbergrenze anrechnet, schafft § 8 HVM eine weitere - andere - Punktzahlbergrenze. Diese ergibt - wie bei den Klägern - sich aus Fallpunktzahlabsenkungen (§ 8 II HVM) bei Überschreitung der anerkannten arztindividuellen Fallzahl bzw. der um 5 % erhöhten arztindividuellen Fallzahl des Vorjahresquartals. Während § 7 HVM mithin einen Vergleich mit der Arztgruppe vornimmt, also auf Überschreitungen innerhalb der Arztgruppe abstellt, vergleicht § 8 HVM den Arzt mit seinen eigenen Fallzahlen des Vorjahresquartals.

3. ERHÖHUNG DES INDIVIDUALBUDGETS

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 16.02.2005 – L 11 KA 108/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-04

Individualbudget, Honorarverteilung, Honorarvolumen
SGB V § 85 IV

Es ist sachgerecht, wenn eine KV bei ihrer Entscheidung über die Erhöhung eines Individualbudgets Abrechnungsquartale zugrunde legt, in denen der Vertragsarzt aufgrund der Änderung des EBM die Möglichkeit hatte, die Nr. 16 EBM abzurechnen. Demgegenüber erscheint es keinesfalls sachgerechter, Quartale zugrunde zu legen, in denen diese Abrechnungsmöglichkeit nicht bestand. Dabei kann sie von ihrer ansonsten üblichen Verwaltungspraxis nur vom Honorarvolumen eines Quartals ausgehen, soweit ihr weitere Abrechnungsdaten nicht vorliegen. Sinkt das Abrechnungsvolumen, so macht dies deutlich, dass aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung eine Erhöhung des maximalen Punktzahlenvolumens nicht in Betracht kommt.

Der Kl. ist seit 1980 als Orthopäde/Rheumatologe zugelassen. Ab dem Quartal III/99 gewährte die Bekl. ihm im Rahmen des Individualbudgets ein maximal zulässiges Punktzahlvolumen von 1.248.859 Punkten. Der Fachgruppendurchschnitt betrug 1.247.349 Punkte. Eine Erhöhung des Individualbudgets lehnte die KV ab. *SG Düsseldorf*, Urt. v. 25.06.2003 – S 14 (25) KA 204/00 – verpflichtete die KV zur Neubescheidung, weil sie in ihr gemäß § 7 Abs. 11 des im Zeitpunkt der Entscheidung geltenden HVMs eingeräumte Ermessen nicht fehlerfrei ausgeübt habe, da sie lediglich auf ein Quartal und nicht wie ansonsten üblich auf einen Zeitraum von vier Quartalen abgestellt habe. Das *LSG* wies die Klage ab.

4. FALLZAHLBEGRENZUNGSREGELUNG DER KV BAYERN

LSG Bayern, Urt. v. 27.10.2004 – L 12 KA 89/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-05

Honorarverteilung, Fallzahlbegrenzung, Honorarverteilungsgerechtigkeit
§ 85 IV SGB V

Die Fallzahlbegrenzungsregelung der KV Bayern ist für das Quartal II/97 nicht zu beanstanden.

Nach dem HVM gilt, getrennt für beide Kassenbereiche: Eine Begrenzung der ambulanten Fallzahl in der Weise, dass erst bei Überschreiten eines Grenzwertes der Gesamtfallzahl einer Arztgruppe (hier: Allgemeinärzte) im Abrechnungsquartal (hier: Quartal II/99) verglichen mit der jeweiligen Gesamtfallzahl des entsprechenden Quartals 1997, erhöht um die durch den seither erfolgten Arztzahlzuwachs bedingte Fallzahlmehrerung, für jeden Arzt ein Schwellenwert ermittelt wird, der sich errechnet aus der Gesamtfallzahl GKV des Arztes im entsprechenden Quartal 1997. Überschreitet die Gesamtfallzahl GKV des Arztes die in Satz 2 definierte Grenze, wird für die Gesamtfallzahl Regionalkassen des Arztes ein Schwellenwert (individueller Schwellenwert des Arztes) ermittelt. Dieser errechnet sich aus der Gesamtfallzahl Regionalkassen im entsprechenden Quartal 1997. Die Schwellenwertüberschreitung der Arztgruppe wird mit der Summe aller individuellen Schwellenwertüberschreitungen in der Gruppe verglichen. Der Korrekturfaktor je Arztgruppe wird als Quotient aus der Überschreitung der Arztgruppe und der Summe aller individuellen Schwellenwertüberschreitungen ermittelt. Bei dem Arzt, der den individuellen Schwellenwert überschreitet, wird seine Überschreitung mit dem Korrekturfaktor multipliziert. Um den sich hieraus ergebenden Wert ist die Fallzahl des Arztes zu verringern. Die anerkannte Punktesumme des Arztes wird entsprechend der Fallzahlverringeringung reduziert. Liegt der individuelle Schwellenwert des Vertragsarztes unter dem Fachgruppendurchschnitt des Vergleichs quartals 1997, findet eine Fallzahlverringeringung nur bis zur Höhe des Fachgruppendurchschnitts im Vergleichs quartal statt. *SG München*, Urt. v. 19.03.2003 – S 22 KA 338/02 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

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

5. TEILNAHME AN UND VERGÜTUNG NACH EINEM STRUKTURVERTRAG

A) BESCHRÄNKUNG DER FACHGRUPPEN (ENDOSKOPIE OHNE CHIRURGEN)

LSG Bayern, Urt. v. 10.11.2004 – L 12 KA 26/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-06

Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 6 KA 20/05 B

Strukturvertrag, Willkürverbot, Internist, Chirurg, Honorarverteilungsgerechtigkeit, Gleichheitsgrundsatz
SGB V §§ 71 I, 73 I 1, 72 II, 85 I, IV, 115a I, 115b I 1 Nr. 1, 116

Können nach einem **Strukturvertrag** allein **fachärztliche Internisten**, nicht aber **Chirurgen** endoskopische Leistungen zu einem höheren Punktwert abrechnen, so liegt darin kein Verstoß gegen

den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit sowie den **Gleichheitsgrundsatz**. Es ist zulässig, dass sich die Vertragsparteien daran orientieren, wer diese Leistung nach der Systematik der vertragsärztlichen Versorgung einerseits und nach den tatsächlichen Gegebenheiten andererseits typischerweise in der Regel erbringt.

Parteien der Gesamtverträge sind grundsätzlich überhaupt **nicht verpflichtet, Strukturverträge** zugunsten einzelner Leistungserbringer **abzuschließen**. Auch bei einer Beanstandung ergäbe sich daraus noch kein Anspruch einer nicht einbezogenen Arztgruppe auf Teilnahme an diesem Strukturvertrag und damit auf die dort vorgesehene Vergütung.

Es ist nicht zu beanstanden, wenn die Vertragsparteien eines Strukturvertrages eine Vermeidung teurer Krankenhausbehandlungen dadurch erreichen wollen, dass für die ambulante Erbringung von operativen Leistungen, die sonst stationär erbracht werden würden, feste, attraktive Vergütungen gezahlt werden, die insbesondere auch geeignet sind, eine kostendeckende Erbringung in der Praxis zu ermöglichen. Es handelt sich um Vereinbarungen, mit denen insbesondere Ziele des **Wirtschaftlichkeitsgebotes** (§ 72 II SGB V) verfolgt werden. Welche Wege dabei beschritten werden, liegt grundsätzlich im Ermessen der normgebenden Vertragsparteien. Diese sind dabei freilich an verfassungsrechtliche Vorgaben gebunden. Insbesondere dürfen sie nicht gegen das Willkürverbot und den allgemeinen Gleichheitssatz verstoßen (Art.3 I GG).

Es ist nicht sachwidrig, wenn insbesondere von Seiten der Krankenkassen eine **Beschränkung** des Kreises der durch den Strukturvertrag **Begünstigten** für erforderlich gehalten wird, da insgesamt nur begrenzte Mittel zur Verfügung stehen und namentlich der Grundsatz der Beitragsstabilität zu berücksichtigen ist (§ 71 I SGB V).

Der klagende Chirurg wandte sich erfolglos gegen die Honorarbescheide für die Quartale I/00, III/01 und IV/01, weil er die von ihm im größeren Umfang erbrachten endoskopischen bzw. koloskopischen Leistungen nach den Nrn.741, 763, 765 und 768 EBM nur nach dem normalen Punktwert (zwischen 6,62 Pf. und 8,55 Pf.) vergütet bekomme, während die Internisten, die diese Leistungen erbrächten, nach einem Strukturvertrag einen wesentlich höheren Punktwert (9,5 Pf.) erhielten. Der in I/01 z. B. geltende Strukturvertrag sah ausweislich seiner Präambel die strukturelle und finanzielle Förderung von ambulanten Operationen und ausgewählten belegärztlichen sowie fachärztlich-internistischen Leistungen durch niedergelassene Vertragsärzte vor. An diesem Vertrag konnten zugelassene Vertragsärzte teilnehmen, wenn sie bestimmte Qualifikationsvoraussetzungen bezüglich der Qualitätssicherung erfüllten. Gegenstand des Vertrages waren u. a. von fachärztlichen Internisten erbrachte Leistungen der Gastroenterologie nach Nr.741 EBM, wenn diese Leistungen in dem die Abrechnung betreffenden Quartal mindestens 100-mal für gesetzliche Krankenkassen abgerechnet und anerkannt wurden, ferner Leistungen der Koloskopie nach Nrn.763, 764, 765 und 768 EBM, wenn die Leistungen nach den Nrn.763 und 764 im Abrechnungsquartal insgesamt mindestens 50-mal (inklusive Nr. 9406) für gesetzliche Krankenkassen abgerechnet und anerkannt wurden. *SG München*, Urt. v. 20.09.2002 – S 42 KA 993/02 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

B) EINGESCHRÄNKTE RECHTSKONTROLLE EINES STRUKTURVERTRAGES

SG Dresden, Urt. v. 22.12.2004 - S 11 KA 369/03 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-07

Strukturvertrag, Gesamtvertrag, ambulantes Operieren, Honorarverteilung, Mindesteinkommen

SGB V §§ 72 II, 73a, 85 IV, IVa; GG Art. 3 I, 12 I

Der zwischen der KV Sachsen und den Verbänden der Ersatzkassen geschlossene **Strukturvertrag über die strukturelle und finanzielle Förderung des ambulanten Operierens** vom 01.10.2001 ist inhaltlich nicht zu beanstanden.

Den Vertragspartnern kommt dort nach der Rechtsprechung des BSG bei der Festsetzung des Inhalts eines Gesamtvertrages über die vertragsärztliche Vergütung ein weiter Beurteilungsspielraum zu (vgl. BSGE 20, 74, 76; 36, 151, 152; 51, 58, 62; SozR 3-2500 § 85 Nr. 20). Die Überprüfungsgrundsätze zu schiedsamtstfähigen Gesamtverträgen sind auf die **Überprüfung von nicht schiedsamtstfähigen Strukturverträgen** nach § 73a SGB V nicht zu übertragen. Die gerichtliche Kontrolle ist somit noch weiter eingeschränkt als bei der Überprüfung von Gesamtverträgen und beschränkt sich damit auf gravierende Rechtsfehler.

Ein Vertragsarzt hat keinen Rechtsanspruch auf ein bestimmtes **Mindesteinkommen** in bestimmter Höhe (vgl. BSG v. 07.02.1996, 6 RKa 6/95; BSGE 75, 187; BSG v. 26.01.2000, B 6 KA 59/98 R).

6. ZAHNÄRZTE

A) REGELLEISTUNGSVOLUMEN EINHEITLICH FÜR KIEFERORTHOPÄDEN/ALLGEMEIN-ZAHNÄRZTE

LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 20.10.2004 – L 4 KA 6/02 –

RID 05-02-08

Revision anhängig: B 6 KA 8/05 R

Zahnarzt, Kieferorthopäde, Regelleistungsvolumen

SGB V §§ 85 IV 6

Das System der Aufspaltung der Honorarverteilung in einen festgelegten Maximalbetrag von 62.500 DM, bis zu dem über den linearen Einbehalt hinaus keine Kürzungen vorgenommen werden, und den darüber hinausgehenden mit vier Kürzungsstufen (5, 10, 20 und 40 %) behafteten Betrag ist zulässig.

Bei der Festlegung eines Regelleistungsvolumens nach § 85 IV 6 SGB V i.d.F. vom 19.12.1998 muss nicht zwischen Kieferorthopäden und Allgemein Zahnärzten differenziert werden.

SG Magdeburg, Urt. v. 27.03.2002 – S 17 KA 83/00 – wies die Klage einer Kieferorthopädin bzgl. der Kürzungen in allen vier Quartalen des Jahres 1999 ab, das *LSG* die Berufung zurück; nach ihm erhielt die Kl. Zahlungen von 522.108,73 DM, bei 67 % Unkosten seien ihr über 170.000 DM verblieben.

Parallelverfahren: *SG Magdeburg, Urt. v. 27.03.2002 – S 17 KA 84/00 –*

LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 20.10.2004 – L 4 KA 7/02 –

RID 05-02-09

Revision anhängig: B 6 KA 9/05 R

B) DEGRESSIONSREGELUNG: FACHGRUPPENDIFFERENZIERUNG/VERRECHNUNG MIT HONORAR

LSG Berlin, Urt. v. 20.10.2004 – L 7 KA 22/01 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-10

Degressionsregelung, Zahnarzt, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg, Parodontologe, Oralchirurg

SGB V i.d.F. GSG 1992 § 85 IV b-e

Die Degressionsregelung für das Jahr 1996 bringt als solche keinen besonders schwerwiegenden Eingriff in die Freiheit der Berufsausübung mit sich, und zwar betreffend alle Gruppen von Vertragszahnärzten, auch nicht für die Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, die zudem nur einen Teil ihrer gesamten Leistungen im Bereich der vertragszahnärztlichen Vergütung erbringt. Dies ist mit dem allgemeinen Gleichheitssatz vereinbar. Es ist nicht ersichtlich, in welcher Hinsicht die Untergruppen der allgemeinärztlich tätigen Zahnärzte, der Parodontologen, der Oralchirurgen, der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, der kieferorthopädisch tätigen Zahnärzte sowie der Fachzahnärzte für Chirurgie sich unterscheiden.

Wird ein für das Vorjahr ergangener isolierter Degressionsbescheid angefochten und mit laufenden Honorarzahllungen verrechnet, so sind die bestandskräftigen Honorarbescheide des Vorjahres, auch wenn vieles für ihre Rechtswidrigkeit spricht, da sie die Degressionskürzungen nicht berücksichtigt haben, im gerichtlichen Anfechtungsverfahren nicht zu überprüfen.

SG Berlin, Urt. v. 24.01.2001 – S 79 KA 7/98 KZA – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Zur **Degressionsregelung** vgl. zuletzt *LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 03.03.2004 – L 5 KA 855/03 –* RID 04-04-15 (Nachweis Gemeinschaftspraxis) u. RID 04-03-A I 5 c m.w.N. (S. 10); zur nachträglichen Honorarberichtigung s. *BSG, Urt. v. 30.06.2004 – B 6 KA 34/03 R –*.

7. EILVERFAHREN: KEIN ANSPRUCH AUF HÖHERES REGELLEISTUNGSVOLUMEN

SG Marburg, Beschl. v. 19.05.2005 – S 12 KA 375 ER –

RID 05-02-11

Regelleistungsvolumen, Punktwert, Honorarverteilungsmaßstab, Anordnungsgrund, Anordnungsanspruch

SGB V § 85 IV; SGG § 86b II

Eine KV kann im einstweiligen Anordnungsverfahren nicht verpflichtet werden, ein höheres Regelleistungsvolumen festzusetzen. Dies gilt insbesondere auch dann, wenn ein Honorarverteilungsmaßstab noch nicht wirksam in Kraft gesetzt worden ist.

Begehrt ein Vertragsarzt die Festsetzung eines bestimmten Regelleistungsvolumens und macht er geltend, andernfalls einen Honorarausfall zu erleiden (hier: 39.933 Euro), so ist auch im einstweiligen Anordnungsverfahren dieser geltend gemachte Honorarausfall als Streitwert festzusetzen.

II. ZUSATZBUDGET: „BETREUUNG IN BESCHÜTZENDEN EINRICHTUNGEN“

SG Hamburg, Urt. v. 09.02.2005 – S 27 KA 5/02 –

RID 05-02-12

Zusatzbudget, Betreuung in beschützenden Einrichtungen, Psychiatrienachsorge, Mädchenheim

SGB V §§ 85 IV, 87 II u. IIa; EBM a. F. A. I. Teil B Nr. 4.2

Die Zuerkennung des Zusatzbudgets „Betreuung in beschützenden Einrichtungen“ setzt eine deutlich über dem Durchschnitt liegende Abrechnung der Nr. 15 EBM voraus. Die betreuten Patienten müssen wegen eines der in Nr. 14 EBM abschließend aufgezählten Krankheitskomplexe versorgungsbedürftig gewesen sein. Dies kann bei einem Mädchenheim in der Psychiatrienachsorge nicht von vornherein unterstellt werden.

III. EBM 2000 PLUS: KEINE ABSTRAKTE NORMENKONTROLLE

SG Berlin, Beschl. v. 30.03.2005 – S 79 KA 67/05 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-13

Normenkontrolle, EBM 2000 plus

SGB V §§ 85 IV, 87 II u. IIa; SGG § 86b II

Eine abstrakte Normenkontrolle – hier gegen den EBM 2000 plus – ist im SGG nicht vorgesehen. Erst im Wege der Anfechtung eines auf dem EBM 2000 plus beruhenden Verwaltungsaktes kann eine Überprüfung erreicht werden.

Der allgemeine Vortrag, der EBM 2000 plus benachteilige Einzelpraxen, begründet keinen Anordnungsgrund.

IV. SACHLICH-RECHNERISCHE BERICHTIGUNG UND GEBÜHRENRECHT

BSG, Urt. v. 30.06.2004 - B 6 KA 34/03 R – BSGE = SozR 4-2500 § 85 Nr 11 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 05-01-A III 2 (S. 18 ff.); nach *BSG, Urt. v. 08.09.2004 - B 6 KA 14/03 R – SozR 4-2500 § 39 Nr 3* 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. RID 05-01-A III 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 – SozR 4-2500 § 95 Nr. 7 (Orthopäde und kinesiotherapeutische 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. NACHTRÄGLICHE KORREKTUR DER HONORARABRECHNUNG UND DES HONORARBESCHEIDS

LSG Berlin, Urt. v. 03.11.2004 – L 7 KA 4/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-14

Revision anhängig: B 6 KA 20/05 R

Honorarrückforderung, sachlich-rechnerische Berichtigung, Überzahlung, Honorarberichtigung, Honorarverteilung

SGB V §§ 82 I, 85 IV 9; SGB X § 31; BMV-Z § 19a; EKV-Z § 12 I 1

Der **HVM der KZV Berlin** stellt keine geeignete Rechtsgrundlage zur Korrektur fehlerhafter Honorarbescheide und zur Rückforderung überzahlten Honorars dar (Bestätigung von *LSG Berlin, Beschl. v. 18.09.2002 - L 7 B 126/02 KA ER - RID 03-02-26 <juris>*).

HVM-Regelungen zur nachträglichen Änderung oder anderweitigen Festsetzung der Vergütungsansprüche, insbesondere durch Schlussabrechnung für die Leistungszeiträume mit begrenzter Gesamtvergütung werden durch die **§§ 19a BMV-Z/12 I EKV-Z** verdrängt. Sie finden auch bei Fehlern auf der Ebene des HVM Anwendung. Denn als bundesrechtliche Rechtsnormen gehen die Bestimmungen der Gesamtverträge den landesrechtlichen HVM vor; die §§ 82 I u. II, 83, 85 I i.V.m. 81 III Nr. 1 SGB

V, die die gesetzliche Rechtsgrundlage zur Vereinbarung der gesamtvertraglichen Regelungen enthalten, schließen die Kompetenz einer KZV nach § 85 IV SGB V zum Erlass eigener Korrektur- und Berichtigungsbestimmungen im HVM aus.

Ergehen Honorarbescheide aufgrund einer vorläufigen Gesamtvergütung und wird die Gesamtvergütung nachträglich auf einen niedrigeren Betrag festgesetzt, liegen die Voraussetzungen für eine **sachlich-rechnerische Berichtigung** vor.

Die Befugnis zur Berichtigung in den Fällen, in denen die die Rechtswidrigkeit begründenden Fehler nicht in den Verantwortungsbereich des Vertragszahnarztes fallen, ist durch den Grundsatz des **Vertrauensschutzes** eingeschränkt (vgl. BSG SozR 3- 2500 § 85 Nr. 42).

Die **Vorläufigkeitshinweise der KZV Berlin** in den Quartalen I/97 bis IV/99 erfüllen die Pflicht, die Bescheidadressaten über die Vorläufigkeit der Honorarbescheide zu informieren, nicht und konnten ein Vertrauen in die "Endgültigkeit" der Honorarbescheide nicht beseitigen. Dies ist aber unerheblich, da die Vorläufigkeit der Honorarbescheide aus den Gesamtumständen der Honorierung der vertragszahnärztlichen Sachleistungen unschwer erkennbar war, was sich aus der Gesamtschau der Informationen der KZV Berlin über die Honorarsituation ergibt.

Korrekturen von 4,91 %, 11,80 % und 8,38 % pro Jahr setzen den Vertragszahnarzt keinem unzumutbaren **wirtschaftlichen Risiko** aus.

Bei eindeutiger Klarstellung der **Vorläufigkeit einer Abhilfeentscheidung** kann eine erneute Berichtigung erfolgen.

Liegen die tatbestandlichen Voraussetzungen für eine nachträgliche Richtigstellung der ursprünglichen Honorarbescheide - die Unrichtigkeit und Rechtswidrigkeit dieser Bescheide und das Fehlen von Vertrauensschutz zu Gunsten des betroffenen Arztes - vor, so kann eine Berichtigung der Honorarbescheide gleichwohl nur dann vorgenommen werden, wenn die generellen **Grundlagen der Honorarverteilung** - der EBM, die maßgebliche Gesamtvergütung und der HVM – **feststehen** (vgl. bereits Senatsbeschl. v. 25.01.2000 - L 7 B 37/99 KA ER -). Diese rechtliche Situation ist nicht nur dann gegeben, wenn die generellen Grundlagen der Honorarverteilung zwischen den Vertragspartnern (noch) nicht vereinbart worden sind, sondern auch dann, wenn sich eines der genannten Regelwerke in den für die Berichtigung maßgeblichen Bestimmungen als - ganz oder teilweise - rechtswidrig erweist.

Der KZV ist es verwehrt, den Umfang der Korrektur rechtswidriger Honorarbescheide und einer Rückforderung überzahlten Honorars abweichend von den mantelvertraglichen Rechtsgrundlagen der sachlich-rechnerischen Richtigstellung durch eine Verwaltungsentscheidung im Einzelfall oder durch einen Honorarverteilungsmaßstab zu modifizieren, der **andere Verteilungsmaßstäbe** vorsieht als die der ursprünglichen Honorarverteilung zugrunde gelegten, soweit diese rechtmäßig waren (Bestätigung von LSG Berlin, Beschl. v. 18.09.2002 –aaO.)

Eine **Abstaffelung** durch die Kombination einer **Richtgrößen- mit einer Umsatzregelung** ist **rechtswidrig**, wenn dies dazu führt, dass eine Vergütung im Sachleistungsbereich zu dem mit den Kassenverbänden vereinbarten einheitlichen Punktwert nur bei der Punktmenge erfolgt, die im Abrechnungszeitraum durchschnittlich abgerechnet worden ist, Überschreitungen sofort zu Abstaffelungen führen, Unterschreitungen zu Erhöhungen.

Die Bekl. forderte eine **Rückzahlung vertragszahnärztlichen Honorars** für die Quartale **I/97 bis IV/99** von insgesamt 65.700,36 DM - nach Abzug der zu verrechnenden Einbehalte aus gekürzten Abschlagszahlungen in Höhe von 31.010,- DM noch 34.690,36 DM - zurück. Die **Honorarbescheide** hatte die Bekl. jeweils mit dem folgenden **Zusatz** versehen: *"Vorbehalt und Rechtsbehelfsbelehrung zum Honorarbescheid Der Honorarbescheid gemäß Honorarkonto erfolgt unter dem Vorbehalt - nachträglicher Berichtigungen, wie z.B. aufgrund von - Wirtschaftlichkeitsprüfungen - sachlichen und rechnerischen Berichtigungen - Regressen - nachträglichen Degressionsberechnungen - Degressionskontokorrekturen - rückwirkenden Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabes - und ähnlichem sowie -nachträglich erforderlich werdender Berichtigungen der für Sie an eine andere Stelle abgeführten bzw. abzuführenden Beträge ..."* Darüber hinaus unterrichtete sie die Berliner Vertragszahnärzte u. a. durch verschiedene Rundschreiben über ihre Verhandlungen mit den Kassenverbänden über die Gesamtvergütung und zur Honorarsituation der Jahre 1996 bis 2000. Außerdem teilte sie die Daten für die Richtgrößen- und Umsatzregelung nach dem HVM mit. Nachdem es im Jahr 2000 zum Abschluss von verbindlichen Gesamtverträgen gekommen war, ermittelte die Beklagte für 1997 1999 eine **Überschreitung** der an die Berliner Vertragszahnärzte **gezählten Vergütung** gegenüber der erhaltenen Gesamtvergütung (ca. 16, 17 u. 7 Mio. DM). **SG Berlin**, Urt. v. 22.10.2003 – S 79 KA 33/01 KZA – gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

Parallelverfahren: **SG Berlin**, Urt. v. 22.10.2003 – S 79 KA 31/01 KZA

LSG Berlin, Urt. v. 03.11.2004 – L 7 KA 257/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

Revision zugelassen

RID 05-02-15

- SG Berlin*, Urt. v. 14.05.2003 – S 79 KA 2/01 KZA
LSG Berlin, Urt. v. 03.11.2004 – L 7 KA 258/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-02-16**
Revision anhängig: B 6 KA 18/05 R
SG Berlin, Urt. v. 14.05.2003 – S 79 KA 32/01 KZA
LSG Berlin, Urt. v. 03.11.2004 – L 7 KA 259/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-02-17**
Revision anhängig: B 6 KA 19/05 R:
SG Berlin, Urt. v. 22.10.2003 – S 79 KA 4/01 KZA
LSG Berlin, Urt. v. 03.11.2004 – L 7 KA 2/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-02-18**
Revision anhängig: B 6 KA 16/05 R

2. KORREKTE ABRECHNUNG UND ABRECHNUNGSPROGRAMM

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 17.02.2005 – L 3 KA 218/04 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-02-19**

Abrechnung, Abrechnungsprogramm, Ausschlussfrist, Honorarberichtigung

SGB V § 85 IV; SGG § 86b I 1 Nr. 2; BMV-Ä § 45 II 1; EKV-Ä § 34 IV 1 und 2

Es ist eine der grundlegenden Pflichten jedes Vertragsarztes, die erbrachten Leistungen peinlich genau abzurechnen, weil die **korrekte Abrechnung** von der KV angesichts der Vielzahl der von ihr in jedem Quartal zu bewältigenden Datenmengen nur in eingeschränktem Umfang überprüft werden kann (*BSG* SozR 3-2500 § 95 Nr. 4). Der Grundsatz der peinlich genauen Abrechnung gilt unabhängig davon, ob die Abrechnung auf **manuellem Wege** oder mittels **elektronischer Datenträger** erfolgt. Auch wenn sich der Vertragsarzt im zweiten Fall entsprechender Abrechnungsprogramme bedient, entlastet ihn dies nicht davon, sich vor Weiterleitung der Diskette an die KV wenigstens anhand von Stichproben zu vergewissern, dass die dort enthaltenen Angaben frei von Fehlern sind, unabhängig davon, ob diese auf eigenen Falscheingaben oder auf Mängeln der benutzten Software beruhen (*LSG Nordrhein-Westfalen*, NZS 1997, 384, 386). Hätte eine überhöhte Abrechnungsfrequenz einer Leistungsnr. bereits bei nur oberflächlicher Kontrolle der im jeweiligen Quartal erfassten Daten bemerkt werden müssen, so liegt grob fahrlässiges Verhalten vor.

Der **Lauf der Ausschlussfrist von vier Jahren** für die Durchführung nachträglicher Honorarberichtigungen beginnt in entsprechender Anwendung des § 45 I SGB I erst mit dem Ende des Kalenderjahres, in dem der jeweilige Honorarbescheid erlassen worden ist (vgl. *LSG Bayern*, Urt. v. 06.08.2003 – L 3 KA 516/01 – RID 04-02-43; *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 28.04.2004 – L 11 KA 150/03 – RID 04-03-14).

Der Ast. ist Arzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie. In den Quartalen I/98 bis IV/2001 rechnete er die **Nr. 4625 EBM** zwischen 1.859 und 4.752mal ab. Die Abrechnungen erfolgten auf elektronischen Datenträgern, denen jeweils eine vom Ast. unterzeichnete Sammelerklärung beigelegt war. Die Ag. vergütete ihm diese Leistungen im Rahmen der Honorarabrechnungen mit anteiligen Beträgen, die zwischen 30.373,33 und 103.805,36 DM lagen. Anlässlich der **Plausibilitätsprüfung** der Honorarabrechnung für das **Quartal IV/01** stellte die Ag. bei Durchsicht von **10 Prozent** der (insgesamt 3.014mal) abgerechneten Leistungen nach der **Nr. 4625 EBM** fest, dass der Ansatz der Nummer **in keinem Fall** entsprechend der Leistungslegende korrekt gewesen ist. Bei der Honorarfestsetzung für das Quartal IV/01 nahm sie einen Honorarabzug von 32.736 DM vor. Der Ast. räumte den fehlerhaften Ansatz ein und machte hierfür einen **Fehler seiner Abrechnungs-Software** verantwortlich. Im Jahr 2002 rechnete er die Nr. 4625 nur noch in 5 (Quartal IV/02) bis 12 (Quartal I/02) Fällen ab. Für die **Quartale I/98 bis IV/01** forderte die Bekl. dann zu Unrecht vergütetes Honorar in Höhe von insgesamt **245.407,71 €** (479.975,77 DM) zurück; hierin waren (ergänzend zu den bereits abgesetzten 32.736 DM) 3.574 DM für das Quartal IV/2001 enthalten. Bei der Schätzung ging die Ag. vom Ergebnis der Prüfung des Quartals IV/01 aus. Den entsprechenden Anteil der Kürzungssumme von dem insgesamt für die fragliche Nr. in Ansatz gebrachten Betrag – 50,19 % – setzte sie auf alle neu zu berechnenden Quartale um. Seinen **Widerspruch** begründete der Ast. u. a. damit, dass Grund für die unzutreffende Abrechnung ein defektes Modul in seiner EDV gewesen sei, das er trotz der eingehaltenen notwendigen Sorgfalt nicht habe erkennen können. Hierdurch seien auch zahlreiche in Wirklichkeit erbrachte Leistungspositionen nicht korrekt ausgedruckt worden. Für den gesamten betroffenen Zeitraum müssten nunmehr alle Positionen aus dem Chemie-Serologie-Modul neu berechnet werden, wobei er anhand des nunmehr zur Verfügung stehenden intakten Moduls korrigierte Beträge nennen könne. Schließlich sei zu berücksichtigen, dass bereits nach der ursprünglichen Honorarabrechnung Leistungen der Nr. 4625 nicht honoriert worden seien, wofür Ersatzparameter benannt und honoriert werden müssten. Neu vorgelegte Abrechnungen erwiesen sich für die Ag. als nicht nachvollziehbar. Gegen den Widerspruchsbescheid hat der Ast. Klage erhoben (S 16 KA 304/03). *SG Hannover*, Beschl. v. 17.08.2004 – S 16 KA 154/04 ER – wies den Antrag auf Herstellung der aufschiebenden Wirkung der Klage ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

3. WIEDERHOLTE SACHLICH-RECHNERISCHE BERICHTIGUNG

LSG Bayern, Urt. v. 29.09.2004 – L 3 KA 506/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-20

Revision anhängig: B 6 KA 12/05 R

Sachlich-rechnerische Berichtigung, Vertrauensschutz, Berichtigungsverfahren

SGB V § 75 II 2; ;SGB X § 45

Eine K(Z)V kann einen Honorarbescheid hinsichtlich des Ansatzes einzelner Gebührennrn. ohne Berücksichtigung von Vertrauensschutzgesichtspunkten berichtigen, auch wenn zuvor bereits hinsichtlich anderer Gebührennrn. ein Berichtigungsverfahren durchgeführt und abgeschlossen wurde. In Abgrenzung zu **BSG**, Urt. v. 30.06.2004 – B 6 KA 34/03 – steht hier die Unrichtigkeit einer Gebührenausslegung in Streit und nicht eine zugrundeliegende Unrichtigkeit eines Regelwerkes - wie z.B. des HVM -, dessen Anwendung in den Verantwortungsbereich der KV fällt.

Der Kläger ist Zahnarzt und Oralchirurg. Die Bekl. nahm für die Quartale II bis IV/97 eine sachlich-rechnerische Berichtigung der Nr. 54b u. c BEMA-Z (5.838,91 DM) vor. Mit seiner Klage trug der Kl. u.a. vor, die Bekl. habe im Quartal II/97 bereits eine sachlich-rechnerische Berichtigung durchgeführt und ihm nach seinem Widerspruch einen Teilabhilfebescheid erteilt. Damit habe der Quartalsbescheid seine Vorläufigkeit verloren. Die Beklagte hätte nur noch unter den erschwerten Bedingungen des § 45 SGB X berichtigen dürfen. *SG München*, Urt. v. 07.11.2002 – S 43 KA 5127/00 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. PSYCHOTHERAPEUTISCHE LEISTUNGEN OHNE ABRECHNUNGSGENEHMIGUNG

SG Hamburg, Urt. v. 09.02.2005 – S 27 KA 569/99 u. 496/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-21

Abrechnungsgenehmigung, Psychotherapie Weiterbildungsassistent, Psychotherapievereinbarung

SGB V §§ 82 ff.

Die Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen ist erst nach Erteilung der Genehmigung durch die KV zulässig (§ 2 BMV-Ä Anl. 1 i.d.F.v. 07.12.1998).

Die Erbringung psychotherapeut. Leistungen als Weiterbildungsassistentin erfüllt nicht die Voraussetzungen des Übergangsrechts nach der Psychotherapievereinbarung v. 20.09.1990 i.d.F.v. 20.06.1991.

5. NR. 689 EBM: ZUSCHLAG DÜR FARBCODIERTE DUPLEX-SONOGRAPHIE

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 27.04.2005 – L 3 KA 30/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-22

Revision zugelassen

Duplex-Sonographie

EBM Nr. 689

Nr. 689 EBM gewährt einen "Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 668, 686 und 687" für die Durchführung als "farbcodierte Duplex-Sonographie". Der mehrfache Ansatz der Nr. 689 EBM ist auch in den Fällen zulässig, in denen die zugrunde liegende duplex-sonographischen Untersuchungen der Gefäße der Extremitäten, des Gehirns bzw. des Körperstammes am selben Tag durchgeführt worden sind. Eine Regelung, die dies ausschließt, ist dem EBM nicht zu entnehmen.

SG Hannover, Urt. v. 14.01.2004 – S 10 KA 441/01 – gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

6. ZAHNÄRZTE

A) GARANTIEFUNKTION DER HEIL- UND KOSTENPLÄNE

SG Marburg, Beschl. v. 23.03.2005 – S 12 KA 15/05 ER –

RID 05-02-23

Garantiefunktion, Heil- und Kostenplan, Zahnersatz, ZE-Leistung

SGB V § 76; Ärzte-ZV § 24 I; SGG § 86b II; BMV-Z § 19; EKV-Z § 12 I

Die Garantiefunktion der Heil- und Kostenpläne entfällt, wenn sich bei mehreren Plänen offensichtliche Zweifel am Eingliederungsdatum und der Erbringung der ZE-Leistungen ergeben. Sie entfällt dann auch für die übrigen eingereichten Fälle (Fortführung von **BSG**, Urt. v. 17.09.1997 - 6 RKa 86/95 - SozR 3-5550 § 35 Nr. 1 = MedR 1998, 338). Es obliegt dann dem Vertragszahnarzt, in jedem Einzelfall die ordnungsgemäße Erbringung der abgerechneten ZE-Leistungen nachzuweisen. Ohne den Nachweis entsteht kein Honoraranspruch.

B) NRN. K 1 BIS K 3 BEMA-Z (AUFBISSBEHELFE)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.01.2005 – L 11 KA 172/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-24

Aufbissbehelf

BEMA-Z K 1, K 2, K 3

Nach der Abrechnungsbestimmung zu den Nrn. K 1 bis K 3 BEMA-Z ist im zeitlichen Zusammenhang nur eine der Gebührensätze K 1 bis K 3 abrechnungsfähig.

Die Kläger, ein MKG-Chirurg sowie Zahnärzte, erbrachten in zeitlichem Zusammenhang jeweils zweimal die Leistungen nach der Gebührennr. K 2 BEMA-Z (Eingliedern eines Aufbissbehelfs zur Unterbrechung der Okklusionskontakte ohne adjustierte Oberfläche) bzw. der Gebührennr. K 3 BEMA-Z (Umarbeitung einer vorhandenen Prothese zum Aufbissbehelf zur Unterbrechung der Okklusionskontakte mit adjustierter Oberfläche). Die bekl. KZV setzte jeweils eine Leistung ab (IV/1997 bis I/2000). *SG Münster*, Urt. v. 10.11.2003 – S 2 KA 73/01 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

C) WURZELSPITZENRESEKTION (NRN. 54B U. C BEMA-Z)(1994)

LSG Bayern, Urt. v. 29.09.2004 - L 3 KA 522/01 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-25

Vertrauensschutz, Wurzelspitzenresektion

BEMA-Z Nr. 54b, 54c

Ein als Hinweis bezeichneter Verwaltungsakt kann die Ausschlussfrist für eine sachlich-rechnerische Berichtigung unterbrechen.

Die **Nr. 54b bzw. c Bema-Z** konnte 1994 bei einer Wurzelspitzenresektion an einem Seitenzahn nur einmal abgerechnet werden.

Auch unter Verfassungsgrundsätzen ist Vertrauen auf den Bestand eines Verwaltungshandelns nicht schutzwürdig, wenn der Bürger nach der rechtlichen Situation die Vorläufigkeit seiner Position kannte oder kennen musste. Das Rückwirkungsverbot führt nicht dazu, dass die Gerichte an eine einmal getroffene Rechtsprechung gebunden wären.

SG München, Urt. v. 02.08.2001 - S 33 KA 5017/00 – wies die Klage ab, das *LSG* – nach Abgabe eines Anerkenntnisses bzgl. des Quartals I/94 - die noch für die Quartale III u. IV/94 anhängige Berufung zurück.

Parallelverfahren : *SG München*, Urt. v. 05.10.2000 - S 42 KA 5036/00 u.a. –

LSG Bayern, Urt. v. 29.09.2004 - L 3 KA 515/01 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-26

SG München, Urt. v. 05.10.2000 - S 42 KA 5095/00 –

LSG Bayern, Urt. v. 29.09.2004 - L 3 KA 514/01 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-27

SG München, Urt. v. 05.12.2001 - S 32 KA 5130/00 –

LSG Bayern, Urt. v. 29.09.2004 - L 3 KA 504/02 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-28

Vgl. zuletzt RID 05-01 A III 7d (S. 25), RID 04-04 A III 8d (S. 18 f.) u. RID 04-02 A III 9 (S. 24 f.).

D) GELTENDMACHUNG DER AUSSCHLUSSFRIST NACH VORABINFORMATION

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 23.03.2005 – L 3 KA 160/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-29

Sachlich-rechnerischen Berichtigung, Ausschlussfrist, missbräuchliche Geltendmachung

§ 45 SGB I; BMV-Z § 19; EKV-Z § 12 I

Sachlich-rechnerischen Berichtigungen dürfen nicht nach Ablauf der hierfür geltenden vierjährigen Ausschlussfrist erlassen werden (vgl. BSG, Urt. v. 16.06.1993, SozR 3-2500 § 106 Nr. 19; SozR 3-5535 Nr. 119 Nr. 1; SozR 3-2500 § 82 Nr. 3).

Eine missbräuchliche Geltendmachung der Ausschlussfrist kann vorliegen, soweit dem Vertrags-(zahn)arzt insoweit ein schutzwürdiges Eigeninteresse fehlt aufgrund einer "Vorabinformation", nach der er mit der Möglichkeit einer nachträglichen sachlich-rechnerischen Berichtigung rechnen musste. Die bloße Kenntniserlangung einer solchen Möglichkeit vor Ablauf der Ausschlussfrist schließt deren Eingreifen jedoch nicht aus. Denn ihr Zweck besteht nicht nur darin, den "ahnungslosen" Vertrags-(zahn)arzt davor zu schützen, sich nach mehr als vier Jahren einer überraschenden Honorarberichtigung ausgesetzt zu sehen. Vielmehr soll mit der Ausschlussfrist der Gefahr eines "ewigen Prüfungsverfahrens" begegnet werden (BSG SozR 3-2500 § 106 Nr. 19). Diese besteht aber auch dann, wenn der Vertrags-(zahn)arzt durch formlose Mitteilungen der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung oder durch Dritte Kenntnis über ein laufendes Prüfverfahren erhalten hat und dieses über viele Jahre nicht abgeschlossen wird.

SG Hannover, Urt. v. 19.03.2003 – S 35 KA 1262/98 – wies die Klage als unzulässig ab, das *LSG* gab der Klage statt.

V. ARZTREGISTEREINTRAGUNG/FACHKUNDE/GENEHMIGUNGEN

Nach **BVerfG**, 1. Sen., 2. Ka., Beschl. v. 16.07.2004 – 1 BvR 1127/01 – (SozR 4-2500 § 135 Nr 2) 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 - SozR 4-2500 Art 82 Nr 1 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: BEHANDLUNG NICHT LEGE ARTIS

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 18.11.2004 – L 5 KA 11/03 – <http://cms.justiz.rlp.de>

RID 05-02-30

Arztregister, Psychotherapeut, Approbation, Fachkundenachweis
SGB V §§ 92 I 2 Nr. 1, 95c S. 2 Nr. 3; PsychThG § 12

Leitsatz:

Die KV hat hinsichtlich des für den Anspruch auf Eintragung einer Psychotherapeutin, welche die Approbation nach der Übergangsvorschrift des § 12 Abs. 4 PsychThG erhalten hat, in das Arztregister erforderlichen Fachkundenachweises lediglich ein begrenztes Prüfungsrecht. Sie kann die Eintragung nicht deshalb ablehnen, weil die Psychotherapeutin die Behandlungen nicht lege artis durchgeführt hat, sofern diese im Rahmen eines in den Psychotherapie-Richtlinien vorgesehenen psychotherapeutischen Verfahrens erfolgt sind.

Die 1958 geb. Kl., seit 1983 Dipl.-Psych. und seit 1997 in einer Krankenhausabteilung für Palliativmedizin und Schmerztherapie teilzeitbeschäftigt, 1999 approbiert, beantragte erfolglos die Eintragung in das Arztregister. **SG Mainz**, Urt. v. 13.11.2002 wies die Klage ab, weil die von ihr vorgelegten Bescheinigungen nicht den Anforderungen an den Behandlungsnachweis genügen. Die dokumentierten 30 Behandlungsfälle enthielten keine Angaben über den Behandlungsverlauf und ließen nicht erkennen, ob sie in einem Richtlinienverfahren tätig geworden sei. Das **LSG** verurteilte die Bekl., die Kl. in das Arztregister einzutragen. Es hatte ein **Sachverständigengutachten** eingeholt; darin wird ausgeführt: Die vorliegenden Falldokumentationen beschrieben keine lege artis durchgeführten Verhaltenstherapien nach den Psychotherapie-RL. Als Gemeinsamkeit der nachgereichten Verhaltensanalysen erweise sich die lediglich formale Abarbeitung der inhaltlichen Bestimmungsstücke einer Verhaltensanalyse. Diese sei in einer Weise erfolgt, die ungeeignet sei, eine korrekte verhaltenstherapeutische Falldokumentation zu ergänzen. Insbesondere werde deutlich, dass lerntheoretische Prinzipien nicht angemessen und fehlerhaft beschrieben worden seien. Zusammenfassend seien die vorliegenden Ergänzungen zu den Falldokumentationen aufgrund ihrer vielfältigen Unzulänglichkeiten nicht geeignet zu belegen, dass eine „Verhaltenstherapie nach den Psychotherapie-RL“ durchgeführt worden sei.

Zu einem Sammelnachweis über 130 psychotherapeutische Behandlungen s. **LSG Bayern**, Urt. v. 21.01.2004 – L 12 KA 37/02 – RID 04-04-36; zur **Prüfkompetenz der KV** vgl. zuletzt **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 24.03.2004 – L 11 KA 137/03 - RID 04-03-20; nach **SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 10.11.2004 – S 27 KA 421/04 - RID 05-01-40 ist eine Ausbildung in Gestalttherapie nicht geeignet, den Fachkundenachweis in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie zu führen und muss eine **Bescheinigung** über die Qualifikation in einem Richtlinienverfahren von einer Person, die selbst über eine entsprechende Richtlinienqualifikation verfügt, mit Begründung ausgestellt sein; zur **Qualität des Nachweises** der dokumentierten Behandlungsfälle vgl. **SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 05.03.2003 - S 27 KA 1949/02 - RID 03-02-36

2. SCHMERZTHERAPIEVEREINBARUNG: ROLLSTUHLGEEIGNETE PRAXIS

LSG Berlin, Urt. v. 11.08.2004 – L 7 KA 32/01 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-31

Schmerztherapievereinbarung, rollstuhlgeeignete Praxis

SGB V § 72 II, 82 I 1, 135 II; Schmerztherapievereinbarung (Anl. 12 zum BMV-Ä/EKV-Ä) §§ 5, 6, 10 III

Erfüllt ein Arzt nicht die organisatorischen Anforderungen nach § 5 der Schmerztherapievereinbarung (hier: rollstuhlgeeignete Praxis), so hat er schon aus diesem Grund keinen Anspruch auf Erteilung einer Genehmigung nach § 6 IV der Schmerztherapie-Vereinbarung.

Eine Erklärung im Termin zur mündlichen Verhandlung, gegebenenfalls die Voraussetzungen für eine rollstuhlgeeignete Praxis zu schaffen, ist unerheblich, da es allein auf die Sach- und Rechtslage zum Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung ankommt. Im Unterschied etwa zu einer Entscheidung

durch die KV kann eine gerichtliche Entscheidung auch nicht unter einer aufschiebenden Bedingung ergehen.

SG Berlin, Urt. v. 08.03.2001 – S 79 KA 108/99*71 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Zur Ermächtigungsgrundlage und Qualifikationsanforderungen vgl. BSG, Urt. v. 08.09.2004 – B 6 KA 18/03 R – SozR 4-2500 Art 82 Nr 1.

3. DIABETOLOGISCHE SCHWERPUNKTPRAXIS (HAUSÄRZTIN/INTERNIST)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.03.2005 – L 10 KA 10/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 05-02-32

Schwerpunktpraxis, diabetologisch geschulter Hausarzt, Diabetes-Vereinbarung, Gemeinschaftspraxis, Internist, Überweisung

SGB V §§ 72 II, 83 I; BMV-Ä § 24

Weder der Diabetes-Strukturvertrag noch § 24 I BMV-Ä bestimmt ausdrücklich, dass eine diabetologisch geschulte Hausärztin nicht zusammen mit einem Arzt als diabetologische Schwerpunktpraxis in einer Gemeinschaftspraxis tätig sein darf. Dies ergibt sich auch nicht inzidenter aus dem Diabetes-Strukturvertrag oder dem Umstand, dass Überweisungen innerhalb einer Gemeinschaftspraxis, d.h. innerhalb dieser einheitlichen Rechtspersönlichkeit (s. dazu zuletzt BSG, Urt. v. 20.10.2004 - B 6 KA 30/03 R -), rechtlich nicht möglich sind.

Die kl. Fachärztin für Allgemeinmedizin übte ihre Tätigkeit zunächst in Gemeinschaftspraxis mit den Internisten Dr. Q L und Dr. T L aus. Dr. T L war bereits im Juni 1999 die Teilnahme an den Diabetes-Vereinbarungen als diabetologische Schwerpunktpraxis (DSP) genehmigt worden. Im Mai 2001 beantragte die Kl. die Genehmigung zur Teilnahme an den Diabetes-Vereinbarungen als diabetologisch geschulte Hausärztin (DHA), was d. Bekl. ablehnte, weil die gleichzeitige Anerkennung einer DHA und eines Arztes als DSP in einer Gemeinschaftspraxis nicht möglich sei. Nach Ausscheiden aus der Gemeinschaftspraxis mit Ablauf des 30.06.2001 und Eintritt in eine Praxisgemeinschaft mit den Dres. L genehmigte d. Bekl. die Teilnahme. Mit ihrer Klage trug d. Kl. vor, sie begehre die Feststellung der Rechtswidrigkeit der angefochtenen Entscheidung. Bei einem Obsiegen wolle sie in die alte Gemeinschaftspraxis zurückkehren. *SG Düsseldorf*, Urt. v. 19.11.2003 – S 33 KA 1/02 – gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück.

Zum **Qualifikationsnachweis** einer Fachgesellschaft (Diabetolog. Schwerpunktpraxis) s. *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 07.05.2003 – L 11 KA 103/01 - RID 04-02-53; zur **Mindestgröße** für diabetologische Schwerpunktpraxen s. *SG Dortmund*, Urt. v. 07.11.2003 – S 26 KA 5/02 - RID 04-01-49 m.w.N.

4. FORTSETZUNGSFESTSTELLUNGSKLAGE: GENEHMIGUNG EINER ENTLASTUNGSASSISTENTIN

LSG Berlin, Urt. v. 20.10.2004 – L 7 KA 64/01 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-33

Entlastungsassistent, Fortsetzungsfeststellungsklage Amtshaftungsklage

Ärzte-ZV § 32; SGG § 131 I 3

Für eine **Fortsetzungsfeststellungsklage** fehlt es an einem Feststellungsinteresse, wenn eine **Amtshaftungsklage** offensichtlich aussichtslos wäre. Hat der Amtsträger die Gesetzes- und Rechtslage unter Zuhilfenahme der ihm zu Gebote stehenden Hilfsmittel sorgfältig und gewissenhaft geprüft und hat er sich danach auf Grund objektiv vernünftiger Überlegungen eine Rechtsmeinung gebildet, die als rechtlich vertretbar angesehen werden kann, so kann - selbst wenn die Rechtsauffassung des Amtsträgers später durch Gerichte missbilligt werden sollte - ein Schuldvorwurf jedenfalls nicht daraus hergeleitet werden (BGH, Urteil vom 14. März 2002, III ZR 302/00, BGHZ 150, 172). Aus der **Ablehnung einer Assistentengenehmigung** kann dem handelnden Amtsträger kein Schuldvorwurf gemacht werden, wenn ihm der Ast. nicht die Möglichkeit eröffnet, die Gründe der Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung nach § 32 Ärzte-ZV sachgerecht zu prüfen.

SG Berlin, Urt. v. 22.08.2001 – S 79 KA 30/99 KZA – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

5. TEILNAHME AM ALLGEMEINEN BEREITSCHAFTSDIENST

Zur Teilnahme am organisierten ärztlichen Notfalldienst s. zuletzt RID 05-01-A IV 5 (S. 27 f.), RID 04-04-47 (werktäglicher Notfalldienst auch für fachärztliche Internisten), RID 04-02-A VI (S. 37 f.), RID 03-03-44 (Heranziehung zur Teilnahme am frauenärztlichen Notdienst) u. RID 03-02-33 (Psychotherapeutisch tätige Ärztin) m.w.N.

A) TEILNAHME AM ÄRZTLICHEN NOTFALLDIENST: ÄRZTLICHE PSYCHOTHERAPEUTEN

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.12.2004 – L 10 KA 5/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-34

Notfalldienst, ärztlicher Psychotherapeut, Fortbildungspflicht, Zulassungsentziehung, Vertreter

SGB V § 75 I 2; Heilberufsg NRW § 30

Grundsätzlich sind **alle Ärzte zur Teilnahme am ärztlichen Notfalldienst geeignet**, sobald sie mit der Approbation und der Ableistung der kassenärztlichen Vorbereitungszeit zulassungsfähig geworden sind (BSG, Urt. v. 15.09.1977 - 6 RKA 8/77 - SozR 2200 § 368n RVO Nr. 12). Dazu gehören grundsätzlich auch **Ärztliche Psychotherapeuten**; nicht herangezogen werden können lediglich die Psychologischen Psychotherapeuten. Ein nachträglicher Verlust der Eignung, der individuell zu überprüfen ist, kann - auch bei einer längeren, ausschließlich fachärztlichen Tätigkeit - nicht ohne weiteres unterstellt oder vermutet werden. Der sich auf einen solchen Eignungsverlust berufende Arzt hat alle dafür sprechenden Umstände darzulegen und im Einzelnen zu begründen; er trägt dafür die Feststellungslast (BSG, aaO.).

Ärzte, insbesondere auch solche, die schon langjährig als Spezialisten tätig sind, sind zur beruflichen **Fortbildung** - auch für den Notfalldienst - verpflichtet (§ 30 Heilberufsgesetz NRW, § 1 Abs. 1 Satz 3 NFDO). Das gebietet der Sicherstellungsauftrag (§ 72 Abs. 1 SGB V). Nötigenfalls muss die zuständige KV einen Vertragsarzt, der sich auf "Kenntnisverlust" beruft, mittels Auflagen zur Fortbildung anhalten. Ein jahrelanger Verstoß gegen Fortbildungspflichten kann die Ungeeignetheit zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung indizieren und ggf. einen Zulassungsentzug rechtfertigen und/oder muss durch disziplinarische Maßnahmen geahndet werden.

Zwar kann ein für den Notfalldienst ungeeigneter Arzt nicht auf die Möglichkeit, einen **Vertreter** zu bestellen, verwiesen werden, da dann jede Befreiung mit dem Hinweis hierauf verweigert werden könnte (VGH Baden-Württemberg, Urteil vom 03.11.1998 - 9 S 3399/96 - MedR 1999, 228 ff.); allerdings bleibt es dem zur Teilnahme am Notfalldienst geeigneten Kläger unbenommen, sich vertreten zu lassen, wenn er sich - subjektiv - außerstande sehen sollte, den Notfalldienst persönlich zu verrichten (§ 1 Abs. 2, 3 NFDO).

Der Kl. hat nach dem med. Staatsexamen mehrere Jahre als Anästhesist, Chirurg und Gynäkologe gearbeitet. Von 1983 bis 1989 unterzog er sich einer psychotherapeutischen Weiterbildung und war anschließend psychotherapeutisch tätig. 1994 erwarb er die Zusatzbezeichnung Psychotherapie; 1997 wurde ihm kraft Übergangsregelung der Facharzt für Psychotherapeutische Medizin zuerkannt. Die bekl. KV lehnte eine Befreiung vom allgemeinärztlichen Bereitschaftsdienst ab. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 10.12.2003 - S 14 KA 94/02 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück und setzte den Streitwert auf 4.000 Euro fest.

Zur Rechtmäßigkeit der Heranziehung eines **Arztes für psychotherapeutische Medizin** zum ärztlichen **Notfalldienst** s. bereits **LSG Niedersachsen**, Urt. v. 25.04.2001 - L 3/5 KA 67/99 - RID 01-04-43; einer noch ausschließlich zur **Psychotherapie** zugelassenen **Allgemeinmedizinerin** s. **SG Frankfurt a. M.**, Beschl. v. 21.05.2001 - S 28 KA2615/00 ER - RID 01-03-58; einer ausschließlich **psychotherapeutisch tätigen Ärztin für innere Medizin**, die an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt, **SG Frankfurt a. M.**, Beschl. v. 19.03.2003 - S 5 KA 792/03 ER - RID 03-02-33.

B) FACHÄRZTLICHER BEREITSCHAFTSDIENST

SG Dresden, Gerichtsb. v. 10.02.2005 – S 11 KA 260/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-35

Notfalldienst, Notdienst, Satzungsautonomie, Bereitschaftsdienst, Facharzt, Allgemeinarzt

SGB V §§ 73 I, 75

Die **Ermächtigungsgrundlage** für die Errichtung und Durchführung des vertragsärztlichen **Notfalldienstes** ergibt sich aus § 75 I 2 SGB V. Aus der Pflicht der Vertragsärzte zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ergibt sich auch die grundsätzliche Pflicht zur Teilnahme an einem Notfalldienst. Da es sich insofern um eine gemeinsame Aufgabe aller Vertragsärzte handelt, sind auch alle Vertragsärzte zur Mitwirkung heranzuziehen, und zwar in einer alle gleichmäßig belastenden Weise (BSG, Urt. v. 11.06.1986, Az. 6 RKA 5/85). Die KV kann aufgrund ihres Auftrags zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung den Notdienst im Rahmen ihrer **Satzungsautonomie**

selbständig regeln (vgl. BSG, Urt. v. 12.10.1994; Az. 6 RKA 29/93; LSG Bayern, Urt. v. 25.04.2001, Az. L 12 KA 60/00).

Bei der Erstellung der **Bereitschaftsdienstgruppen und Bereitschaftsdienstbereiche** steht der KV ein **Ermessensspielraum** zu, der gerichtlich nur eingeschränkt überprüft werden kann.

Nimmt die Zahl der teilnehmenden Ärzte an einem **fachärztlichen Bereitschaftsdienst** ab, so dass ein Ungleichgewicht bei der Dienstbelastung droht, so kann dieser Bereitschaftsdienst abgeschafft werden und können die Fachärzte zum allgemeinen Bereitschaftsdienst hinzugezogen werden. Den Fachärzten ist es zuzumuten, sich durch Qualifizierungsmaßnahmen für den allgemeinen Bereitschaftsdienst zu qualifizieren, sofern ihre Kenntnisse tatsächlich hierfür nicht mehr ausreichen.

Die Leistungen im Bereitschaftsdienst stellen eine **Ausnahme** von der regulären Aufteilung in einen **haus- und fachärztlichen Bereich** dar.

Die beklagte KV löste, nachdem die Zahl der teilnehmenden Ärzte von sieben auf drei zurückgegangen war, einen gynäkologischen Bereitschaftsdienst auf. Sie verpflichtet die kl. Gynäkologin zur Teilnahme am allgemeinen Bereitschaftsdienst. Das **SG** wies die Klage ab.

Zur Errichtung eines Hintergrundrufbereitschaftsdienstes als Organisationsakt vgl. **SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 10.11.2004 – S 27 KA 2040/04 – RID 05-01-45.

6. GENEHMIGUNG EINES VORBEREITUNGSASSISTENTEN

A) OHNE APPROBATION MIT ZAHNHEILKUNDEERLAUBNIS

SG Marburg, Beschl. v. 18.05.2005 – S 12 KA 30/05 ER –

RID 05-02-36

Zahnarzt, Vorbereitungsassistent, Zahnheilkundeerlaubnis, Genehmigung, Approbation

SGB V § 95; SGG § 86b II; Zahnärzte-ZV §§ 3 II, III, 32 II, 32b; Ärzte-ZV §§ 3 II, III, 32 II, 32b; ZHG § 13
Für die Genehmigung als nach § 32 II Zahnärzte-ZV ist nicht Voraussetzung, dass der anzustellende Zahnarzt eine Approbation besitzt; eine Zahnheilkundeerlaubnis nach § 13 ZHG ist hierfür ausreichend. Die KZV als Genehmigungsbehörde ist insoweit an die Entscheidung der Behörde, die die Zahnheilkundeerlaubnis erteilt hat, gebunden, soweit nicht Nichtigkeit vorliegt. Mit fachlichen Einwänden kann die Genehmigung nicht versagt werden.

B) ZAHNHEILKUNDEERLAUBNIS/PRAXISUMFANG

SG Marburg, Beschl. v. 25.05.2005 – S 12 KA 43/05 ER –

RID 05-02-37

Zahnarzt, Vorbereitungsassistent, Zahnheilkundeerlaubnis, Genehmigung, Approbation, Praxisumfang

SGB V § 95; SGG § 86b II; Zahnärzte-ZV §§ 3 II, III, 32 II, 32b; Ärzte-ZV §§ 3 II, III, 32 II, 32b; ZHG § 13
Für die Genehmigung als Vorbereitungsassistent nach § 32 II Zahnärzte-ZV ist nicht Voraussetzung, dass der anzustellende Zahnarzt eine Approbation besitzt; eine Zahnheilkundeerlaubnis nach § 13 ZHG ist hierfür ausreichend.

Die Genehmigung zur Beschäftigung eines Vorbereitungsassistenten darf nicht unter Berufung auf eine Vergrößerung der Kassenpraxis oder der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs versagt werden (vgl. a. LSG Bayern, Urteil vom 11.01.1995, Az: L 12 Ka 14/93, E-LSG Ka-023 für einen Arzt im Praktikum).

VI. WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG/SCHADENSERSATZANSPRUCH

Vgl. zuletzt **BSG**, Urt. v. 27.04.2005 – B 6 KA 1/04 R – zur **Vorlagepflicht der Verordnungsblätter** bei einem **Arzneikostenregress**; **BSG**, Urt. v. 27.04.2005 – B 6 KA 39/04 R – zur Prüfung einer rein reproduktionsmedizinisch ausgerichteter gynäkologischen Praxis; **BSG**, Urt. v. 23.02.2005 – B 6 KA 72/03 R – zum **Vorrang der Regelprüfmethode** einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten gegenüber der nachrangigen "repräsentativen Einzelfallprüfung mit Hochrechnung" und zur Reichweite einer Prüfvereinbarung; **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; **BSG**, Urt. 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 *BSG* v. 28.04.2004 – **B 6 KA 8/03 R** – BSGE 92, 283 = SozR 4-2500 § 106 Nr 5 zur **Wirksamkeit eines Vergleichsschlusses** ohne die Krankenkassenverbände; *BSG*, Urt. v. 05.11.2002 – **B 6 KA 55/02 R** – SozR 4-2500 § 106 Nr 4, wonach eine Honorarminderung wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise nicht von der für das **Praxisbudget** maßgeblichen Honoraranforderung abzuziehen ist; *BSG*, Urt. v. 16.07.2003 – **B 6 KA 14/02 R** – SozR 4-2500 § 106 Nr 2 zur **Begründungspflicht bei Inhomogenität der Vergleichsgruppe**; *BSG*, Urt. v. 16.07.2003 – **B 6 KA 45/02 R** – SozR 4-2500 § 106 Nr 3 zu den Voraussetzungen der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei **Einzelleistungen**; *BSG*, Urt. v. 16.07.2003 – **B 6 KA 44/02 R** – GesR 2004, 144 zum statistischen Kostenvergleich bei **Einzelleistungen**; *BSG*, Urt. v. 21.05.2003 – **B 6 KA 32/02 R** – SozR 4-2500 § 106 Nr 1 zum **Kürzungsermessen**; die Honorarkürzung muss in angemessener Weise mit dem festgestellten Ausmaß der Unwirtschaftlichkeit korrespondieren.

EINZELLEISTUNGSVERGLEICH/OFFENSICHTLICHES MISSVERHÄLTNIS (Nr. 18 EBM)

LSG Bayern, Urt. v. 15.12.2004 – L 12 KA 283/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-38

Begründung, offensichtlichen Missverhältnis, intellektuelle Prüfung, Praxisbesonderheit
SGB V § 106; EBM Nr. 18

Eine ordnungsgemäße Wirtschaftlichkeitsprüfung setzt voraus, dass die Prüfungsgremien vor Feststellung des Vorliegens des offensichtlichen Missverhältnisses eine **intellektuelle Prüfung** insbesondere mit Zielrichtung des Vorliegens/Nichtvorliegens von **Praxisbesonderheiten** bzw. Einsparungen durchführt. Wird eine Praxisbesonderheit anerkannt, ist diese zu **quantifizieren** und sind entsprechend die Anforderung des Vertragsarztes zu bereinigen und hinsichtlich der Restüberschreitung eine Aussage darüber zu treffen, ob vom Vorliegen eines offensichtlichen Missverhältnisses auszugehen ist.

Die Prüfungsgremien haben sich im Rahmen des ihnen obliegenden Beurteilungsspielraumes Gedanken darüber zu machen, wo die **Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis** anzusetzen ist. Bei der Kürzung einer einzelnen **Leistungsziffer** kann im Einzelfall die Grenzziehung zum offensichtlichen Missverhältnis auch **unterhalb der 100 % Grenze** festzusetzen sein – etwa weil es sich von vornherein um einen sehr homogenen Leistungsbereich handelt oder wie hier im Rahmen eines Spezialvergleiches etwaige Abweichungen bereits weitestgehend im Rahmen der Fallwertbereinigung berücksichtigt worden sind (vgl. hierzu *BSG*, Urteil vom 9. März 1994, 6 RKA 17/92).

Soweit die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis bei der Kürzung einer einzelnen Nr. unterhalb der 100 %-Grenze festgesetzt werden soll, bedarf es hierzu einer eingehenden **Begründung** in gleicher Weise, wie wenn eine Kürzung bis in die Übergangszone hinein festgesetzt wird. Des Weiteren ist eine Bewertung der Gesamtwirtschaftlichkeit vorzunehmen und zu begründen, wieso bei Annahme einer weitestgehenden Gesamtwirtschaftlichkeit gleichwohl eine Kürzung bei der Nr. 18 EBM notwendig ist.

Die Nr. 18 EBM wurde im Quartal I/02 von 58,82 % der Ärzte in der Vergleichsgruppe ebenfalls angesetzt. Die Kläger rechneten diese Leistung in 65 Fällen 66mal ab. Der Häufigkeitsansatz von 8,53 auf 100 Behandlungsfälle übersteigt den Häufigkeitsansatz der Arztgruppe von 2,03 um 320,19 %. Der Bekl. wandelte die Kürzung der Leistungsgruppe 03 von 40 % in eine Kürzung der Nrn. 17 und 18 EBM in Höhe von 30 % um. *SG München*, Urt. v. 04.02.2004 – S 38 KA 1065/03 – hob den Bescheid hinsichtlich der Kürzung bei der Nr. 17 EBM auf und verpflichtete den Bekl. insoweit zur Neubescheidung. Der Bekl. nehme bei der Nr. 17 EBM offenbar die Grenze des offensichtlichen Missverhältnisses bereits bei knapp 60 % an, was er hätte begründen müssen. Bei der Nr. 18 EBM sei von den Kl. bei Heranziehung des verfeinerten Vergleichs um 166,54 % gegenüber der Vergleichsgruppe überschritten worden. Auch nach der Kürzung um 30 % verbleibe den Klägern eine Restüberschreitung im dreistelligen Bereich. Das *LSG* hob auf Berufung d. Kl. auch die Kürzung der Nr. 18 EBM auf und verpflichtete den Bekl. insoweit zur Neubescheidung.

VII. DISZIPLINARRECHT

Vgl. zuletzt RID 04-02-A VII (S. 38 ff.).

1. KEINE PFLICHTVERLETZUNG BEI ZULÄSSIGER PRIVATLIQUIDATION

LSG Hamburg, Urt. v. 09.02.2005 – L 2 KA 11/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-39

Pflichtenverstoß, Cortison-Infiltration, Sonographie, vertragsärztliche Leistung, Privatliquidation, Verweis
SGB V § 81 V 4; BMV-Ä § 18 III; EKV-Ä § 21 III; EBM Nr. 398

Eine sonographische Führung der Cortison-Infiltration ist nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Eine Privatabrechnung beinhaltet deshalb keinen Verstoß gegen das Verbot des Vergütungsverlangens.

SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 30.04.2003 – S 27 KA 129/02 – RID 03-03-45 wies die Klage ab, das *LSG* gab der Klage statt.

2. ÜBERLASTUNG DER PRAXIS UND TERMINVERGABE

SG Düsseldorf, Urt. v. 21.07.2004 – S 14 KA 260/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-40

Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen – L 11 KA 99/04 –

Terminvergabe, vertragsärztliche Pflicht, Überlastung, Verweis

SGB V §§ 11, 27, 73 II, 81 V, 95 III; BMV-Ä § 13 VII; EKV-Ä § 13 VI

Liegt eine Auslastung der Praxis vor, so ist es einem Vertragsarzt nicht zu verwehren, die Terminvergabep Praxis zu regeln, solange er sich hierbei im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben befindet. In deren Rahmen bewegt er sich dann, wenn er die Patienten, deren Behandlung er aus Überlastungsgründen ablehnt, an einen anderen Vertragsarzt verweist.

Es ist Sache des Disziplinarausschusses, die Behauptung der Überlastung einer Praxis zu widerlegen.

Gegen den Kl., einen seit 1988 niedergelassenen Facharzt für Augenheilkunde, verhängte der Disziplinarausschuss einen **Verweis**. In der **Anschuldigungsschrift** war ihm zur Last gelegt worden, GKV-Patienten mehrfach keinen oder einen Termin mit sehr langer Wartezeit (fünf Monate) angeboten zu haben, wohingegen Privatpatienten jederzeit einen Termin erhalten hätten. Eine Patientin sei mit der Begründung abgelehnt worden, dass die Praxis keine Patienten annehme, die 5 Jahre oder länger nicht in der Sprechstunde gewesen seien. Der **Kl.** hatte hierzu **ausgeführt**, dass die Praxis aufgrund der Budgetknappheit gehalten sei, den Umfang der ärztlichen Leistung nicht übermäßig auszudehnen. Da die Praxis bei der Behandlung von Privatpatienten keinerlei Budgetfesselung unterläge, brauche sie in diesen Fällen keine Beschränkung auf Stammpatienten vorzunehmen. Der **Disziplinarausschuss** führte u. a. aus, d. Kl. habe willkürlich, da ohne rechtliche Grundlage in den kassenärztlichen Bestimmungen, eine Zweiteilung der GKV-Versicherten nach Stamm- und Neupatienten im Rahmen von Routineuntersuchungen vorgenommen, und die Behandlung der letztgenannten Gruppe verweigert. Das **SG** hob die Disziplinarmaßnahme auf.

3. ABSETZUNGSFRIST FÜR DISZIPLINARBESCHEIDE

LSG Berlin, Urt. v. 11.08.2004 – L 7 KA 56/02 – juris

RID 05-02-41

Disziplinarverfahren, Verwaltungsverfahren, Disziplinarmaßnahme, Wirtschaftlichkeitsgebot, Absetzungsfrist
SGB V §§ 81 V, 95 VI; SGB X § 1 I; StPO § 275 I 2

Ein Beschluss des Disziplinarausschusses einer KV ist nicht bereits verfahrensfehlerhaft zustande gekommen und deshalb rechtswidrig, weil er nicht innerhalb von fünf Wochen nach der Beschlussfassung schriftlich abgesetzt worden ist. § 275 I 2 StPO ist nicht auf das vertragsärztliche Disziplinarverfahren übertragbar.

Verstößt ein Vertragsarzt fortgesetzt gegen das Gebot der wirtschaftlichen Leistungserbringung, kann dieses Verhalten disziplinarrechtlich gewürdigt werden.

Gegen den Kl. erließ die KV einen Disziplinarbescheid (Geldbuße von 5.000,- DM), weil er in der Zeit vom II/95 bis I/99 in insgesamt 14 Quartalen gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen und damit seine vertragsärztlichen Pflichten verletzt habe. *SG Berlin, Urt. v. 10.04.2002 – S 71 KA 133/00 –* wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück; die Nichtzulassungsbeschwerde wies das *BSG* ab.

BSG, Beschl. v. 09.12.2004 – B 6 KA 70/04 B – juris

RID 05-02-42

Das in den Satzungen der KVen näher geregelte Disziplinarverfahren ist ein Verwaltungsverfahren nach SGB X.

Es kann offen bleiben, ob die Absetzungsfrist von fünf Monaten für verkündete Urteile auch auf Entscheidungen der Disziplinarausschüsse anzuwenden ist (hier: Frist gewahrt). Der Umstand, dass § 275 I 2 StPO für Strafurteile eine kürzere Frist vorgibt, ist keine hinreichende Basis für die Annahme, diese Frist müsse entsprechend auch im vertragsärztlichen Disziplinarverfahren gelten.

Der fortdauernde Verstoß eines Arztes gegen das Gebot der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise rechtfertigt die Verhängung von Disziplinarmaßnahmen und kann ggf. sogar Grundlage für die Entziehung der Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit sein (vgl. BSG v. 15.4.1986 - 6 RKA 6/85 - BSGE 60, 76, 78 = SozR 2200 § 368a Nr. 15).

Kürzungsmaßnahmen, die Gegenstand eines gerichtlichen Vergleichs oder eines Vergleichs im Verwaltungsverfahren gewesen sind, können Grundlage des Vorwurfs fortdauernder Verstöße gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot sein. Allein die Tatsache, dass über Honorarkürzungen ein Vergleich geschlossen worden ist, ändert nichts daran, dass der betroffene Arzt im jeweiligen Quartal unwirtschaftlich gehandelt hat.

Zur Verhängung einer Geldbuße bei Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot s. zuletzt *SG Münster*, Urt. v. 16.06.2003 - S 2 KA 45/00 - RID 04-02-78.

VIII. ZULASSUNGSRECHT

Vgl. zuletzt *BSG*, Urt. v. 23.02.2005 - B 6 KA 81/03 R - („Windhundprinzip“), wonach eine Neuregelung der Nr. 23 Satz 2 BedarfssplRlÄ durch den Gemeinsamen Bundesausschuss für das nach Veröffentlichung der partiellen Entsperrung durchzuführende Verfahren zur Besetzung eines zusätzlichen Vertragsarztsitzes eine von zufälligen Umständen abhängige und damit für Manipulationen anfällige Zuteilung ausschließen muss; dabei kann das in § 103 V SGB V normierte Auswahlkriterium der Rangstelle auf der Warteliste zu berücksichtigen sein; *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** - BSGE = SozR 4-5525 § 32 Nr. 1 = GesR 2004, 488 = MedR 2005, 57, 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** - SozR 4-2500 § 98 Nr. 3 = GesR 2004, 417 = MedR 2004, 574 = NZS 2005, 165 zur **Sonderbedarfsszulassung** 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 91, 253 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 1 = GesR 2004, 286 = MedR 2004, 697 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 4-5520 § 24 Nr. 1 = GesR 2004, 242 = MedR 2004, 405; 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 4-5520 § 33 Nr. 2 = 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 91, 164 = SozR 4-5520 § 33 Nr. 1 = NJW 2004, 1820 = GesR 2004, 47 = MedR 2004, 114 zu den Voraussetzungen einer **ärztlichen Gemeinschaftspraxis**.

1. PSYCHOTHERAPEUTEN: ZEITFENSTER UND KINDERERZIEHUNG

LSG Bayern, Urt. v. 06.10.2004 - L 12 KA 110/02 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-43

Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 6 KA 19/05 B

Psychotherapeut, Zeitfenster, Kindererziehung

SGB V § 95 X, XIb

Der Gesetzgeber war nicht verpflichtet, eine über § 95 XIb SGB V hinausgehende Regelung zugunsten von Kinder erziehenden Eltern zu treffen (vgl. bereits Senatsurt. v. 06.08.2003 - L 12 KA 89/02 -; Nichtzulassungsbeschwerde - B 6 KA 117/03 B - verworfen; Verfassungsbeschwerde nicht angenommen, BVerfG, Kammerbeschl. v. 27.07.2004 - 1 BvR 1252/04 -).

Bei § 95 X und XIb SGB V handelt es sich um eng auszulegende Ausnahmenvorschriften, die dem Schutz einer vor Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes geschaffenen Praxissubstanz dienen. In den Genuss dieser Regelung kann nur kommen, wer bereits vor Einbringung des PThG in den Bundestag eine im nennenswerten Umfang mit der Versorgung von Versicherten der gesetzlichen

Krankenversicherung befasste Praxis geführt hat, wenn schon nicht im Zeitfenster, so doch wenigstens vorher, wenn während des Zeitfensters ein Kind unter drei Jahren aufgezogen wurde.

Diese Zeitfensterregelung des § 95 X i.V.m. XIb SGB V verstößt auch nicht gegen das europarechtliche Diskriminierungsverbot aus Art. 4 der Richtlinie 86/613/EWG v. 11.12.1986 zur Verwirklichung des Grundsatzes der Gleichbehandlung von Männern und Frauen, die eine selbständige Erwerbstätigkeit ausüben, sowie über den Mutterschutz in Verbindung mit Art. 3 der Richtlinie 76/207/EWG vom 09.02.1976 zur Verwirklichung des Grundsatzes der Gleichbehandlung von Männern und Frauen hinsichtlich des Zugangs zur Beschäftigung, zur Berufsausbildung und zum beruflichen Aufstieg sowie in Bezug auf die Arbeitsbedingungen.

SG München, Urt. v. 14.04.2002 – S 21 KA 930/01 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Vgl. a. *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 22.09.2004 – L 10 KA 19/02 - RID 05-01-65.

2. ERMÄCHTIGUNG UND PLANUNGSBEREICH

A) PHONIATER UND PÄDAUDIOLOGEN/55 JAHRES-GRENZE/BEGRÜNDUNGSPFLICHT

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 09.02.2005 – L 3 KA 290/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 05-02-44

Revision anhängig: B 6 KA 15/05 R

Phoniater, Pädaudiologe, HNO-Arzt, Beurteilungsspielraum, Amtsermittlung, 55 Jahres-Grenze

SGB V § 116; SGG §§ 66 II 1, 84; Ärzte-ZV §§ 31 IX 1, 31a, 44 Satz 1

Fehlt in der Rechtsbehelfsbelehrung im Beschluss des Zulassungsausschusses ein **Hinweis auf die Begründungspflicht** (vgl. auch BSG, Beschl. v. 16.07.2003 – B 6 KA 77/02 B –), so gilt die 1-Jahres-Frist gemäß § 66 II 1 SGG.

Von dem Grundsatz, dass der Bedarfsermittlung für eine beantragte Ermächtigung der jeweilige **regionalen Planungsbereich** zu Grunde zu legen ist (BSG SozR 3-2500 § 116 Nr. 10), sind im Einzelfall **Ausnahmen** möglich, etwa wenn besondere geografische Verhältnisse die zusätzliche Berücksichtigung eines benachbarten Planungsbereichs nahelegen (BSG SozR 3-2500 § 97 Nr. 2).

Ein **atypischer Ausnahmefall** kann vorliegen, wenn spezielle Leistungen in Frage stehen, die von einer zahlenmäßig kleinen Minderheit von Ärzten erbracht werden, sodass ein wohnortnahes Angebot nicht zu erwarten und eine planungsbereichsübergreifende Inanspruchnahme der wenigen Spezialisten üblich ist (vgl. *LSG Niedersachsen-Bremen*, Urt. v. 09.02.2005 – L 3 KA 253/02 – RID 05-02-45). Dies liegt im Hinblick auf die noch relativ junge **Fachgruppe der Phoniater und Pädaudiologen** nahe, weil es nur vier niedergelassene Phoniater/Pädaudiologen in Niedersachsen gibt.

Ist der quantitativ-allgemeine Behandlungsbedarf für phoniatisch/pädaudiologische Leistungen gedeckt, besteht grundsätzlich kein Bedarf mehr dafür, eine Ermächtigung aus qualitativ-spezifischen Gesichtspunkten auszusprechen, um eine **"hochspezialisierte" Leistungserbringung**, etwa von **Problempatienten**, zu ermöglichen. Denn im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist typischerweise davon auszugehen, dass auch die niedergelassenen Ärzte aufgrund ihres Aus- und Weiterbildungsstands dem Versorgungsanspruch der Versicherten voll entsprechen können (BSG SozR 3-2500 § 116 Nr. 4), wobei sich dieser ohnehin nicht nach dem wissenschaftlichen Höchststand richtet (BSG SozR 3-2500 § 116 Nr. 1). Dies gilt auch im Hinblick auf seltene Erkrankungen oder schwierige und komplexe Krankheitsbilder (BSG SozR 3-2500 § 116 Nr. 12). Etwas anderes kann insbesondere dann gelten, wenn die niedergelassenen Phoniater und Pädaudiologen – namentlich aus Gründen fehlender apparativer Ausstattung – über einzelne Leistungsangebote nicht oder nicht in ausreichendem Ausmaß verfügen, die ein Krankenhausarzt vorhält.

Einer Ermächtigung steht die **Überschreitung der 55 Jahres-Grenze** nicht entgegen. Da die Notwendigkeit der Sicherstellung der Versorgung bereits zwingende Voraussetzung einer Ermächtigung nach § 31a ist, beinhaltet die in § 31a III angeordnete "entsprechende" Anwendung des § 31 IX, dass die im dortigen Satz 2 geregelte Abweichung von Satz 1 nicht nur in Ausnahmefällen, sondern in jedem Fall einer zu prüfenden Ermächtigung eines Krankenhausarztes möglich ist. Soweit der in Satz 2 enthaltene Begriff "kann" eine Ermessensprüfung der Frage ermöglichen sollte, ob bei Krankenhausärzten, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, im Einzelfall entweder dem Ausschlusskriterium "Alter" oder der Sicherstellung Vorrang eingeräumt wird, ist der diesbezügliche Ermessensspielraum aus verfassungsrechtlichen Gründen auf Null reduziert.

Bei Erteilung einer Ermächtigung kann der Berufungsausschuss die Zahl der hiernach durch den Krankenhausarzt abzurechnenden **Leistungen begrenzen**, um eine Verschiebung der

Leistungserbringung zu Lasten der seiner Klinik bereits erteilten Ermächtigung nach § 117 SGB V zu verhindern (vgl. hierzu eingehend BSG SozR 3-5520 § 31 Nr. 9).

Der 1942 geb. Kl. ist Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde sowie Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie, Stimm- und Sprachstörungen; er ist Direktor der Abteilung Phoniatrie und Pädaudiologie der Universität G. Die dortige Poliklinik ist gemäß § 117 SGB V zur ambulanten ärztlichen Behandlung der Versicherten ermächtigt. Im Zulassungsbezirk besteht für Ärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie kein Bedarfsplan und sind zwei Fachärzte zugelassen und werden die spezif. Leistungen auch von HNO-Ärzten erbracht. Eine Ermächtigung an der phoniatriisch-pädaudiologischen Versorgung für bestimmte EBM-Ziffern lehnten die Zulassungsgremien ab, weil die Leistungen im Rahmen des Poliklinikvertrages weiterhin erbracht und abgerechnet werden könnten und d. Kl. das 55. Lebensjahr bereits vollendet habe. **SG Hannover**, Urt. v. 28.05.2003 – S 16 KA 375/02 – verpflichtete zur Neubescheidung, das **LSG** wies die Berufungen der KV u. d. Kl. mit der Maßgabe der Beachtung der Rechtsauffassung des Senats zurück.

Nach **BSG**, Urt. v. 24.11.1993 – 6 RKA 26/91 – BSGE 73, 223 = SozR 3-5520 § 25 Nr. 1 u. **BSG**, Urt. v. 18.12.1996 – 6 RKA 73/96 – BSGE 80, 9 = SozR 3-2500 § 98 Nr. 4 besteht bei Prüfung eines Ausnahmefalles nach § 25 **Ärzte-ZV** kein Ermessen oder gerichtsfreier Beurteilungsspielraum des Zulassungsausschusses; das „kann“ ist als Befugnisnorm zu verstehen.

B) MRT-LEISTUNGEN

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 09.02.2005 – L 3 KA 253/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de
Revision anhängig: B 6 KA 14/05 R

RID 05-02-45

MRT-Leistungen. Planungsbereich,
SGB V § 116

Für die Bedarfsprüfung eine Ermächtigung auch von MRT-Leistungen ist auf den Planungsbereich abzustellen. Grundsätzlich sind Versorgungskapazitäten in einem benachbarten Planungsbereich nicht zu berücksichtigen. Von diesem Grundsatz dürfen die Zulassungsgremien jedoch in atypischen Ausnahmefällen abweichen und auch das Leistungsangebot in benachbarten Planungsbereichen in ihre Beurteilung mit einbeziehen, und zwar namentlich auch dann, wenn dies längere Wege für die betroffenen Versicherten zur Folge hat. Für eine praktikable Umsetzung und zur Gewährleistung der nach der herangezogenen Wertung des Gesetzgebers erforderlichen Atypik bedarf es dabei einer näheren Umschreibung der Ausnahmefälle. Allein der Gesichtspunkt einer Subspezialisierung begründet keinen Ausnahmefall. Ein Ausnahmefall kann vorliegen, wenn spezielle Leistungen in Frage stehen, die nur von einer auch zahlenmäßig kleinen Minderheit der Ärzte der betroffenen Facharztgruppe erbracht werden, so dass eine planungsbereichsübergreifende Inanspruchnahme dieser Spezialisten üblich und ein wohnortnahes Angebot nicht zu erwarten ist. Für MRT-Leistungen gilt dies nicht.

Der Kl., Chefarzt eines Instituts für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Kernspintomographie und Nuklearmedizin der E-Klinik GmbH gehört zum Planungsbereich Landkreis E. Die Klinik ist Besitzerin des einzigen MRT-Geräts im Landkreis E. Der Kl. wurde für Leistungen des Fachgebiets Diagnostische Radiologie ermächtigt, aber u. a. mit der Ausnahme von MRT-Leistungen, weil für aufwändige und teure Geräteleistungen nicht auf die Grenzen des einzelnen Planungsbereichs abgestellt werden könne, wenn dieser – wie der Landkreis E. – lediglich knapp 110.000 Einwohner umfasse. Nach den Großgeräte-Richtlinien habe ein MRT-Geräte für jeweils 750.000 Einwohner als angemessene Relation gegolten. **SG Hannover**, Urt. v. 10.04.2002 – S 5 KA 66/00 – wies die Klage ab, das **LSG** stellte fest, dass der Bekl. in den angefochtenen Beschlüssen rechtswidrigerweise eine Erweiterung der dem Kläger erteilten Ermächtigung um die Erbringung von MRT-Untersuchungen abgelehnt hat.

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

A) BEDARFSGERECHTE VERSORGUNG: PLANUNGSBEREICH

LSG Hamburg, Urt. v. 09.02.2005 – L 2 KA 12/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-46

Hausärztlicher Internist, haus- und fachärztliche Versorgung, Teilnahme, Hausärztevertrag, KO-Liste
SGB V §§ 73 I, Ia, 87 IIa 4; GG Art. 12 I

Die Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in **einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Versorgungsbereich** ist mit **Art. 12 I und Art. 14 GG vereinbar** (vgl. BSG v. 18.06.1997 – 6 RKA 58/96 – BSGE 80, 256 = SozR 3-2500 § 73 Nr. 1; BVerfG v. 17.06.1999 – 1 BvR 2507/97 – SozR 3-2500 § 73 Nr. 3). Auch die auf der Grundlage der §§ 87 IIa 4, 73 Ic 1 SGB V ergangenen Regelungen des Hausarzt-Vertrages, die spezielle Leistungen in der hausärztlichen Versorgung von der Abrech-

nungsfähigkeit ausnehmen, sind verfassungsgemäß (BSG v.18.06.1997, aaO.; v. 20.03.1996 - 6 RKa 34/95 – SozR 3-2500 § 95 Nr. 9). Die bis 2002 laufende Übergangsfrist ist ebenfalls nicht zu beanstanden.

Eine Anknüpfung an einen **"lokalen Versorgungsbedarf"** i. S. der BedarfsPIRL-Ä (Nr. 24) ist im Rahmen der Entscheidung nach § 73 Ia 3 SGB V nicht möglich. Der "lokale Versorgungsbedarf" als Kriterium für eine Sonderbedarfsfeststellung und der Begriff der **"bedarfsgerechten Versorgung"** in § 73 Ia 3 SGB V sind voneinander zu unterscheiden.

Die seit 1998 als "hausärztliche Internistin" zugelassene Kl. erbrachte seit 1999 gastroscopische Leistungen nach Nr. 741 EBM (im Jahr 2002: 16, 19, 9 und 18 Leistungen pro Quartal, insgesamt 3.640 EUR). Nach Auslaufen der Übergangsregelung des Vertrages über die hausärztliche Versorgung ("Hausarzt-Vertrag") lehnten die Zulassungsgremien eine gleichzeitige weitere fachärztliche Tätigkeit ab, da diese Leistungen problemlos von den fachärztlichen Internisten übernommen werden könnten. **SG Hamburg**, Urt. v. 09.06.2004 – S 3 KA 382/03 – RID 04-04-52 verurteilte zur Neubeschreibung, weil ein "lokaler Maßstab" gelten müsse. Zwar müssten sich Versicherte nach den Maßstäben der Sonderbedarfszulassung zumutbar auch noch auf angrenzende Stadtteile verweisen lassen, jedoch nicht auf den gesamten großstädtischen Planungsbereich Hamburg. Das **LSG** wies die Klage ab und setzte den **Streitwert** auf 11.000 EUR (Anm. der Redaktion: Dies entspricht dem dreifachen Jahresumsatz der Leistungen nach Nr. 741 EBM) fest.

Z. T. anders **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 22.09.2004 – L 10 KA 6/04 - RID 05-01-75, wonach es zwar grundsätzlich auf die Versorgungssituation im gesamten Planungsbereich ankommt, jedoch ist bei der Regelung gemäß § 73 Ia 3 SGB V - ähnlich wie bei der Sonderbedarfszulassung gemäß Ziffer 24 a) Bedarfsplanungsrichtlinien - auf die Situation im lokalen Bereich abzustellen ist.

Zur **gleichzeitige Teilnahme an der haus- und fachärztl. Versorgung** vgl. zuletzt RID 05-01-A VI 6 (S. 39) und RID 04-04-A VII 4 (S. 28) m.w.N.

B) KURZE ÜBERGANGSFRIST FÜR ÖSOPHAGOGASTRODUODENOSKOPIEN (NR. 741 EBM)

LSG Bayern, Urt. v. 22.12.2004 – L 12 KA 221/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-47

Genehmigung, Gastroskopie, Duodenoskopie, Ösophagoskopie, Hausarztvertrag

SGB V §§ 73 Ia 3, 87 IIa 4 u. 5; EBM Nr. 741; Hausarztvertrag

Die zweijährige Übergangsfrist hinsichtlich der Abrechenbarkeit der Nr. 741 BMÄ/E-GO ist nicht rechtswidrig. Ihr Ausschluss ist für die hausärztliche Tätigkeit im Hinblick auf die in § 73 I SGB V vorgegebene Aufgabenbeschreibung des Hausarztes nicht wesentlich. Dies gilt jedenfalls dann, wenn die Leistung in nur sehr geringfügigem Umfang erbracht wurde.

Der 1962 geb. Kl. ist Internist ohne Schwerpunktbezeichnung, seit 1998 zugelassen und nimmt an der hausärztlichen Versorgung teil. Seinen Antrag auf eine Ausnahmegenehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Ösophagogastroduodenoskopien, die der Kl. in den Vorquartalen zwischen 18 bis 24 mal erbracht hatte (Umsatzanteil: ca. 2 %), lehnten die Zulassungsgremien ab. Der Kl. hatte u. a. geltend gemacht, er habe bei Praxisübernahme auch entsprechende Gerätschaften (Preis: 43.538,21 DM) abgelöst. Der "KO-Katalog" von 1994 habe nicht die Nr.741 BMÄ/E-GO beinhaltet. Im Oktober 2000 sei der "KO-Katalog" überraschend mit einer Übergangsfrist von zwei Jahren um diese Leistung erweitert worden. **SG München**, Urt. v. 20.01.2004 – S 42 KA 1491/03 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. 55-JAHRESGRENZE UND HÄRTEFALL

LSG Bayern, Urt. v. 06.10.2004 – L 12 KA 41/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-48

Härtefall, unbillige Härte, Altersgrenze, Alterssicherung

SGB V §§ 95, 98 II nr. 12; Ärzte-ZV § 25

Unbillige Härte i.S.d. § 25 Satz 2 Ärzte ZV ist gegeben, wenn ein Antragsteller bislang keine Alterssicherung aufgebaut hat und daher - zur Vermeidung der Inanspruchnahme von Sozialhilfe - ökonomisch auf die Zulassung als Psychologischer Psychotherapeut angewiesen ist. Er kann jedenfalls dann nicht auf die Fortführung seiner Privatpraxis verwiesen werden, wenn ein Betreiben der Praxis alleine mit Privatpatienten nicht wirtschaftlich ist.

Der 1942 geb. ist seit 1976 als freiberuflicher Psychotherapeut in eigener Praxis in M. niedergelassen. Seinen Antrag auf bedarfsabhängige Zulassung als psychologischer Psychotherapeut in A lehnten die Zulassungsgremien ab. Der Kl. hatte zuvor u. a. vorgetragen, mangels eines Abschlusses in einem Richtlinienverfahren habe er über lange Zeit GKV-Patienten nur im Rahmen der "Techniker-Kasse-Regelung" oder unter der Voraussetzung des § 13 SGB V behandeln können. Die Honorare hätten sich je nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit der Selbstzahler zwischen 10 % bis höchstens 100 % der Kassenleistung, im Schnitt bei etwa 60 % der Kassensätze, bewegt. Die beschriebene Einkommenssituation sei noch auskömmlich gewesen, habe aber bei

einem langjährigen Bruttoeinkommen von ca. 60.000 DM p. a. und der Höhe der Praxiskosten in M. kaum Spielraum für den Aufbau einer Altersversorgung gelassen. Die derzeitige Anwartschaft aus der inzwischen beitragsfrei gestellten privaten Rentenversicherung liege bei 345,20 DM monatlich. **SG München**, Urt. v. 18.12.2002 – S 32 KA 1873/01 – verurteilte zur Neubescheidung, das **LSG** zur Neubescheidung unter Beachtung seiner Rechtsauffassung.

Vgl. zuletzt RID 04-04-51 (S. 28) m.w.N.

5. RÜCKWIRKENDE GENEHMIGUNG DER VERLEGUNG DES VERTRAGSARZTSITZES

SG Düsseldorf, Urt. v. 15.12.2004 – S 14 KA 172/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-49

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 7/05 R

Genehmigung, Verlegung, Vertragsarztsitz
SGB V § 95; Ärzte-ZV § 24 I, IV

Für die Frage der Verlegung eines Vertragsarztsitzes ist nicht auf den **Ort der Niederlassung** als Planbereich oder als politische Gemeinde abzustellen, sondern vielmehr auf die **konkrete Praxisanschrift** (vgl. **BSG**, Urt. v. 20.12.1995 – B 6 RKa 55/94 – SozR 3-2500 § 75 Nr. 7; v. 10.05.2000 – B 6 KA 67/98 R – SozR 3-5520 § 24 Nr. 4; LSG NRW, Urt. v. 07.10.1998 – L 11 KA 62/98 – MedR 1999, 333).

Für die Verlegung der Praxis von einer Straße in eine andere Straße derselben Gemeinde ist eine Genehmigung des Zulassungsausschusses erforderlich. Die Genehmigung kann nur für die Zukunft erteilt werden. Dies folgt aus den Besonderheiten des Vertragsarztrechts und hier insbesondere aus der Sachnähe zwischen vertragsärztlicher Zulassung als statusbegründendem Akt und Vertragsarztsitz.

Der Kl., zugelassen seit 1986 als Arzt für Neurologie und Psychiatrie mit Praxissitz in der E1str., fiel in Insolvenz. Er verlegte den Praxissitz am 23.11.2003 in die E3 Str. Auf Anregung des Zulassungsausschusses stellte der Insolvenzverwalter mit Schreiben vom 23.03.2004 einen Verlegungsantrag, den der Zulassungsausschuss zum 30.03.2004 genehmigte. Den Antrag d. Kl. auf Genehmigung der Praxisverlegung zum 23.11.2003 lehnte er ab, der Widerspruch war erfolglos. Das **SG** wies die Klage ab.

6. ERNEUTE ZULASSUNG ZUR VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG

SG Duisburg, Urt. v. 28.01.2005 – S 19 KA 20/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-50

Zulassung, Zulassungssperre, Härtefall, Tatbestandswirkung
SGB V §§ 73 Ia, 103; Ärzte-ZV §§ 16b II, 25

Solange der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Zulassungssperre nicht aufgehoben hat, haben die Zulassungsinstanzen diese Sperre von Amts wegen zu beachten (§ 16b II Ärzte-ZV). Dieser Sperre kommt eine sog. Tatbestandswirkung zu.

Äußert ein Arzt, dem die Zulassung entzogen worden ist oder der von sich aus auf die Zulassung verzichtet hat, den Wunsch, zur vertragsärztlichen Versorgung wieder zugelassen zu werden, rechtfertigt dies nicht ohne weiteres die Annahme eines Härtefalles (**BSG**, Urt. v. 24.11.1993 – 6 RKa 36/92 – SozR 3-2500 § 98 Nr. 3 = NZS 1994, 427).

Der 1939 geb. Kläger war seit 1992 als praktischer Arzt zugelassen. Ihm wurde die **Zulassung** 1997 **entzogen**, u. a. weil er Abrechnungsunterlagen für das Quartal II/96, die ihm zur nochmaligen Überprüfung zurückgegeben worden seien, nachträglich zu seinen Gunsten abgeändert habe. **SG Duisburg**, Urt. v. 28.01.2002 – S 19 KA 33/98 – wies die Klage ab. Vor dem **LSG** erklärte d. Kl. am 30.12.2002 mit Wirkung zum 30.06.2004 seinen **Verzicht auf die Zulassung**, woraufhin die Bet. den Rechtsstreit für erledigt erklärten. Mit Schreiben vom 05.03.2004 stellte der Kl. ohne Erfolg einen "**Wiederzulassungsantrag**" für die Zeit ab dem 01.07.2004: Er habe durch Honorareinbehalte und -rückforderungen eine finanzielle Schieflage erlitten. Es sei durchaus möglich, dass er demnächst Sozialhilfe beziehen werde, weil er mit Rücksicht auf die gegen ihn erhobenen Rückforderungen seine Lebensversicherungsverträge und sonstige für die Altersvorsorge bestimmte Rücklagen aufgelöst habe. Er werde mit dem Ende der vertragsärztlichen Behandlungen zum Quartal IV/04 ohne Einkünfte sein, denn die Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit seien zu vernachlässigen. Folglich liege in seiner Person ein Härtefall im Sinne von § 25 Satz 2 Ärzte-ZV vor. Die Verfehlungen, die zu dem Zulassungsentziehungsverfahren geführt hätten, seien nach Auffassung des Zulassungsausschusses ohnehin nur für eine zeitlich begrenzte Sanktion geeignet gewesen. Sein Abrechnungsverhalten habe sich zwischenzeitlich deutlich gebessert. Schließlich sei die Versorgung der vielen betagten Patienten im Einzugsbereich seiner Praxis nur durch ihn persönlich möglich, weil die Suche nach einem Praxisnachfolger nicht auf Interesse gestoßen sei. Der **Berufungsausschuss** wies den Widerspruch zurück, weil der **Planungsbereich E** für Hausärzte **gesperrt** sei. Das **SG** wies die Klage ab.

7. ZULASSUNGSENTZIEHUNG UND „WOHLVERHALTEN“

SG Duisburg, Urt. v. 28.01.2005 – S 19 KA 15/01 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-51

Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen – L 11 KA 28/05 –

Zulassungsentziehung, Übermaßverbot, Verhältnismäßigkeitsprinzip, Disziplinarmaßnahme

SGB V §§ 95 VI, 106; Ärzte-ZV § 27 S. 1

Eine Zulassungsentziehung (hier v. 24.05.2000/09.05.2001) verstößt gegen das Übermaßverbot (Verhältnismäßigkeitsprinzip im weiteren Sinne), wenn weniger schwerwiegende Maßnahmen geeignet sind, das erforderliche Vertrauen in den Vertragsarzt auf Seiten der übrigen Vertragsärzte und der Krankenkassen wieder herzustellen und bis auf weiteres aufrecht zu erhalten, insbesondere Disziplinarmaßnahmen ausreichend sind. Dies ist der Fall, wenn in der Eignungsprognose nicht der Tatsache Rechnung getragen wird, dass der Vertragsarzt sein beanstandetes Abrechnungsverhalten als Reaktion auf mit ihm geführte Gespräche (Juli u. Okt. 1999) nachhaltig geändert hat. Auch spricht der Umstand, dass der Vertragsarzt wieder an der Methadon-Substitutions-Behandlung (seit III/2002) teilnimmt dafür, dass das erforderliche Vertrauensverhältnis für eine weitere Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nicht so schwerwiegend erschüttert ist.

Dem 1949 geb. Kl., einem hausärztlich tätigen Internisten, entzog der Zulassungsausschuss die Zulassung, weil er fortgesetzt gegen das Gebot der wirtschaftlichen Behandlungsweise verstoßen habe. Über 15 Quartale, nämlich von I/96 bis III/99 habe er Honorarkürzungen erfahren. Der Berufungsausschuss bestätigte die Zulassungsentziehung. Er verwies ferner auf Verstöße gegen die Dokumentationspflicht hin. Auch seien Leistungen abgerechnet worden, die entweder überhaupt nicht oder nicht ordnungsgemäß oder nicht vollständig erbracht worden seien; damit habe der Kläger gegen die wesentliche Verpflichtung zur peinlich genauen Abrechnung verstoßen. Das *SG* hob den Beschluss des Zulassungsausschusses und den Beschluss des bekl. Berufungsausschusses auf.

8. KEINE UMDEUTUNG EINER BEENDIGUNGSFESTSTELLUNG IN ZULASSUNGSENTZIEHUNG

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 09.02.2005 – L 3 KA 360/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-52

Bedingung, auflösende Bedingung, Auflage, Zulassungsentziehung, Zulassung, Zulassungsende, Umdeutung

SGB V § 95 VI; SGB X §§ 32 II Nr. 2, 43; Ärzte-ZV § 19 III

Eine **Bedingung** ist regelmäßig nicht als **Auflage** (und umgekehrt) anzusehen, wenn in einem Verwaltungsakt eindeutig zwischen Bedingungen und Auflagen unterschieden wird. Hierzu bedarf es im Einzelfall gewichtiger entgegenstehender Gründe. Diese liegen hier vor, wenn der Zulassungsausschuss den Bedeutungsgehalt der Nebenbestimmung in unmittelbarem textlichem Zusammenhang mit den "Bedingungen" in einer Weise erläutert hat, dass der Erklärungsempfänger in Wirklichkeit nur von einer Auflage ausgehen konnte.

Für die Beurteilung des Vorliegens von **Entziehungsgründen** kommt es nicht auf den **Zeitpunkt** der Verwaltungsentscheidung, sondern auf den der mündlichen Verhandlung im hiergegen gerichteten Gerichtsverfahren an, es sei denn der Sofortvollzug der Entziehungsentscheidung wäre angeordnet worden (BSG SozR 2-2500 § 95 Nr. 4; Beschl. v. 10.05.2000 – B 6 KA 56/99 B –).

Die Feststellung, die Zulassung habe "infolge Fristablaufs" (bzw. wegen Bedingungseintritts) geendet, kann nicht in eine Zulassungsentziehung **umgedeutet** werden, da sie nicht auf das gleiche Ziel gerichtet sind.

Die kl. Dipl.-Psych. war seit 1993 bei einer Lebensberatungsstelle als Psychotherapeutin beschäftigt. Das Beschäftigungsverhältnis im Umfang von 19,5 Stunden in der Woche wollte sie fortführen. Der Zulassungsausschuss ließ d. Kl. bedarfsunabhängig zu, "und zwar unter den nachstehenden Bedingungen sowie mit den nachstehenden Auflagen: Bedingungen für die Zulassung. Die Zulassung erfolgt unter der 1. Bedingung, dass die jetzige Angestelltentätigkeit der Antragstellerin drei Monate nach dem Zeitpunkt endet, in dem dieser Beschluss unanfechtbar geworden ist. Die Zulassung erfolgt ferner unter der 2. Bedingung, dass die Ast. ab dem Zeitpunkt der Aufnahme ihrer vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit keine heilkundliche Tätigkeit in anderweitiger abhängiger Beschäftigung ausübt. Der Zulassungsausschuss kann die Zulassung entziehen, wenn und sobald mindestens eine der beiden Bedingungen nicht bzw. nicht mehr erfüllt ist. Die Antragstellerin ist verpflichtet, dem Zulassungsausschuss alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen/Unterlagen vorzulegen für die Überprüfung der Erfüllung der obigen Bedingungen. 1. Auflage Die Zulassung erfolgt mit der Auflage, dass die vertragspsychotherapeutische Tätigkeit am Praxissitz innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Zustellung dieses Beschlusses aufgenommen wird (§ 19 Abs 2 Ärzte-ZV). 2. Auflage Die Zulassung erfolgt ferner mit der Auflage, dass die Antragstellerin ihre Wohnung spätestens bei Aufnahme ihrer vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit so wählt, dass die Wohnung nicht mehr als 30 Straßenkilometer von der Praxis entfernt ist." Den

Antrag, ihr vorläufig bis zum 31.03.2000 die Fortführung ihrer nichtselbständigen Tätigkeit für die Lebensberatungsstelle zu gestatten oder anderenfalls einen entsprechend späteren Termin für die Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit festzusetzen, da zu der Einrichtung und deren Träger besondere persönliche Beziehungen bestünden, lehnte der Zulassungsausschuss ab. Im November 1999 ordnete der Landesausschuss für den Landkreis Zulassungsbeschränkungen für Psychotherapeuten an. Mit Beschluss vom 15.12.1999 stellte der Zulassungsausschuss fest, dass die Zulassung der Klägerin zum Ablauf des 01.11.1999 geendet habe. Außerdem wies er einem Antrag auf Ruhen der Zulassung zurück. Der Widerspruch war erfolglos. **SG Hannover**, Urt. v. 18.06.2003 – S 24 KA 539/01 – wies die Klage ab. Zum Ende August 2003 gab d. Kl. ihre Beschäftigung auf. Das **LSG** stellte fest, dass die Zulassung der Kl. zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung nicht zum Ablauf des 01.01.1999 geendet habe.

9. ERMÄCHTIGUNG ZUR DIALYSE BEI WOHNORTNAHER ZWEIGPRAXIS

LSG Hessen, Beschl. v. 26.04.2005 - L 4 KA 13/05 ER -

RID 05-02-53

Dialyseeinrichtung, Dialysevereinbarung, Ermächtigung

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

Leitsätze:

Die Anordnung der sofortigen Vollziehung einer angefochtenen Statusentscheidung gemäß § 86b I 1 Nr. 1 SGG entgegen der in § 96 IV 2 SGB V aufgestellten Regel setzt voraus, dass eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für die Rechtmäßigkeit der angefochtenen Entscheidung besteht und der Erfolg des Widerspruchs zumindest nicht überwiegend wahrscheinlich ist.

Ob Vertragsärzte mit einer Zweigniederlassung gegen die Ermächtigung eines angestellten Krankenhausarztes durch den Zulassungsausschuss im Sinne der Entscheidung des BVerfG vom 17.08.2004 – 1 BvR 378/00 – widerspruchsbefugt sind, richtet sich regelmäßig nach dem Planungsgebiet gemäß § 101 I 5 SGB V und im Falle einer Ermächtigung nach den Vereinbarungen zur „Versorgung chronisch insuffizienter Patienten“ gemäß § 31 II Ärzte-ZV nach der Versorgungsregion i. S. d. § 6 I 7 Anl. 9.1 BMV-Ä.

Die Erneuerung einer nach § 12 Anl. 9.1 BMV-Ä bereits ohne Bedürfnisprüfung auf zwei Jahre erteilten Ermächtigung setzt ein Versorgungsbedürfnis i.S.d. § 116 Satz 2 SGB V bzw. nach § 11 I 4 Anl. 9.1 BMV-Ä voraus.

SG Marburg, Beschl. v. 27.01.2005 – S 12 KA 1130/04 ER – RID 05-01-79 ordnete die sofortige Vollziehung des Beschlusses des Zulassungsausschusses bis einen Monat nach Zustellung einer Widerspruchsentscheidung, längstens bis zum 30.06.2005 an, das LSG lehnte die Anträge in vollem Umfang ab.

10. BEGRÜNDUNGSFRIST BEI FEHLENDEM HINWEIS

LSG Bayern, Urt. v. 15.12.2004 – L 12 KA 3/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-54

Widerspruch, Rechtsbehelfsbelehrung, Einjahresfrist

SGB V §§ 96 IV, 97 III, 98 II Nr.3; SGG §§ 66 II, 83, 84 I; Ärzte-ZV § 44; GG Art.19 IV 1

Das Erfordernis des § 44 Ärzte-ZV, dass der Widerspruch binnen eines Monats mit Angaben von Gründen einzulegen ist, ist rechtmäßig. Wird nur über die Notwendigkeit der Einlegung des Widerspruches innerhalb eines Monats nach Zustellung belehrt, nicht aber, dass dieser Widerspruch gemäß § 44 Ärzte-ZV zu begründen ist, dann liegt gemäß § 66 II SGG eine teilweise unrichtige Rechtsbehelfsbelehrung vor und es gilt die Einjahresfrist.

Die KV beantragte 1999 die **Zulassungsentziehung** d. Kl., eines 1944 geb. Internisten, weil Falschabrechnungen in Form der Abrechnung von nicht erbrachten Leistungen und durch Abrechnung von Leistungen, die aufgrund des Durchführens einer anderen Praxisform (Gemeinschaftspraxis als Praxisgemeinschaft) unge-rechtfertigt eine Honorarmehrung bewirkt hätten, vorlägen. Diese Erkenntnisse seien das Ergebnis einer Plausibilitätsprüfung der Praxisgemeinschaft für die Quartale III/97 bis IV/98 sowie einer eingehenden Patientenbefragung. Der **Zulassungsausschuss** gab dem Antrag statt. Der Bescheid des Zulassungsausschusses wurde der Anwaltskanzlei Dr. H. u. a. **am 31.03.2000 zugestellt**. Die Rechtsanwälte Dr. H. u. a. hatten mit Schriftsatz vom 06.09.1999 unter Vollmachtsvorlage die Vertretung des Kl. im Verwaltungsverfahren vor dem Zulassungsausschuss angezeigt. Mit Schriftsatz vom **06.04.2000** haben die Rechtsanwälte Dr. H. u. a. die anwaltliche Vertretung des Kl. im Widerspruchsverfahren angezeigt und namens und im Auftrage des Klägers **Widerspruch** eingelegt. Die Widerspruchsbegründung erfolge nach Auswertung sämtlicher Unterlagen in einem gesonderten Schriftsatz. Zuvor werde um Akteneinsicht beim Berufungsausschuss gebeten. Mit weiterem Schriftsatz vom 06.11.2001 haben die Rechtsanwälte mitgeteilt, dass der Kl. seit 30.01.2001 nicht mehr durch sie anwaltschaftlich vertreten werde. Der Kl. hat mit Schriftsatz vom 11.11.2001 mitgeteilt, dass mit Dr. H. wegen Honorarfragen keine Einigung über eine Vertretung erfolgt sei, weshalb er bis auf den heutigen Tag keine schriftliche Voll-

macht erteilt habe. Dr. H. habe die Vertretung erst am 07.11.2001 gekündigt. Weder vom Berufungsausschuss noch von Dr. H. sei ihm eine Frist für die Begründung des Widerspruchs mitgeteilt worden. Die **Begründung** liege hier seit März 2001 bereit. Sie sei dem Beklagten per Paketpost am **10.11.2001 zugesandt** worden. Der **Berufungsausschuss** wies den Widerspruch als unzulässig zurück. Wegen des fehlenden Hinweises über die Pflicht zur fristgerechten Begründung des Widerspruchs habe die Jahresfrist nach § 66 II 1 SGG gegolten. **SG München**, Urt. v. 15.10.2003 – S 39 KA 228/02 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Vgl. **LSG Niedersachsen-Bremen**, Urt. v. 09.02.2005 – L 3 KA 290/03 – RID 05-02-44 und zuletzt **SG Gotha**, Urt. v. 26.03.2003 – S 7 KA 1511/01 – RID 04-02-93 m.w.N.

IX. KEINE ANFECHTUNGSBEFUGNIS GEGEN FESTSTELLUNG KOLLEKTIVEN ZULASSUNGSVERZICHTS

LSG Niedersachsen-Bremen, B. v. 16.03.2005 – L 3 KA 367/04 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 05-02-55

Klagebefugnis, Aufsichtsbehörde, Zulassungsverzicht, Tatbestandswirkung

SGB V §§ 72^oI, 95b I; SGG §§ 54 I 2, 86b I 1 Nr. 2; GG Art. 12 I, 19 IV

Ein Antrag einer früheren Vertragszahnärztin auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung gegen einen Bescheid nach § 72a I SGB V ist wegen Fehlens einer Klagebefugnis unzulässig. Die Feststellung der Aufsichtsbehörde, dass die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung infolge eines zahlenmäßig beachtlichen abgestimmten Verzichts von Vertrags(zahn)ärzten nicht mehr sichergestellt ist, dient allein öffentlichen Interessen, weil durch den hierdurch bewirkten Übergang des Sicherstellungsauftrages auf die Krankenkassen und deren Verbände eine weiterhin ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten gewährleistet werden soll. Eine Tatbestandswirkung zu Lasten der früheren Vertragszahnärztin entfaltet der Bescheid nicht. Ob einer Neuzulassung eine Wiederzulassungssperre für die Dauer von sechs Jahren nach Abgabe der Verzichtserklärung entgegensteht, ist vom Zulassungs- bzw. Berufungsausschuss in eigener Verantwortung erneut zu prüfen ist.

Die Ast. war als Fachzahnärztin für Kieferorthopädie zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen. Zum 30.06.2004 verzichtete sie auf ihre Zulassung und gab als Grund hierfür "betriebswirtschaftliche, fachlich-berufsethische und persönliche Überlegungen" an. Nachdem in Niedersachsen insgesamt 41 ausschließlich kieferorthopädisch tätige Zahnärzte auf ihre Zulassung verzichtet hatten, stellte der Ag. als Aufsichtsbehörde gemäß § 72a I SGB V fest, dass in den drei niedersächsischen Planungsbereichen Landkreis Cuxhaven, Landkreis Hannover und Landkreis 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. Juni 2004 nach § 95b I SGB V verzichtet haben und dadurch die vertragszahnärztliche kieferorthopädische Versorgung ab 01. Juli 2004 nicht mehr sicher gestellt ist. Er ordnete die sofortige Vollziehung dieser Entscheidung an. Den Antrag auf Neuzulassung lehnte der Zulassungsausschuss im September 2004 ab, weil die Feststellung der Aufsichtsbehörde zur Folge habe, dass eine erneute Zulassung frühestens nach Ablauf von sechs Jahren nach Abgabe der Verzichtserklärung erteilt werden könne. Hiergegen legt die Ast. Widerspruch ein. Ferner erhob sie im Oktober 2004 vor dem SG Hannover Klage gegen den Bescheid der Ag. und beantragte, die aufschiebende Wirkung ihrer Anfechtungsklage gegen diesen Bescheid anzuordnen. **SG Hannover**, Beschl. v. 23.11.2004 – S 43 KA 580/04 ER – wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung als unzulässig ab; die Rechtmäßigkeit der Verfügung des Ag. sei allenfalls inzident in dem von der Ast. betriebenen Zulassungsverfahren zu prüfen. Das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

X. WAHL ZUM VORSTAND DER KV RHEINLAND-PFALZ

SG Mainz, Urt. v. 30.03.2005 – S 8 KA 570/04 –

RID 05-02-56

Vertreterversammlung, Vorstand, KV, Ladungsfrist, Wahl, Grundsatz der Unmittelbarkeit der Wahl

SGB V §§ 80 Ia, 81

Die Möglichkeit der Vertreterversammlung, zu Beginn der Sitzung zu beschließen, dass die Vorstandswahl noch in derselben Sitzung durchgeführt werden solle, ist von der Organisationshoheit gedeckt, die der KV als Selbstverwaltungskörperschaft zusteht. Eine entgegenstehende Satzungs- oder Geschäftsordnungsbestimmung gibt es nicht. Die in der Hauptsatzung der KV RP vorgesehene Ladungsfrist von zwei Wochen ist eine Ordnungsvorschrift. Sie soll nur sicherstellen, dass alle Mitglieder die Möglichkeit hätten, zur Sitzung zu erscheinen. Sind - wie im vorliegenden Fall - tatsächlich alle Mitglieder erschienen, so ist dieser Zweck erfüllt. Insbesondere sind hier die Vorschriften des Vereinsrechts nicht entsprechend anwendbar, die eine rechtzeitige Ladung zur

Sitzung vorschrieben. Auch die Vorauswahl der Bewerber durch den Vertragsausschuss verletzt nicht den Grundsatz der Unmittelbarkeit der Wahl, da die Auswahl später durch die Vertreterversammlung bestätigt worden ist. Dass sich nicht alle 84 Bewerber um die Vorstandsämter vor der Vertreterversammlung hatten äußern dürfen, verletzt ebenfalls keine Wahlrechtsvorschriften. Bei der in der Hauptsatzung vorgesehenen Äußerungsmöglichkeit handelt es sich nicht um eine Vorschrift des Wahlrechts.

10 Mitglieder der Vertreterversammlung hatten sich mit einer Wahlanfechtungsklage gegen die in der Nacht vom 13. auf den 14.10.2004 durchgeführte Vorstandswahl gewandt und beantragt, diese für ungültig zu erklären. Die (vollzählige) Vertreterversammlung hatte zu Beginn ihrer Sitzung am 13.10.2004 beschlossen, noch in dieser Sitzung den Vorstand zu wählen und die Wahl dann auch durchgeführt. Die Wahl zum Vorstand war in der knapp zwei Wochen zuvor erfolgten Ladung der Mitglieder der Vertreterversammlung nicht angekündigt worden. Zur Begründung ihrer Wahlanfechtungsklage haben die Kläger unter anderem vorgetragen, die nach der Hauptsatzung der KV RP vorgeschriebene Ladungsfrist von zwei Wochen für Sitzungen der Vertreterversammlung sei nicht eingehalten worden, so dass die Mitglieder der Vertreterversammlung keine ausreichende Möglichkeit gehabt hätten, sich auf die Vorstandswahl vorzubereiten. Weiter habe ein von der Vertreterversammlung eingesetzter Vertragsausschuss durch eine Vorauswahl der Bewerber für die Vorstandsämter der Wahl durch die Vertreterversammlung vorgegriffen. Es hätten sich auch nicht alle Bewerber vor der Vertreterversammlung äußern dürfen. Das **SG** ist dieser Argumentation nicht gefolgt. Es hat die durchgeführte Wahl für gültig erklärt.

Vgl. Pressemeldung vom 31.03.2005 - <http://cms.justiz.rlp.de/justiz> -

XI. GESAMTVERGÜTUNG

Vgl. zuletzt **BSG**, Urt. v. 27.04.2005 - B 6 KA 23/04 R – (weitere Verfahren: B 6 KA 22/04 R; B 6 KA 42/04 R), wonach die in **Art 15 GKV-SolG** angeordnete Absenkung sowohl des gesamten Ausgabenvolumens als auch der vereinbarten Punktwerte für Zahnersatz und Kieferorthopädie für das Jahr 1999 um mindestens 5 % die verbindliche Ausgangsbasis für die Anpassungen im Jahr 2000 darstellte; durch die im GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 verschärfte Regelung des § 71 II u. III SGB V (**Beitragssatzstabilität**) ist eine strikte Koppelung der künftigen Ausgabenerhöhungen an die im Vorjahr bereits realisierte Einnahmenentwicklung bei den Beiträgen normiert. Diesem Regelungsprinzip liegt die Vermutung der Angemessenheit der für das **Vorjahr vereinbarten Gesamtvergütung** zu Grunde. Bei der Anpassung der Gesamtvergütung ist im Falle der Bemessung nach Einzelleistungen das Vergütungsniveau des Vorjahres sowohl hinsichtlich des vereinbarten maximalen **Ausgabenvolumens** als auch in Bezug auf die **Punktwerte** als Ausgangspunkt zu Grunde zu legen; nach **BSG**, Urt. v. 27.04.2005 - B 6 KA 17/04 R – (Parallelverfahren: B 6 KA 18/04 R) hat eine KZV der Krankenkasse mitzuteilen, welche Vertragszahnärzte auf der Grundlage einer **jahresanteiligen degressionsfreien Punktmenge** von 175.000 Punkten mit welcher Punktmenge diese Grenze im ersten Halbjahr 1997 **überschritten** haben, und hat die entsprechenden Degressionsbeträge abzuführen.

1. PSYCHOTHERAPIE 2000 - VORJAHRESVERGÜTUNG

LSG Hamburg, Urt. v. 09.02.2005 – L 2 KA 19/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-57

Schiedsamt, Gesamtvergütung, Gesamtvertrag, höchstzulässige Ausgabenvolumina, tatsächliche Ausgaben, Psychotherapeutenvergütung, Beitragssatzstabilität, Veränderungsrate
SGB V §§ 71, 85 III, 89, 265a; EinfG-PsychThG Art. 11

Das Schiedsamt kann wie die Vertragspartner jedenfalls dann von der vereinbarten Gesamtvergütung (anstatt der geringeren tatsächlichen Ausgaben) des Vorjahres ausgehen, wenn die geringere tatsächliche Ausgabenentwicklung des Vorjahres auf einem atypischen Verlauf beruht; für die Psychotherapeutenvergütung im Jahr 1999 war dies der Fall. Aus dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität folgt keine Pflicht zur zukünftigen Festschreibung einer - wie hier durch die fehlende Ausschöpfung des Höchstbetrages - erzielten Einsparung.

SG Hamburg, Urt. v. 21.5.2003 – S 3 KA 49/01 – RID 03-03-62 wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. KEINE VERZUGSZINSEN FÜR ABSCHLAGSZAHLUNGEN

SG Karlsruhe, *Gerichtsb.* v. 29.4.2005 – S 1 KA 4638/03 –

RID 05-02-58

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 2/05 R

Gesamtvertrag, Gesamtvergütung, Verzugszins, Zins, Selbstverwaltungsrecht, Abschlagszahlung
SGB V § 69 Satz 3; SGB X § 61; BGB §§ 288, 291

Eine KV hat keinen Anspruch auf Verzugszinsen gegenüber einer Krankenkasse für verspätet geleistete Abschlagszahlungen (Anschluss an **SG Dortmund**, Urt. v. 30.03.2004 – S 9 KA 53/03 - RID 04-04-62 <Sprungrevision anhängig: B 6 KA 72/04 R>).

Nach Klage der KV im März 2003 beglich der BKK Landesverband die Hauptforderung, nicht aber die geltend gemachten 5 % Zinsen über Bundesbankdiskontsatz aus jeweils 80.885 € seit 20.01.2003, 20.02.2003 und 20.03.2003. Die **Bekl. führte u.a. aus**, auch unter Neuregelung des § 69 SGB V regle sich die Frage der Verzinsung nicht nach den Vorschriften des BGB. Es werde verkannt, dass eine inhaltsgleiche Vorschrift bereits in § 61 SGB X existiert habe. Trotz dieser Vorschrift habe es die höchstrichterliche Rechtsprechung stets abgelehnt, Verzugszinsen zuzugestehen. Primär argumentiere das BSG mit den Regelungen des § 44 I SGB I und § 27 I SGB IV. In beiden Vorschriften werde explizit eine Verzinsungspflicht normiert. Einer derartigen Normsetzung fehle in Bezug auf die Zinsen eine entsprechende Regelung. Außerdem seien die Verträge mit den Krankenkassen öffentlich-rechtlicher Natur und über § 69 SGB V könne der Durchgriff auf die Verzinsungsvorschriften des BGB nicht zulässig sein. Die **Kl. sah demgegenüber** eine „systemwidrige“ Lücke, wolle man eine Verzinsungspflicht im Rahmen einer vertraglich vereinbarten Gesamtvergütung absprechen. Diese Lücke sei zwingend ergänzungsbedürftig. Es habe nicht unterstellt werden können, dass Zahlungspflichten im Gesamtkontext der Leistungserbringung entgegen vertraglicher Regelungen nicht oder verspätet erbracht würden. Die Vorstellung, dass vertraglich geschuldete Geldleistungen sanktionslos einbehalten oder nur eingeschränkt gezahlt würden, widerspräche den fundamentalen Grundsätzen der Rechtsordnung, wie dies letztlich auch im Querverweis in § 69 SGB V auf die Bestimmungen des BGB zum Ausdruck kommen würde. Wäre die Auffassung der Bekl. generell richtig, würde das insgesamt austarierte System (Gesamtvergütung) einseitig zu ihren Lasten verschoben, und sie könnte ihrer Gewährleistungsverpflichtung mangels entsprechender Finanzausstattung nicht mehr genügen. Es sei auch unbehelflich, sie schlicht auf die Möglichkeit einer entsprechenden Vertragsanpassung zu verweisen, wenn ein Vertragspartner sich einer Vertragsanpassung widersetze. Nach ihrer Auffassung sei die bisherige Rechtsprechung des BSG zur streitigen Frage der Verzinsungspflicht letztlich nur geprägt durch die Vorstellung, dass Körperschaften des öffentlichen Rechts als ermächtigte Vertragspartner ihre Zahlungspflichten uneingeschränkt erfüllten. Das **SG** wies die Klage, die Bekl. zu verurteilen, an sie 4.217,42 € zu zahlen, ab.

XII. ANSPRUCH AUF UNTERLASSUNG UND WIDERRUF

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.02.2003 – L 11 KA 88/01 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-02-59**

Unterlassung, Widerruf, Helicobakterpylori-Infektion
BGB V §§ 823 I, 1004

Ansprüche auf Unterlassung und Widerruf können nach §§ 823 I, 1004 BGB geltend gemacht werden.

Die Kl. betreibt ein Institut für biomedizinische Analytik und NMR Imaging. Seit Jahren ist bekannt, dass mit Hilfe des 13 C-Harnstoffes eine Helicobakterpylori-Infektion nachgewiesen werden kann. Die Kl. entwickelte ein auf dieser Methode basierendes standardisiertes Testkit, für das sie 1997 die Zulassung seitens der europäischen Arzneimittelkommission erhielt. Seitdem produziert und vertreibt sie das Testkit. Im EBM wurde im Jahr 1997 die Durchführung des 13 C-Harnstoff-Atemtests, einschließlich Kosten, gemäß Ziffer 742 mit 400 Punkten bewertet (ohne Analyse nach Nummer 4130 EBM). Mit Rundschreiben vom 22.09.1997 wandte sich die Bekl. an die KVen und wies darauf hin, dass bei Abrechnung des 13 C-Harnstoff-Atemtests nach Nr. 742 EBM die dafür notwendigen Substanzen nicht als Arzneimittel verordnungsfähig seien, weil gemäß Leistungslegende die Kosten in der Leistungsbewertung eingeschlossen seien. Hiergegen wandte sich die Kl. **SG Köln**, Urt. v. 14.03.2001 – S 19 KA 36/98 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.02.2003 – L 11 KA 95/01 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-02-60**

Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 6 KA 77/03 B

Eine Herstellerin eines Testkits zählt nicht zu dem Kreis der Institutionen und Personen, deren Rechtspositionen in Ziffer 7152 BMÄ/E-GO näher konkretisiert werden. Diese enthalten eine Verpflichtung der Vertragspartner zur Vereinbarung von Grundsätzen der vertragsärztlichen Versorgung. Die Normen richten sich allein an die Vertragspartner auf Bundesebene als Normadressaten und betreffen darüber hinaus die Rechtsphäre der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Personen und Institutionen, weil unter anderem Regelungen über deren Vergütung (§ 72 Abs. 2 SGB V) und die von ihnen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu erbringenden Leistungen (§ 87 Abs. 2 SGB V) getroffen werden. Personen und Unternehmen wie die Klägerin, die nicht in das System der vertragsärztlichen Versorgung einbezogen sind, werden in §§ 72 Abs. 2, 87 Abs. 1 und 2 SGB V keine Rechtsposition eingeräumt, aus denen sich Ansprüche gegen die Beklagten auf Änderungen ergeben (BSG a. a. O.).

Klage der Kl. wie zuvor mit dem Antrag, 1. Die Bekl. zu 1. bis 9. haben bei Vermeidung eines für jeden Fall der Zuwiderhandlung fälligen Ordnungsgeldes bis zu DM 500.000 die nachfolgend im EBM enthaltene

Regelung: "7152 Pauschalerstattung der Kosten bei Durchführung der Leistung nach Nr. 742 für den Bezug des 13-C-Harnstoffs gemäß den allgemeinen Bestimmungen A I. Teil A, 2 ... 50 DM" zu unterlassen. 2. Die Bekl.n zu 1. bis 9. werden verurteilt, der Klägerin Auskunft darüber zu erteilen, in welchem Umfang seit dem 1.10.1998 Vertragsärzte von Ziffer 7152 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs Gebrauch gemacht haben und zwar unter Vorlage eines Verzeichnisses, das über das Maß der Inanspruchnahme der Ziffer 7152 des EBM Auskunft gibt. 3. Es wird festgestellt, dass die Bekl. zu 1. bis 9. als Gesamtschuldner verpflichtet sind, der Klägerin allen Schaden zu ersetzen, der dieser durch die Inanspruchnahme der Ziffer 7152 EBM entstanden ist und zukünftig entstehen wird. *SG Köln*, Urt. v. 14.03.2001 – S 19 KA 9/00 – verurteilte die Bekl., die Ziffer 7152 BMÄ/E-GO bis zum 30.9.2001 zu ändern; und wies im Übrigen die Klage ab. das *LSG* wies die Klage ab.

XIII. BUNDESAUSSCHUSS: KEINE BEFUGNIS FÜR THERAPIEHINWEIS (NR. 14 AMR)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 19.01.2005 – L 11 KA 103/03 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-61

Revision anhängig: B 6 KA 13/05 R

Plavix, Clopidogrel, Thrombozyten-Aggregationshemmer, Therapiehinweis, Arzneimittelhersteller

SGB V §§ 33, 34, 91 IX, 92 I 2 Nr. 6, 130a, 131 GG Art. 12 I, 14 I

Die Klage eines Arzneimittelherstellers gegen einen Therapiehinweis ist in entsprechender Anwendung des § 92 III SGB V als Anfechtungsklage ohne Vorverfahren zulässig.

Durch einen Therapiehinweis in den AMR kann ein relevanter Eingriff in Grundrechte eines Arzneimittelherstellers als Dritten, Außenseiter, nicht teilnehmenden Leistungserbringer o.ä. (§ 91 IX SGB V) vorliegen (vgl. BSG, Urt. v. 28.06.2000 - B 6 KA 26/99 R - BSGE 86, 223 = SozR 3-2500 § 138 Nr. 1 = NZS 2001, 590). Der Therapiehinweis greift verbindlich und tendenziell in die Verordnungsmöglichkeiten des Arzneimittels Plavix® ein und entfaltet damit seine Wirkung in Form einer unmittelbaren und konkreten einzelfallbezogenen Regelung für die Leistungserbringung.

Der Therapiehinweis v. 15.06.2004 ist rechtswidrig, weil es für die in ihm enthaltene Kosten-Nutzen-Bewertung des von der Kl. hergestellten Arzneimittel Plavix® mit dem Wirkstoff Clopidogrel an einer gesetzlichen Grundlage fehlt, die im Hinblick auf die Grundrechtsbetroffenheit der Klägerin als Ermächtigungsgrundlage zwingend erforderlich ist, Art. 12 GG. Zwar ist der Therapiehinweis auf Nr. 14 Satz 1 der AMR gestützt, die wiederum eine Rechtsgrundlage in § 92 I 2 Nr. 6 SGB V der Fassung vom 14.11.2003 (BGBl. I S. 2190) finden, jedoch ist diese Legitimationskette für den Therapiehinweis des Bekl. nicht ausreichend.

Die **Kl.** ist **Herstellerin des Fertigarzneimittels** Plavix® mit dem Wirkstoff Clopidogrel, einem Thrombozyten-Aggregationshemmer. Das Präparat wird eingesetzt zur Sekundärprävention arthothrombotischer Ereignisse bei Patienten mit Herzinfarkt, ischämischen Schlaganfall oder nachgewiesener peripherer arterieller Verschlusskrankheit (PAVK). Die Wirksamkeit von Clopidogrel im Vergleich mit den Wirkstoffen Acetylsalicylsäure sowie Ticlopidin ist durch die 1996 publizierte CAPRIE-Studie belegt worden. Zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen wurde Plavix® im Jahre 2001 im Umfang von ca. 110 Millionen Euro, im Jahre 2003 von ca. 190 Millionen Euro verordnet. Der Bekl. beschloss den zunächst streitig gewesenen **Therapiehinweis nach Ziffer 14 AMR vom 16.02.2000** (Bundesanzeiger Nr. 102 vom 30.05.2000, S. 10094), in dem Indikation, Wirkung und Wirksamkeit von Clopidogrel beschrieben wurden. Darin gab der Bekl. eine Empfehlung zur wirtschaftlichen Verordnungsweise des Inhalts ab, dass angesichts der fast identischen Wirksamkeit von Clopidogrel und ASS sowie der hohen Kosten die Indikationsstellung für Clopidogrel sehr restriktiv erfolgen sollte, zumal Langzeiterfahrungen bzw. Studienergebnisse über eine lebenslange Einnahme noch nicht vorlägen. Nach wie vor sollte ASS zur prophylaktischen Behandlung von Zuständen nach Myokardinfarkt oder ischämischen Insult im Sinne der Verhinderung eines Zweitereignisses verwendet werden, ausgenommen seien dabei nur die durch ASS ausgelösten Unverträglichkeitserscheinungen. Clopidogrel stelle zusammenfassend eine Alternative zu ASS für die Langzeitanwendung als Thrombozytenaggregationshemmer dar, wobei die geringfügig bessere Wirksamkeit bei unterschiedlichem Nebenwirkungsprofil anzuführen sei, jedoch die erheblich höheren Kosten zu berücksichtigen seien. *SG Köln*, Urt. v. 30.04.2003 – S 19 KA 310/00 – hob den Therapiehinweis vom 16.02.2000 auf. Im Laufe des Berufungsverfahrens hat der Beklagte den bisher angegriffenen **Therapiehinweis** durch den **vom 15.06.2004** ersetzt (Bundesanzeiger Nr. 182 vom 25.09.2004, S. 21085). Als zusätzliche Indikation ist die Behandlung von Patienten mit akutem Coronarsyndrom ohne ST-Streckenhebung in Kombination mit ASS aufgenommen worden. In den Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise heißt es, die Wirksamkeitsunterschiede von Clopidogrel und ASS seien klinisch nicht relevant, so dass aus diesem Grund und auf Grund der hohen Kosten die Indikationsstellung für Clopidogrel nur erfolgen solle, wenn ASS nicht verabreicht werden könne. ASS solle, so wie auch in evidenzbasierten Leitlinien empfohlen, nach wie vor zur prophylaktischen Behandlung von Zuständen nach einem Myokardinfarkt oder ischämischen Schlaganfall im Sinne der Verhinderung eines Zweitereignisses verwendet werden, ausgenommen

seien davon nur die Fälle, in denen Unverträglichkeitsreaktionen einschließlich Allergien und Asthma bronchiale ausgelöst würden. Zur Wirksamkeit wird ausgeführt, in der CAPRIE-Studie habe lediglich die prädefinierte Subgruppe der Patienten mit peripherer arterieller Erkrankung durch eine signifikante Reduktion der nicht tödlichen Myokardinfarkte profitiert, während bei anderen Subgruppen der Patienten mit Myokardinfarkt und Schlaganfall keine signifikante Änderung der Endpunkte festzustellen gewesen sei. Ein Vergleich der Subgruppen sei jedoch nicht das primäre Studienziel gewesen. Durch die CURE-Studie, die sich auf Patienten mit akutem Coronarsyndrom bezogen habe, sei nicht bewiesen worden, dass die kombinierte Behandlung mit Clopidogrel und ASS gegenüber ASS-Monotherapie in allen Endpunkten signifikante Überlegenheit ergeben habe. Das **LSG** hob den Beschluss des Bkl. vom 15.06.2004 - Therapiehinweis zu Clopidogrel in der Anlage 4 nach Nr. 14 der Arzneimittel-Richtlinien - auf und verpflichtete den Bkl., diese Aufhebung im Bundesanzeiger bekannt zu machen. Es stellte fest, dass der Beschluss des Bkl. vom 16.02.2000 - Therapiehinweis zu Clopidogrel in der Anlage 4 nach Nr. 14 der Arzneimittel-Richtlinien - rechtswidrig war und legte dem Bkl. auf, die außergerichtlichen Kosten d. Kl. in beiden Rechtszügen zu erstatten..

XIV. VERFAHRENSRECHT: KEINE WIEDEREINSETZUNG NACH ZWEIMONATIGER AUSLANDSREISE

SG Hamburg, Gerichtsb. v. 05.01.2005 – S 27 KA 238/02 –

RID 05-02-62

Wiedereinsetzung, Fristversäumnis, Klagefrist, Urlaub, Urlaubsabwesenheit

SGB V §§ SGG §§ 67 I, 87 I; SGB X § 37 II

Bei einer zweimonatigen Auslandsreise sind Vorkehrungen für den Fall zu treffen, dass in dieser Zeit ein Widerspruchsbescheid ergeht. Ist dies nicht der Fall, besteht kein Anspruch auf Wiedereinsetzung bei versäumter Klagefrist.

Die Kl. hatte gegen die Nachvergütung psychotherapeutischer Leistungen für verschiedene Quartale in den Jahren 1993 bis 1998, Bescheide v. 23.06.2000 und 27.12.2000, Widerspruch eingelegt. Auf Anfrage v. 02.04.2002 teilte ihr d. Bkl. unter Datum v. 24.04.2002 mit, „im Zusammenhang mit den Widerspruchsbescheiden zu den genannten Widersprüchen“ eine Antwort zu erhalten. Der Widerspruchsbescheid erging am 03.07.2002. Am 26.08.2002 ging die Klage bei Gericht ein. Im Sommer 2002 befand sich d. Kl. zwei Monate in Namibia, wohin sie vor Erlass des Widerspruchsbescheids abgeflogen und von dem sie nach der bis 06.08.2002 berechneten Klagefrist zurückgekehrt war. Da **SG** wies die Klage als unzulässig ab.

Nach **BVerfG**, Beschl. v. 11.02.1976 – 2 BvR 849/75 – BVerfGE 41, 332 = NJW 1976, 1537 kommt es nicht darauf an, ob eine **urlaubsbedingte Abwesenheit** in die "allgemeine Ferienzeit" oder in eine sonstige Jahreszeit fällt. Entscheidend ist allein, dass die Abwesenheit eine nur vorübergehende und relativ kurzfristige - zu denken wäre an **längstens etwa sechs Wochen** - von einer sonst ständig benutzten Wohnung ist. Denn nur unter der Voraussetzung, dass in diesem Sinne die Anwesenheit die Regel und die Abwesenheit die Ausnahme bildet, ist es dem Bürger nicht zuzumuten, im Hinblick auf mögliche, aber zeitlich eben ungewisse Zustellungen "besondere" Vorkehrungen zu treffen.

XV. 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. BSG: ANWENDUNG DES RVG/ANWALTSGEBÜHR BEI DISZIPLINARBUßE

BSG, Beschl. v. 01.02.2005 - B 6 KA 70/04 B - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-63

Rechtsanwaltsvergütungsgesetz, Streitwert, Gegenstandswert, Anwaltsgebühr, Disziplinarbuße

RVG §§ 23 III 2, 33 I, 60 I 2; BRAGO § 8 II

Für die **Anwendung des** zum 01.07.2004 in Kraft getretenen **RVG** kommt es auf die Einlegung des Rechtsmittels an, unabhängig davon, ob der Prozessbevollmächtigte bereits vor diesem Zeitpunkt gerichtlich tätig war.

In vertragsarztrechtlichen Streitverfahren, die - gleichgültig in welchem Rechtszug - **vor** Inkrafttreten des 6. SGG-Änderungsgesetzes am **02.01.2002** (Art. 19 Satz 3 dieses Gesetzes) anhängig gewesen

sind, gilt das bis dahin geltende Kostenrecht des sozialgerichtlichen Verfahrens weiter. Insbesondere bleibt es bei der **Gerichtskostenfreiheit** auch in vertragsarztrechtlichen Verfahren (BSG SozR 3-2500 § 116 Nr 24 S 115 ff). Deshalb kann in einem Verfahren, in dem das bis zum 01.01.2002 geltende Kostenrecht, aber das seit dem 01.07.2004 geltende Rechtsanwaltsvergütungsrecht anzuwenden ist, die Wertfestsetzung für die anwaltlichen Gebühren nur auf der Grundlage des **§ 33 I RVG** erfolgen.

Der Anwendung des erst im Laufe des Rechtsstreits in Kraft getretenen § 3 I 2 RVG stehen hier Vertrauensschutzaspekte nicht entgegen, da auch zuvor die Gebühren eines Rechtsanwaltes in vertragsarztrechtlichen Streitigkeiten auf der Grundlage des Gegenstandswertes berechnet wurden.

Für die **Übergangszeit**, in der sich die Anwaltsvergütung in vertragsarztrechtlichen Verfahren nach dem RVG richtet, eine gerichtliche Wertfestsetzung nach § 63 GKG aber wegen der Fortdauer der Kostenfreiheit sozialgerichtlicher Verfahren aus Vertrauensschutzgründen nicht stattzufinden hat, erfolgt die **Gegenstandswertfestsetzung** auf der Grundlage des **§ 23 III 2 Halbsatz 2 RVG**. Für dessen Auslegung können die Grundsätze herangezogen werden, die die Rechtsprechung zu dem früher geltenden, wörtlich entsprechenden § 8 II 2 Halbsatz 1 BRAGO entwickelt hat.

Der ab 01.07.2004 geltende **Regelwert für die Gerichtskosten (5.000 Euro)** kann der Berechnung der **Anwaltsgebühren** erst zu Grunde gelegt werden, wenn sich der Gegenstandswert für die Anwaltsgebühren gemäß § 23 I RVG nach dem Wert für die Gerichtsgebühren richtet. Solange das nicht der Fall ist, weil Gerichtsgebühren nicht erhoben werden und folglich keine Wertfestsetzung nach den Vorschriften des GKG erfolgt, bleibt es hinsichtlich der Wertfestsetzung für die Berechnung der Anwaltsgebühren beim Regelwert von 4.000 Euro gemäß § 23 III RVG.

Der Senat greift für die Berechnung des **Gegenstandswerts in disziplinarrechtlichen Streitverfahren** regelmäßig auf den Regelwert zurück, weil hinsichtlich der disziplinarischen Sanktion als solcher hinreichende Anhaltspunkte auch nur für eine Schätzung des wirtschaftlichen Wertes fehlen. Der Regelwert ist allerdings um den Betrag einer ggf. verhängten Geldbuße zu erhöhen (Senatsbeschl. vom 23.07.2003 - B 6 KA 9/02 R -).

Gegenstand des Verfahrens war hier die Verhängung einer Geldbuße von 5.000 DM. Das entspricht einem Euro-Betrag von 2.556,46 Euro. Zu diesem ist für die disziplinarische Sanktion als solche der Regelwert von 4.000 Euro zu addieren, sodass sich ein Gegenstandswert von 6.556,46 Euro ergibt.

2. WEITERE STREITWERTBESCHLÜSSE

SG Hamburg, Gerichtsb. v. 05.01.2005 – S 27 KA 238/02 – RID 05-02-62 (S. 34) setzt den Streitwert bei einer **unzulässigen Klage**, bei der kein **Wiedereinsetzungsanspruch** besteht, auf 4.000 Euro (seinerzeitiger Regelstreitwert) fest.

SG Dresden, Gerichtsb. v. 10.02.2005 – S 11 KA 260/04 – RID 05-02-35 (S. 19) setzt in einem Streit um die **Teilnahme am allgemeinen Bereitschaftsdienst** den Regelstreitwert fest.

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 16.03.2005 – L 3 KA 367/04 ER – RID 05-02-55 (S. 30) setzt im **einstweiligen Anordnungsverfahren** gegen die Feststellung einer **Aufsichtsbehörde**, dass die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung infolge eines zahlenmäßig beachtlichen abgestimmten Verzichts von Vertrags(zahn)ärzten nicht mehr sichergestellt ist, den Streitwert auf den Regelstreitwert (5.000 Euro) fest.

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 17.02.2005 – L 3 KA 218/04 ER – RID 05-02-19 (S. 14) bemisst den im **Eilverfahren** maßgeblichen Streitwert nach einem **Viertel** des im Hauptsacheverfahren anzusetzenden Wertes, dessen Höhe bei einer sachlich-rechnerischen Berichtigung dem Rückforderungsbetrag entspricht.

SG Marburg, Beschl. v. 19.05.2005 – S 12 KA 375 ER – RID 05-02-11 (S. 11) setzt im **einstweiligen Anordnungsverfahren** den geltend gemachte **Honorarausfall** (hier: 39.933 Euro) als Streitwert fest, wenn ein Vertragsarzt die Festsetzung eines bestimmten Regelleistungsvolumens begehrt und geltend macht, andernfalls diesen Honorarausfall zu erleiden.

XVI. ENTSCHEIDUNGEN DES BSG

1. HONORARVERTEILUNG

A) UNTERSCHIEDLICHE PUNKTWERTE STRAHLENTHERAPIE/STÜTZUNGSVERPFLICHTUNG

BSG, Urt. v. 20.10.2004 - B 6 KA 30/03 R -

RID 05-02-64

Leitsätze

1. Für zugelassene und ermächtigte Ärzte/Institutionen kann die Honorarverteilung unterschiedlich geregelt werden.
2. Ein Anspruch aus Art 12 Abs 1 GG auf höheres Honorar kann erst dann in Betracht kommen, wenn die vertragsärztliche Versorgung in einem Teilbereich mangels ausreichender finanzieller Anreize für vertragsärztliche Tätigkeiten gefährdet ist.
3. Je geringer die Zahl der Ärzte bzw der Leistungen ist, die einem im Honorarverteilungsmaßstab gebildeten Honorartopf zugeordnet sind, desto ausgeprägter sind die Anforderungen an die Beobachtungs- und ggf Reaktionspflicht des Normgebers (Weiterentwicklung von BSG vom 9.9.1998 - B 6 KA 55/97 R = BSGE 83, 1 = SozR 3-2500 § 85 Nr 26).

B) HONORARKONTINGENTE FÜR RADIOLOGEN/ZUGELASSENE UND ERMÄCHTIGTE ÄRZTE

BSG, Urt. v. 20.10.2004 - B 6 KA 26/03 R -

RID 05-02-65

BSG, Urt. v. 20.10.2004 - B 6 KA 31/03 R -

RID 05-02-66

Für zugelassene und ermächtigte Ärzte/Institutionen (hier Radiologiebereich) kann die Honorarverteilung unterschiedlich geregelt werden.

Die Bildung von Honorarkontingenten nach Fachgruppen für das Gros der Leistungserbringer, darunter auch für die Radiologen und Nuklearmediziner, ist grundsätzlich nicht zu beanstanden.

Ein erforderliche Ausgleich zwischen dem Ziel der Gewährung angemessener Vergütungen und dem besonders hochrangigen Ziel der Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Versorgung ist nach ständiger Rechtsprechung des BSG - erst - dann nicht mehr verhältnismäßig (mit der Folge eines Anspruchs der Ärzte auf höheres Honorar bzw eine Honorarstützung aus dem Gesichtspunkt angemessener Vergütung), wenn in einem - fachlichen und/oder örtlichen - Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr besteht, vertragsärztlich tätig zu werden, und dadurch in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist.

Wurden durchschnittliche Gewinne von mehr als 70.000 EUR je Radiologe im diagnostischen Bereich erzielt, so waren die im EBM vom 1. Juli 1997 kalkulierten Durchschnittseinkommen von unter 70.000 EUR je Arzt überschritten. Angesichts dieser Gesamtsituation, die für die hier maßgeblichen Zeiträume keinen Ansatzpunkt für einen Anspruch auf höheres Honorar unter dem Gesichtspunkt mangelnden Anreizes für die vertragsärztliche Tätigkeit mit der Folge einer Versorgungsgefährdung gibt, bedarf es keiner Ermittlung oder Beweiserhebung darüber, ob radiologische Leistungen erst bei einem bestimmten Punktwert (zB 6 bzw 9 Pfennig, wie die Kläger geltend machen) kostendeckend erbracht werden können.

Ein Absinken des Punktwertes auf 15 % unter demjenigen für den größten Teil der sonstigen Leistungen kann dann nicht festgestellt werden, wenn zahlreiche Honorarkontingente geschaffen worden, die alle Fachgruppen und alle Leistungen abdecken, so dass es keinen "Restbereich sonstiger Leistungen" mehr gibt, dessen Punktwert als Vergleichsbasis herangezogen werden könnte. Als ersatzweise heranzuziehende Vergleichsbasis eignet sich auch nicht ein Quartalspunktwert, der auf der Grundlage der durch die EBM-Budgetierungen gekürzten Punktmengen errechnet wurde - und dadurch "künstlich erhöht" war -, da diesem gerade nicht die Vergütung eines Großteils der Leistungen zu Grunde. Der Gesamtdurchschnitt aller - gleichfalls erhöhten - Punktwerte für budgetierte Leistungen wäre ebenfalls keine brauchbare Vergleichsbasis, weil vorliegend Leistungen im nicht-budgetierten Bereich betroffen sind. Als Maßstab für die Feststellung eines um 15 % abgesunkenen Punktwertes eignet sich auch nicht der durchschnittliche Punktwert der nicht-budgetierten Leistungen.

c) EBM UND HVM/STÜTZUNGSREGELUNGEN

BSG, Beschl. v. 20.10.2004 - B 6 KA 13/04 B - juris

RID 05-02-67

Die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision in *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 21.01.2004 - L 5 KA 2345/02 wird zurückgewiesen.

Regelungen des **EBM** sind nicht der Ausgestaltung des **HVM** in der Weise vorgelagert, dass dieser sich an den Vorgaben des EBM orientieren müsste (s. BSG, Urt. v. 08.03.2000 - B 6 KA 7/99 R - BSGE 86, 16, 26 = SozR 3-2500 § 87 Nr. 23 S 125). Höherbewertungen im EBM verpflichten nicht dazu, im HVM Korrekturen bei den Honorarkontingenten vorzunehmen (BSG aaO. S. 28 f bzw. S. 128 f.).

Es war sachlich gerechtfertigt, die Abrechnungsvolumina des Jahres 1996 bei Bemessungen von HVM-Honorarkontingenten außer Betracht zu lassen und an ein früheres Jahr anzuknüpfen.

Der Senat hat es in verschiedenen Zusammenhängen für ausreichend erklärt, wenn ein HVM eine allgemeine Regelung für die Gewährung von **Ausnahmen** in Fällen **unbilliger Härte** enthält (vgl zB BSG, Urt. v. 21.10.1998 - B 6 KA 71/97 R - BSGE 83, 52, 61 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 28 S 210; s auch Urt. v. 10.12.2003 - B 6 KA 54/02 R - BSGE 92, 10 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 5; v. 10.03.2004 - B 6 KA 13/03 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 10). Hieraus folgt, dass im HVM spezielle Stützungsregelungen für eine bestimmte Arztgruppe oder für bestimmte Ärzte in Fällen eines bestimmten Honorarabfalls nicht getroffen werden müssen.

2. ZUSATZBUDGETS: AUSGELAUFENES RECHT UND NICHTZULASSUNGSBESCHWERDE

BSG, Beschl. v. 09.12.2004 - B 6 KA 71/04 B -

RID 05-02-68

Die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision in *LSG Hamburg*, Urt. v. 07.04.2004 - L 2 KA 12/01 - RID 04-04-16 wird zurückgewiesen.

Die Rechtsfrage, ob eine Spezialisierung, die nur einen Anteil von 6 bis 10 % der abgerechneten Gesamtpunktzahl ausmacht, einen besonderen Versorgungsbedarf gemäß Nr. 4.3 der Allg. Best. A I. Teil B EBM belegen kann, ist nicht klärungsbedürftig.

Bei Rechtsfragen zu ausgelaufenem Recht muss für eine grundsätzliche Bedeutung entweder noch eine erhebliche Zahl von Fällen auf der Grundlage des ausgelaufenen bzw. auslaufenden Rechts zu entscheiden sein, oder die Überprüfung der Rechtsnorm bzw. ihre Auslegung muss aus anderen Gründen fortwirkende allgemeine Bedeutung haben.

Ein Fall eignet sich nicht für eine generalisierende Beantwortung mit grundsätzlichen Aussagen, wenn viele ungewöhnliche Umstände vorliegen.

3. WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFGREMIEN

A) SCHADENSERSATZ („KOAXIALES INTERVENTIONSSET“/„VOLON A“)

BSG, Urt. v. 20.10.2004 - B 6 KA 41/03 R -

RID 05-02-69

Leitsätze:

1. Für den Regressanspruch, der sich aus unzulässigen Verordnungen eines Mitglieds einer Gemeinschaftspraxis ergibt, haften auch die weiteren Mitglieder der Gemeinschaftspraxis.
2. Verordnet ein Vertragsarzt Medizinprodukte als Sprechstundenbedarf, deren Preis auf seine Veranlassung oder mit seinem Wissen in Bereicherungsabsicht überhöht angesetzt wird, entsteht eine Verpflichtung der Krankenkassen zur endgültigen Kostentragung nicht.

B) ZUSTÄNDIGKEIT BEI FEHLERHAFTER ZUORDNUNG VON SPRECHSTUNDENBEDARF

BSG, Urt. v. 20.10.2004 - B 6 KA 65/03 R -

RID 05-02-70

Leitsatz:

Die Gremien der vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung sind zuständig, wenn die Ersatzkassen die Festsetzung eines Regresses gegen einen Vertragsarzt wegen fehlerhafter Verteilung des Sprechstundenbedarfs zwischen Primär- und Ersatzkassen begehren.

4. ZULASSUNGSENTZIEHUNG – MAßGEBLICHER ZEITPUNKT

BSG, Urt. v. 20.10.2004 - B 6 KA 67/03 R -

RID 05-02-71

Leitsätze

1. Für die Beurteilung der Rechtmäßigkeit der Entziehung der Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung ist sowohl bei vollzogenen wie bei nicht vollzogenen Entziehungsentscheidungen grundsätzlich die Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der letzten Verwaltungsentscheidung maßgeblich.
2. Wenn sich bei einer nicht vollzogenen Zulassungsentziehung die Sach- und Rechtslage während des gerichtlichen Verfahrens zugunsten des Arztes in einer Weise geändert hat, die eine Entziehung nicht mehr als angemessen erscheinen lässt, muss im Hinblick auf die Bedeutung des Grundrechts aus Art 12 Abs 1 GG eine solche Änderung bis zur letzten mündlichen Verhandlung vor dem Tatsachengericht berücksichtigt werden (Fortführung von BSG vom 24.11.1993 - 6 RKa 70/91 = BSGE 73, 234 = SozR 3-2500 § 95 Nr 4).

5. GEGENSTANDSWERT/ERHÖHUNGSTATBESTAND (§ 6 BRAGO)

BSG, Urt. v. 20.10.2004 - B 6 KA 15/04 R -

RID 05-02-72

Leitsätze

1. Zur Berechnung des Gegenstandswertes im vertragsärztlichen Honorarstreitverfahren.
2. Vertritt ein Rechtsanwalt eine vertragsärztliche Gemeinschaftspraxis in vertragsarztrechtlichen Streitigkeiten gegenüber Institutionen der vertragsärztlichen Versorgung, war auch vor der Anerkennung der Rechtsfähigkeit von BGB-Gesellschaften der gebührenrechtliche Erhöhungstatbestand der Tätigkeit für mehrere Auftraggeber nicht erfüllt.

Parallelverfahren: *BSG, Urt. v. 20.10.2004 - B 6 KA 12/03 R -*

RID 05-02-73

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. VERTRAGS(ZAHN)ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Nach **BSG**, Urt. v. 10.05.2005 – B 1 KR 25/03 R – verstößt der **Leistungsausschluss** von Viagra aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung durch das GMG nicht gegen das Grundgesetz. Aus diesem folgt zwar eine objektiv-rechtliche Pflicht des Staates, das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit zu schützen. Darüber hinaus ist es verfassungsrechtlich nur geboten, eine medizinische Versorgung für alle Bürger bereitzustellen. Dabei hat der **Gesetzgeber einen so weiten Gestaltungsspielraum**, dass sich originäre Leistungsansprüche der Versicherten aus dem Grundgesetz regelmäßig nicht ableiten lassen. Der Gesetzgeber verletzt seinen Gestaltungsspielraum auch im Hinblick auf das Sozialstaatsgebot nicht, wenn er angesichts der beschränkten finanziellen Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung **Leistungen aus dem Leistungskatalog herausnimmt, die - wie hier - in erster Linie einer Steigerung der Lebensqualität jenseits lebensbedrohlicher Zustände dienen**.

Zum Umfang der Leistungen bei **künstlicher Befruchtung** (vgl. § 27a SGB V a.F.), auch bei privat versichertem Ehegatten, vgl. **BSG**, Urt. v. 22.03.2005 – B 1 KR 11/03 R – u. – B 1 KR 3/04 R – sowie Beschl. v. 22.03.2005 – B 1 KR 32/03 R –; 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 4-1200 § 66 Nr. 1 = NZS 2005, 53 (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) ERSCHWERTER NACHWEIS (NEWFILL-BEHANDLUNG BEI LIPODYSTROPHIE-SYNDROM)

SG Aachen, Urt. v. 29.11.2004 – **S 6 KR 118/03** – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-74

NewFill-Behandlung, Lipodystrophie-Syndrom; Krankheit

SGB V §§ 11 I Nr. 4, 12 I 1, 27 I 1 u. 2 Nr. 1, 28 I 1, 31 I 3, 135 I

Die **Lipodystrophie** im Wangenbereich ist wegen der Beeinträchtigungen beim Kauen und ihrer entstellenden und abstossenden Wirkung auf andere Menschen eine erhebliche Abweichung vom Leitbild des gesunden Menschen, der zur Ausübung normaler körperlicher und psychischer Funktionen in der Lage ist (vgl. **BSG**, Urt. v. 23.07.02 – B 3 KR 66/01 R –; LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 02.05.2002 – L 5 KR 93/01 – RID 02-04-67).

Die **NewFill-Therapie** als neue ärztliche Behandlungsmethode entspricht dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 I 1 SGB V und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse, denn sie hat sich in der Praxis und in der medizinischen Fachdiskussion **durchgesetzt**.

Das **Fehlen von Langzeitergebnissen** wird durch den erfolgreichen Einsatz in der Praxis und den fachwissenschaftlichen Konsensus ersetzt, denn dies beruht darauf, dass von dem Pharma-Hersteller zu finanzierende und in der Regel sehr teure Langzeitstudien nicht zu erwarten sind. Die wenigen Fälle der NewFill-indizierenden Krankheiten sind vergleichbar den Orphan-drug-Fällen oder den Fällen, in denen der Wirksamkeitsnachweis wegen der Art oder des Verlaufs der Erkrankung oder wegen unzureichender wissenschaftlicher Erkenntnisse auf erhebliche Schwierigkeiten stößt (**BSG** Urt. v. 28.03.2000 – B 1 KR 11/98 R –)

NewFill ist eine biologisch abbaubare Polymer-Milchsäure, die von der FDA (Food and Drug Administration) mit dem Warenzeichen "Sculptra" am 03.08.2004 in den USA zugelassen und von der Europäischen Zulassungsbehörde für Medizinprodukte G-Med (Groupement pour l'évaluation des dispositifs médicaux) mit CE 0459 am 11.02.2004 zertifiziert worden ist. Polymer-Milchsäure ist in fester Form als resorbierbares Nahtmaterial aus der Chirurgie seit langem bekannt. Die Kl. ist seit 1996 HIV-positiv und an

AIDS erkrankt und wird seitdem mit antiretroviraler Therapie behandelt, die als unvermeidbare Nebenfolge die Lipodystrophie (subkutaner Fettverlust) im Wangenbereich ausgelöst hat. Sie beantragte erfolglos eine operative Rekonstruktion des Gesichtsbereichs, insbesondere der Wangen, mit "NewFill" - Kosten: ca. EUR 2.800,- (vier Sitzungen à EUR 700) -, Gortex-Implantationen oder Fettinjektionen; die Injektion von intrakutanem Polylaktat (NewFill) sei die am wenigsten angreifende und auch kostengünstigste Methode. Das **SG** verurteilte d. Bekl., der Kl. eine "NewFill"-Behandlung zur Verfügung zu stellen bzw. deren Kosten zu übernehmen.

B) INTERSTITIELLE BRACHYTHERAPIE MIT PERMANENTER SEED-IMPLANTATION

SG Dortmund, Urt. v. 25.02.2004 – S 13 KR 208/03 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-75

Brachytherapie, Behandlungsmethode, Anordnungsgrund

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

Die interstitielle Brachytherapie mit permanenter Seed-Implantation ist eine "neue" Behandlungsmethode im Sinne des § 135 I SGB V, da sie sich sowohl hinsichtlich der Deutung der Krankheitssymptome als auch hinsichtlich des therapeutischen Vorgehens von bisher anerkannten Methoden unterscheidet und im EBM für vertragsärztliche Leistungen nicht aufgeführt ist. Ein Systemmangel liegt nicht vor.

Der Kl. beantragte wegen eines Prostatakarzinoms über das Westdt. Prostatazentrum Kostenübernahme für eine interstitielle Brachytherapie mit permanenter Seed-Implantation. Hierbei handelt es sich um ein kuratives strahlentherapeutisches Verfahren zur Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms. Nach Ablehnung durch d. Bekl. begehrt d. Kl. nunmehr Kostenerstattung (8.103,06 Euro). Das **SG** wies die Klage ab.

Nach **LSG NRW**, Beschl. v. 11.11.2004 – L 16 B 101/04 KR ER - RID 05-01-113, ist bereits zweifelhaft ist, ob es sich bei der permanenten Brachytherapie überhaupt um eine neue Behandlungsmethode handelt.

C) UTERUS-ARTERIEN-EMBOLISATION/BEGRENZTER HERSTELLUNGSANSPRUCH

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 20.01.2005 – L 5 KR 227/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-76

Revision anhängig: B 1 KR 5/05 R

Uterus-Arterien-Embolisation, sozialrechtlicher Herstellungsanspruch, Beratungspflicht, Krankenkasse

SGB V §§ 13 III, 27, 127c, 135

Für den **Ausschluss einer Uterus-Arterien-Embolisation** aus der vertragsärztlichen Versorgung im September 2001 gibt es keine Anhaltspunkte für ein Systemversagen. Es kann dahinstehen, ob die Methode auch im September 2001 bereits in zahlreichen Kliniken eingesetzt wurde, da es im Rahmen des § 135 SGB V nur auf die Verbreitung der Methode im ambulanten Bereich ankommen kann. Unabhängig davon erscheint fraglich, dass tatsächlich die für eine Anerkennung der Methode erforderlichen Erkenntnisse vorliegen.

Es erscheint grundsätzlich fragwürdig, dass in Fällen der unterbliebenen Beratung über einen – möglicherweise zustehenden – Sachleistungsanspruch die Erstattung der Kosten für eine in Anspruch genommene, jedoch **nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zählende Leistung** im Wege eines **Herstellungsanspruchs** verlangt werden kann. Mit dieser Rechtsfolge werden die Grenzen zu einem Schadensersatzanspruch überschritten.

Im Bereich des Krankenversicherungsrechts hat der Gesetzgeber nunmehr die Rechtsfolgen einer **"Leistungsvereitelung"** in § 13 III 1 SGB V geregelt. Er hat damit festgelegt, unter welchen Voraussetzungen anstelle der Sachleistung die Kostenerstattung verlangt werden kann und für die Folgen einer Pflichtverletzung der Krankenkassen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben eine spezielle Regelung getroffen, neben der der Herstellungsanspruch nicht mehr anwendbar ist (BSG SozR 3-2600 § 58 Nr. 2 S. 4; SozR 3-2500 § 13 Nr. 11 S. 51; ebenso LSG Berlin, Urt. v. 24.10.2003 - L 9 KR 118/02 -; a. A.: BSGE 89, 50, 54; s. a. BSG SozR 3-2500 § 37 Nr. 3; ohne Erörterung, jedoch im Ergebnis ebenso LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 18.02.2004 - L 4 KR 229/01 -; LSG Bayern, Beschl. v. 08.09.2003 - L 4 B 347/03 KR ER -). Soweit das **BSG** in seinem Urteil vom 30.10.2001 (BSGE 89, 50) einen Herstellungsanspruch für möglich hält, **kann dem nicht gefolgt werden**. Unabhängig davon erscheint es dem Senat zweifelhaft, ob die Beratungspflicht der Krankenkasse tatsächlich so weit reicht, dass sie Versicherte auf bestimmte, konkrete Behandlungsmöglichkeiten hinweisen hat (vgl. aber BSG SozR 4-2500 § 13 Nr. 1 Rz. 13).

Der Umstand, dass wegen der unterschiedlichen Regelungsansätze in § 135 I SGB V und § 137c SGB V für den Ausschluss (neuer) Methoden eine im ambulanten Bereich ausgeschlossene Methode im stationären Bereich erbracht werden darf, kann nicht bedeuten, dass die Erforderlichkeit einer stationären Behandlung damit zu begründen wäre, nur im Krankenhaus bestehe die Leistungspflicht

der Kasse für diese Methode. Von daher kann bei einer Nachfrage eines Versicherten nach einer ausgeschlossenen ambulanten Behandlung **die Kasse nicht verpflichtet** sein, ihn darauf **hinzuweisen**, dass (und wo) er sich auch **stationär behandeln** lassen könne, um die gewünschte Behandlungsmethode zu erlangen.

Die 1958 geb. Kl. beantragte ohne Erfolg die Genehmigung einer Uterus-Arterien-Embolisation (UAE) zur Behandlung eines Myoms. Bei diesem Verfahren wird unter Röntgenkontrolle mit Kontrastmittel ein Katheter in die beiden Arterien, die den Uterus und damit auch das Tumorgewebe mit Blut versorgen, eingeführt. An der Stelle, an der sich das Blutgefäß in die Myome hineinverzweigt, wird ein sandkorngroßes Kunststoffgranulat in die Blutbahn eingebracht, um die Gefäße dauerhaft zu verschließen. Damit wird die Blutzufuhr zu dem fibrösen Gewebe unterbunden, wodurch sich die Geschwulst zurückbildet. Das Verfahren ist noch nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung. **SG Detmold**, Urt. v. 17.10.2003 – S 5 (16) KR 209/01 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

D) OFFENE KERNSPINTOMOGRAPHIE

Beschaffungsweg, Systemmangel, offene Kernspintomographie
SGB V §§ 13 III, 27, 135

SG Dortmund, Urt. v. 22.09.2003 – S 8 KR 184/02 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-77

Eine Kostenerstattung kommt nicht in Betracht, wenn der durch § 13 SGB V vorgeschriebene Beschaffungsweg nicht eingehalten wurde.

Bei der offenen Kernspintomographie handelt es sich nicht um eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Systemmangel lag im November 2001 nicht vor.

SG München, Urt. v. 23.05.2003 – S 44 KR 525/01 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-78

Die Untersuchung mit einem MRT-Open ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Es handelt sich um eine sog. "neue" Untersuchungs- und Behandlungsmethode im Sinne des SGB V, die erst dann zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden darf, wenn der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hierüber eine positive Empfehlung abgegeben hat.

E) NEUROPSYCHOLOGISCHE THERAPIE (EINSTWEILIGE ANORDNUNG)

Vgl. zuletzt **LSG Hessen**, Beschl. v. 06.07.2004 – L 14 KR 46/04 ER - RID 04-04-83 (S. 42); s. ferner RID 04-03-B I 1c (S. 39), RID 04-02-B I 1a (S. 60) u. ausf. RID 04-01-B I 5 (S. 51 f.).

Psychologischer Psychotherapeut, Psychotherapie, Richtlinienverfahren, Neuropsychologie, Neurotherapie, neue Behandlungsmethode, Bundesausschuss

SGB V §§ 2 I 3, 27 I, 135 I; SGG § 86b II

LSG Hamburg, Beschl. v. 28.02.2005 – L 1 B 7/05 ER KR – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-79

Eine neue Behandlungsmethode wie die ambulante neuropsychologische Therapie, für die bislang der Gemeinsame Bundesausschuss noch keine positive Entscheidung getroffen hat, kann grundsätzlich nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung gewährt werden. Zwar hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie bei der Bundesärztekammer bereits im Juni 2000 in einem Gutachten die Methode für den Indikationsbereich "cerebraler Insult" (Hirnfarkt) befürwortet, jedoch war der Gemeinsame Bundesausschuss nicht gehalten, aufgrund dieses Umstandes ein Anerkennungsverfahren durchzuführen. Auf einen Antrag vom August 2003 hin ist der Gemeinsame Bundesausschuss tätig geworden und hat den Antrag angenommen sowie eine Arbeitsgruppe gebildet. Unter diesen Umständen besteht kein Anhalt für ein willkürliches oder aus sachfremden Erwägungen erfolgtes Blockieren oder Verzögern der Prüfung und damit für das Vorliegen eines Systemmangels.

SG Hamburg, Beschl. v. 01.12.2004 – S 32 KR 1207/04 ER – gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt, das **LSG** wies den Antrag zurück.

LSG Bayern, Beschl. v. 30.04.2004 – L 4 B 62/04 KR ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-80

In der Nichtanerkennung der neuropsychologischen Therapie liegt kein Systemversagen.

Es fehlt an einem Anordnungsgrund, soweit ein Antragsteller die in den Heilmittelrichtlinien enthaltene Behandlung „Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung“ von einem zugelassenen Ergotherapeuten erhalten kann.

SG Würzburg, Beschl. v. 08.01.2004 – S 9 KR 300/03 ER – wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

2. KEINE NORMSETZUNGSBEFUGNIS DES BUNDESAUSSCHUSSES

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 15.02.2005 – L 4 KR 25/01 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-02-81**
Behandlungsmethode, Bundesausschuss, Norm, Normsetzung, Normsetzungsbefugnis
SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 27 I, 92 I 2 Nr. 5, 135 I

Eine Therapie nach Dr. C. mit gezielter Diät (linolsäurearme Ernährung) und der Einnahme von "Ernährungsergänzungspräparaten" entspricht auch bei Multipler Sklerose nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse im Sinne des § 2 I 3 SGB V.

Die Frage, ob eine Behandlungsmethode dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht, ist mit **normsetzender Wirkung** für die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung **nicht vom Bundesausschuss** der Ärzte und Krankenkassen in den Richtlinien nach § 92 I 2 Nr. 5 SGB V a. F. zu entscheiden. Der Senat vermag sich der gegenteiligen Auffassung der Beklagten und des SG, die sich auf die Rechtsprechung des BSG stützen, nicht anzuschließen. Der erkennende Senat verweist insofern insbesondere auf sein Urteil vom 23.02.2000 –L 4 KR 130/98 – RID 00-02 B I (NZS 2001, 32) und das vor dem BVerfG anhängige Verfahren 1 BvR 347/98, das die verfassungsrechtliche Legitimation der Entscheidung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen gegenüber den Versicherten gemäß § 92 SGB V betrifft.

SG Lüneburg, Urt. v. 14.12.2000 – S 16 KR 52/99 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

3. POSITRONEN-EMISSIONS-TOMOGRAPHIE (PET)

LSG Bayern, Urt. v. 20.01.2005 – L 4 KR 209/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-02-82**
Positronen-Emissions-Tomographie, PET, Kostenerstattung, Bundesausschuss
SGB V §§ 2 I 3, 13 III, 27 I, 28 I 1, 92 I 2 Nr. 5, 135 I 1

Der Ausschluss der Positronen-Emissions-Tomographie durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen ist bindend. Es ist nicht ersichtlich, dass der Bundesausschuss mit diesem Beschluss gegen höherrangiges Recht verstoßen hat.

SG München, Urt. v. 22.08.2002 – S 12 KR 77/02 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Vgl. *SG Frankfurt a. M.,* Gerichtsbb. v. 25.07.2003 - S 25 KR 3119/02 - RID 03-04-96.

4. AUSLEGUNG DER BUB-RL (BLUTREINIGUNG MITTELS LDL-APHERESE)

SG Duisburg, Urt. v. 16.02.2005 – S 7 KR 273/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-02-83**
Blutreinigung, LDL-Apherese, BUB-Richtlinien, Bundesausschuss, teleologische Reduktion
SGB V §§ 2, 12 I, 27 I 2 Nr. 1, 92 I, 135 I 1

Ein Versicherter hat einen Anspruch auf Kostenübernahme für eine **LDL-Apheresebehandlung nach der "HELP-Methode"**. Es entspricht dem Stand der medizinischen Wissenschaft, signifikant erhöhte LDL-Werte im Blut zu verringern. Dies gilt unabhängig davon, ob bei Patienten eine Transplantatvasculopathie vorliegt oder nicht. Die Methode ist unter Ziffer 1 der Anlage A der BUB-Richtlinien aufgeführt und damit Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Aufgrund der zwischenzeitlichen Änderung der Ziffer 1 der Anlage A zu den BUB-Richtlinien ist jedoch hinsichtlich des Zeitraumes vor und ab dem 08.07.2003 (Datum der Veröffentlichung des Beschlusses des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 24.03.2003 im Bundesanzeiger) zu differenzieren.

Für die Anwendungsalternative einer **"schweren Hypercholesterinämie"** kann nicht von den Cholesterinwerten bei laufender Behandlung mittels LDL-Apherese ausgegangen werden, sondern sind die Werte in unbehandeltem Zustand vor Aufnahme der Therapiemaßnahmen zugrunde zu legen.

Die **BUB-Richtlinien** sind einer **teleologischen Reduktion nicht zugänglich**. Ohne Änderung des Wortlautes einer Bestimmung im Sinne von § 92 I 2 Nr. 5 SGB V kann eine zuvor in laufender Verwaltungspraxis auf Grundlage dieser Vorschrift zugelassene Behandlung nicht allein aufgrund einer geänderten Beurteilungslage aus der vertragsärztlichen Versorgung herausgenommen werden.

Hinsichtlich der notwendigen Indikation ("schwere Hypercholesterinämie") als solcher hat sich durch die seit 08.07.2003 gültige Fassung der Wortlaut nicht geändert.

Das *SG* verurteilte d. Bekl., die Kosten für die LDL-Apheresebehandlung des Kl. (monatlich 1.000 Euro) über den 31.10.2001 hinaus zu übernehmen.

5. KÜNSTLICHE BEFRUCHTUNG NUR FÜR EHEPAARE

LSG Berlin, Ur. v. 15.09.2004 – L 9 KR 94/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-84

Ehepaar, künstliche Befruchtung, nichteheliche Lebensgemeinschaft

SGB V §§ 27 I 2, 27a I Nr. 3; GG Art. 1, 2, 3 I, 6, 20 I

Die Kassenleistung einer künstlichen Befruchtung ist auf Ehepaare beschränkt. Diese Beschränkung verstößt nicht gegen Verfassungsrecht.

SG Berlin, Ur. v. 02.04.2004 – S 88 KR 1551/03 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Vgl. zuletzt RID 04-04-B I 3 c (S. 41) m. w. N.

6. CHRONIC FATIGUE SYNDROME

LSG Hessen, Ur. v. 03.05.2005 – L 1 KR 712/99 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-85

Chronic fatigue Syndrome, Kostenerstattung, Krankheit

SGB V §§ 2, 12, 13 III, 27

Leitsatz:

Zur Frage der Kostenerstattung für diagnostische und therapeutische Maßnahmen bei einer neuartigen Krankheit (hier: Chronic fatigue Syndrome).

SG Kassel, Ur. v. 28.04.1999 – S 12 KR 1343/96 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

7. ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG

A) BESCHEINIGUNG ÜBER ANSPRUCH AUF ZAHNSTEINENTFERNUNG

LSG Bayern, Ur. v. 10.02.2005 – L 4 KR 241/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-86

Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 1 KR 22/05 B

Zahnsteinentfernung, Privatleistung

SGB V §§ 11 I Nr. 2, 21, 22, 27 I, 28 II, 29, 30, 62 I 1; BEMA-Z Nr. 107

Ein Versicherter hat keinen Anspruch gegenüber der Krankenkasse auf Ausstellung einer Bescheinigung über die Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen der Zahnsteinentfernung.

SG Regensburg, Gerichtsbb. v. 21.09.2004 – S 2 KR 151/04 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

B) ZAHNERSATZ: KEINE VERPFLICHTUNG DER KRANKENKASSE ZUR MÄNGELRÜGE

LSG Bayern, Ur. v. 20.01.2005 – L 4 KR 25/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-87

Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 10 KR 2/05 B

Zahnersatz Prothetikausschuss, Widerspruch, Schadensersatzanspruch, sozialrechtlicher Herstellungsanspruch

SGB V § 66; BGB § 823 II

Eine Krankenkasse ist nicht verpflichtet, gegen einen Beschluss des Prothetikausschusses Widerspruch einzulegen.

§ 66 SGB V ist eine Ermessensvorschrift und betrifft die Unterstützung der Versicherten bei der Verfolgung privatrechtlicher Schadensersatzansprüche, bietet aber keine Handhabe, deren wirtschaftliche Interessen im Mängelrügeverfahren auf Antrag einer Krankenkasse zu wahren.

SG Landshut, Ur. v. 26.09.2001 – S 11 KR 69/00 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

C) IMPLANTATGESTÜTZTER ZAHNERSATZ (SUPRAKONSTRUKTION) BEI EINZELZAHNSITUATION

LSG Hessen, Ur. v. 17.03.2005 – L 8/14 KR 1189/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-88

Revision zugelassen

Zahnersatz, Implantat, Suprakonstruktion

SGB V § 30 I 5

Auch mit nur einem verbliebenen Zahn ist ein Unterkiefer nicht zahnlos im Sinne der Zahnersatz-Richtlinien. Auf die Frage, ob die noch vorhandenen Zähne einer Prothese ausreichenden Halt geben, kommt es nicht an. Diese Auslegung des § 30 I 5 SGB V verletzt kein Verfassungsrecht.

Die 1924 geb. Kl. beantragte im April 2001 erfolglos die Zahlung eines Zuschusses zu den Kosten einer Implantatbehandlung sowie eines darauf aufbauenden Zahnersatzes. Bei ihr lag ein stark atrophierter Unterkiefer vor, in dem nur noch die Zähne 32 und 42 vorhanden waren. Die zahnärztlichen Behandlungspläne sahen die Entfernung des längsfrakturierten Zahnes 42 und seine Ersetzung durch ein Implantat sowie die Versorgung beider Zähne mit neuen Kronen vor, um diese als Befestigungen für eine Prothese nutzen zu können. **SG Gießen**, Urt. v. 25.09.2002 – S 9 KR 1658/01 – gab der Klage statt, weil der Unterkiefer der Kl. zwar nicht zahnlos, jedoch quasi zahnlos sei. Nach dem Gutachten des Sachverständigen wäre es mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit wegen der starken Atrophie des seitlichen Unterkieferbereichs relativ schnell zum Verlust des durch den Zahnersatz überlasteten Zahnes 32 gekommen. Mithin sei ein Implantat erforderlich gewesen, da der Zahn 32 ohne das (zusätzliche) Implantat nicht zur Befestigung einer Unterkieferprothese geeignet gewesen sei. Die Richtlinien des Bundesausschusses seien insoweit nach ihrem Sinn und Zweck dahingehend auszulegen, dass eine Kostenübernahme der Krankenkasse zu erfolgen habe, wenn aufgrund der starken Atrophie des Kiefers eine Prothese keinen genügenden Halt habe. Das **LSG** wies die Klage ab.

D) AUSSCHLUSS IMPLANTOLOGISCHER LEISTUNGEN BEI OLIGODONTIE

LSG Hamburg, Beschl. v. 16.03.2005 – L 1 KR 128/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-89

Implantologische Leistung, Oligodontie

SGB V §§ 28 II 9, 30 I 5, 91 I 1

Die Nichteinbeziehung einer Nichtanlage mehrerer Zähne (Oligodontie) in die Ausnahmeregelung des § 28 II 9 SGB V verletzt kein Verfassungsrecht.

SG Hamburg, Urt. v. 17.09.2004 – S 34 KR 366/01 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 25.01.2005 – L 11 KR 3880/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-90

Zahnimplantat, Implantologische Leistung, Oligodontie

SGB V §§ 27 I, 28 II 9, 30 I 5, 91 I 1

Bei einer Oligodontie in Folge eines sog. Bloch-Sulzberger-Syndroms in der Weise, dass im Oberkiefer rechts und links jeweils 4 Zähne und im Unterkiefer rechts 2 und links 5 Zähne fehlen, handelt es sich nicht um eine generalisierte genetische Nichtanlage im Sinne der Zahnbehandlungs-RL und es besteht kein Anspruch auf Erstattung der Kosten für Implantate.

SG Heilbronn, Urt. v. 24.06.2004 – S 9 KR 1727/02 – gab der Klage statt, das **LSG** wies die Klage ab.

E) KIEFERORTHOPÄDISCHE BEHANDLUNG: ANTRAGSZEITPUNKT

LSG Berlin, Urt. v. 04.08.2004 – L 9 KR 305/01 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-91

Kieferorthopädische Behandlung; Antragszeitpunkt; Behandlungsplan

SGB V i.d.F. v. 01.06.1997 bis 31.12.1998 §§ 28 II 6 u. 7, 29

Maßgeblicher Behandlungsbeginn ist nach dem 2. GKV-NOG der Zeitpunkt der Aufstellung des kieferorthopädischen Behandlungsplans, auch wenn die eigentliche Behandlung erst danach begonnen haben mag und/oder wichtige Vorbereitungshandlungen schon vor diesem Zeitpunkt liegen sollten.

Es ist nicht ersichtlich, dass die durch den Gesetzgeber für Erwachsene vorgenommenen Beschränkungen des Versicherungsschutzes für kieferorthopädische Behandlungen verfassungswidrig sein könnten, (vgl. BSG SozR 3-2500 § 28 Nr. 3).

SG Berlin, Urt. v. 12.03.2001 – S 75 KR 263/99 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

F) KEINE KOSTENERSTATTUNG FÜR IMPLANTATBEHANDLUNG BEI VERSPÄTETEM ANTRAG

LSG Bayern, Urt. v. 10.02.2005 – L 4 KR 145/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-92

Zahnersatz, Implantatbehandlung, Antrag, Kostenerstattung,

SGB V §§ 13 III, 28 II 9, 30 I 5, 91 I 1

Ein Anspruch auf Kostenerstattung nach § 13 III SGB V scheidet aus, wenn es eine Versicherte versäumt, der Krankenkasse vor Behandlungsbeginn die Gebührenvorausberechnungen über den Zahnersatz zusammen mit einem Antrag auf Kostenbeteiligung bzw. -zuschuss zu übersenden. Damit hat sie der Krankenkasse die Möglichkeit genommen, gegebenenfalls nach Einschaltung des Medizinischen Dienstes einen Behandlungsweg im System der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuzeigen. Etwas Anderes ergibt sich auch nicht daraus, dass es sich nach Ansicht der Klägerin lediglich um eine Folgebehandlung einer bereits bewilligten Implantatversorgung mit Suprakonstruktion gehandelt hat. Wie das BSG in ständiger Rechtsprechung entschieden hat, bestimmt sich der Behandlungsanspruch nach der Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der Behandlung (BSG vom 25.03.2003 B 1 KR 17/01 R). Frü-

here Bewilligungsentscheidungen dürfen grundsätzlich nur auf den sie auslösenden Behandlungsbedarf bezogen werden; mit dessen Beseitigung ist auch die Wirkung der entsprechenden Bewilligungsentscheidung erschöpft. Ein erneuter Behandlungsbedarf löst eine erneute Prüfung der Sach- und Rechtslage aus (BSG vom 03.09.2003 SozR 4-2500 § 28 Nr.2).

SG Nürnberg, Urt. v. 21.03.2002 – S 7 KR 73/01 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

8. KEIN LEISTUNGSANSPRUCH NACH ENDE DER MITGLIEDSCHAFT

LSG Bayern, Urt. v. 24.02.2005 – L 4 KR 228/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-93

Mitgliedschaft, Anspruch, Leistungen
SGB V §§ 19 I, 27

Mit dem Ende der Mitgliedschaft erlischt gem. § 19 I SGB V der Anspruch auf die Leistungen. Für einen Leistungsanspruch nach reicht es nicht aus, wenn die Behandlungsbedürftigkeit noch zu Zeiten der Mitgliedschaft eingetreten ist.

SG Landshut, Urt. v. 21.05.2003 – S 4 KR 49/01 – 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.

1. KOSTENERSTATTUNG EINER PSYCHOLOG. PSYCHOTHERAPIE-BEHANDLUNG

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.02.2005 – L 16 KR 161/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-94

Revision anhängig: BSG B 1 KR 9/05 R

Systemversagen, Kostenerstattung, Psychotherapie, psychologischer Psychotherapeut, Approbation
SGB V §§ 13 III; PsychThG Art. 10

Wenn bei einer einheitlichen, untrennbaren Behandlung dieser Kausalitätsmangel auch die späteren Behandlungsabschnitte erfasst, so kann umgekehrt die im Rahmen eines Notfalls begonnene Behandlung nicht das Erfordernis eines späteren Antrags nach sich ziehen, wenn der Wechsel des Behandlers dem Versicherten nicht zumutbar ist. Dies ist bei einer psychotherapeutischen Behandlung der Fall, wenn erstmalige Konsultation in einer Notfallsituation i.S.d. 1. Alternative des § 13 III 1 SGB V erfolgte.

Soweit Anträge für eine psychotherapeutische Behandlung an die Krankenkassen erst nach Abschluss der probatorischen Sitzungen, die der Abklärung der weiteren Behandlungserfordernisse dienen, beanstandungslos gestellt wurden, kann die Krankenkasse nicht bei einzelnen Versicherten auf dem Antragserfordernis bestehen, wenn sie bei anderen hiervon abgesehen hat.

Ein psychologischer Psychotherapeut, der bis 1998 im Rahmen des sog. Kostenerstattungsverfahrens tätig war, und dessen Approbationsentzug angefochten ist, kann aufgrund der Bestandsschutzregelung des Art. 10 PsychThG verlangen, dass er im bisherigen Umfang an der psychotherapeutischen Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten teilnimmt.

Die Kl. beantragte im Sept. 2001 erfolglos die Übernahme der Kosten einer im Juni 2001 begonnenen Behandlung durch den Beigel. Diesem wurde die zunächst zuerkannte Approbation als psycholog. Psychotherapeut mit Bescheid vom 04.01.2000 wieder zurückgenommen. Das hierüber geführte Gerichtsverfahren ist noch anhängig (VG Düsseldorf - 26 K 3231/00 -). Seine Zulassung als psycholog. Psychotherapeut wurde durch den Zulassungsausschuss abgelehnt, dieser im nachfolgenden Gerichtsverfahren aber verpflichtet, den Antrag - nach Abschluss des verwaltungsgerichtlichen Verfahrens - erneut zu bescheiden (BSG Urt. v. 05.02.03 - B 6 KA 42/02 R = SozR 4-2500 § 95 Nr. 4). Nach seiner Beiladung durch den Senat trägt der Therapeut vor, die Kosten für 21 tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie-Sitzungen sowie 60 Leistungen tiefenpsychologisch fundierter Gruppentherapie habe die Klägerin beglichen. Mit ihm vergleichbare Therapeuten hätten sich vor dem BVerfG auf dessen Vorschlag mit dem Prüfungsausschuss der Psychotherapeutenkammer dahin geeinigt, dass sie eine Prüfung vor letzterer absolvieren sollten, um dann ggfls. die Approbation zu erhalten. Diese Regelung werde auch in seinem Fall angestrebt. Er rechne zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch 22 Behandlungsfälle im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens mit drei anderen Krankenkassen ab. *SG Düsseldorf*, Urt. v. 10.02.2004 – S 4 KR 99/02 – wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte d. Bekl., der Kl. 1.107,83 Euro zu erstatten.

2. EINHALTUNG DES BESCHAFFUNGSWEGES BEI AKUPUNKTURBEHANDLUNGEN

LSG Berlin, Urt. v. 15.09.2004 – L 9 KR 103/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-95

Beschaffungsweg, Akupunktur, Bescheid

SGB V §§ 2 I 3, 13 III, 27, 135 I 1

Einer Versicherten ist es zumutbar, sich vor der Leistungsbeschaffung mit der Krankenkasse über ihr Leistungsbegehren auch bei Akupunkturleistungen (Behandlungsserien zu je zehn wöchentlichen Einzelbehandlungen) in Verbindung zu setzen.

Akupunkturbehandlungen gehören grundsätzlich nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung.

SG Berlin, Urt. v. 11.06.2002 – S 81 KR 1891/01 – 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. WAHLFREIHEIT BEI KRANKENHAUSBEHANDLUNG

LSG Brandenburg, Urt. v. 09.03.2005 – L 24 KR 5/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-96

Krankenhausbehandlung, Mehrkosten

SGB V §§ 2 III 2, 39 II

§ 39 II SGB V bedingt notwendigerweise, dass die Krankenkasse mit (Mehr)Kosten belastet ist, die aus dem Anspruch des behandelnden Krankenhauses ihr gegenüber entstanden sind. Fehlt es an solchen Kosten, können dem Versicherten keine Kosten ganz oder teilweise auferlegt werden.

Die Ermessensentscheidung ist nach § 39 II SGB V jedoch erst eröffnet, wenn kein zwingender Grund für die Wahl eines anderen Krankenhauses vorlag. Ein zwingender Grund ist dann gegeben, wenn das vom Vertragsarzt genannte Krankenhaus dem Versicherten nicht zuzumuten ist, zum Beispiel bei erheblichen negativen Erfahrungen des Versicherten oder seiner Angehörigen mit früheren Behandlungen, wenn das Verhältnis mit den behandelnden Krankenhausärzten gestört ist, oder wenn religiöse Bedürfnisse, denen nach § 2 III 2 SGB V Rechnung zu tragen ist, nach Abwägung mit den Interessen der Versichertengemeinschaft überwiegen. Ausgangspunkt für die Beurteilung der Mehrkosten ist das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus mit den höchsten Pflegesätzen.

SG Cottbus, Urt. v. 30.10.2003 – S 10 KR 57/03 – gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab, weil es schon an einem Verwaltungsakt mit der Festsetzung von Mehrkosten fehle.

2. KEIN ANSPRUCH AUF SPEZIELLE OPERATIONS-METHODE

LSG Bayern, Urt. v. 08.12.2004 – L 4 KR 121/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-97

Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 1 KR 7/05 B

Qualitätsstandard, Operationsmethode

SGB V §§ 2 I, 13 III, 27, 28 I

Der **Qualitätsstandard** der medizinischen Behandlung wird in der gesetzlichen Krankenversicherung durch §§ 2 I und 28 I SGB V vorgegeben. Ihm genügen für stationäre Leistungen im besonderen Maße die **Universitätskliniken**. Die Krankenkasse ist nur verpflichtet, eine Behandlung nach dem genannten Qualitätsstandard zur Verfügung zu stellen, jedoch nicht eine Leistung nach einer **speziellen Operationsmethode**. Über die in Frage kommende Behandlungsmethode entscheidet nicht die Krankenkasse, sondern der in Anspruch genommene Vertragsarzt bzw. Krankenhausarzt für den Leistungsträger. Das heißt, der nur allgemein angelegte Anspruch auf Behandlung gemäß § 27 I SGB V wird mit bindender Wirkung für die Krankenkasse erst durch den behandelnden Arzt (Vertragsarzt/Arzt des zugelassenen Krankenhauses) konkretisiert (st. Rspr. des BSG, z.B. BSG v. 21.08.1996 SozR 3-2500 § 39 Nr.4 = NZS 1997 228). Daraus folgt, dass vor der Leistungskonkretisierung der Versicherte von seiner Kasse die Behandlung nach speziellen Methoden nicht mit Recht beanspruchen kann.

SG München, Urt. v. 11.04.2002 – S 5 KR 125/99 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

3. KRANKHEITSBEGRIFF:

A) BRUSTVERKLEINERUNG/MAMMAREDUKTIONSPLASTIK

Krankheit, Krankheitsbegriff, Brustkorrektur, Bauchdeckenplastik
SGB V § 27 I

Vgl. zuletzt RID 05-01-B III 3 (S. 60 f.) und RID 04-04-B III 1 (S. 47 f.); zur **BSG**-Rspr. s. einleitend unter B III.

SG Dresden, v. 09.12.2004 – S 18 KR 295/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-99

Auch wenn Größe, Form, Stabilität und Gewicht der Brust nicht Hauptursache einer Gesundheitsstörung sind, diese aber als wesentliche Mitursache beeinflussen, und Behandlungsalternativen ausgeschöpft sind, so besteht ein Anspruch auf eine Operation zur Brustverkleinerung.

Die Rüge der Beklagten, der Zusammenhang zwischen der Brustgröße und dem Auftreten von Wirbelsäulenbeschwerden sei nicht durch wissenschaftliche Studien aufgeklärt, entkräftet das eingeholte Gutachten nicht. Es erscheint schon wenig wahrscheinlich, dass die Frage überhaupt einer wissenschaftlichen Studie zugänglich ist, die evidenz-basierte Aussagen über einen solchen Zusammenhang hinsichtlich der hier zu beurteilenden Konstellation zulässt.

Das **SG** verurteilte die Bekl., der Kl. eine brustverkleinernde Operation zu gewähren.

SG Leipzig, Gerichtsbb. v. 09.05.2005 – S 8 KR 49/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-100

Aus der BH-Größe und der Größe der Brust allein kann noch nicht auf einen krankhaften Zustand geschlossen werden. Die Größe der Brust allein bedingt keinen regelwidrigen und behandlungsbedürftigen Körperzustand. Eine "idealtypische" Größe der Brust gibt es nach allgemeiner Anschauung nicht. Ein großer Brustumfang an sich bedingt noch keine körperlichen Beschwerden. Vor Durchführung einer Brustverkleinerungsoperation sind sämtliche Behandlungsalternativen durchzuführen. Eine chirurgische Behandlung im Bereich der Brust darf stets nur die letzte denkbare Maßnahme sein (LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 20.04.2004 - L 11 KR 1886/03 - RID 04-04-96).

Das **SG** wies die auf Übernahme der Kosten für eine Mammareduktionsplastik gerichtete Klage ab.

B) REDUKTION DER FETTSCHÜRZE BZW. FETTABSAUGUNG

LSG Berlin, Urt. v. 15.09.2004 – L 9 KR 56/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-101

Krankheit, Krankheitsbegriff, Fettschürze, Fettabsaugung, Adipositas
SGB V § 27 I

Die Reduktion der Fettschürze bzw. die Fettabsaugung im Bauchbereich ist keine Maßnahme, die unmittelbar an einer Krankheit ansetzt und diese behandelt. Sie stellt keine unmittelbare Behandlung der Adipositas dar. Die Fettschürzenbildung an sich sowie die Existenz von Fettzellen im Bauchbereich stellen bereits keine Krankheit im Sinne des SGB V dar.

SG Berlin, Urt. v. 07.03.2003 – S 72 KR 3910/01 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

C) OPERATIVE GEWEBESTRAFFUNG

LSG Bayern, Urt. v. 24.02.2005 – L 4 KR 7/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-102

Krankheit, Krankheitsbegriff, Fettschürze, Gewebestraffung
SGB V § 27

Abweichungen von einer morphologischen Idealnorm (z.B. Hautfalten), die noch befriedigende körperliche Funktionen zulassen, stellen keine Krankheit im Sinne des § 27 SGB V dar. Liegt eine psychische Störung vor, so ist sie mit den Mitteln der Psychiatrie und Psychotherapie zu behandeln. Jedenfalls umfasst die Leistungspflicht der Krankenkassen nicht die Kosten für operative Eingriffe in einen regelrechten Körperzustand, um auf diesem Wege eine psychische Störung zu beheben oder zu lindern.

SG Regensburg, Urt. v. 07.11.2002 – S 2 KR 128/02 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

4. AUTOLOGE CHONDROZYTENIMPLANTATION

LSG Brandenburg, Urt. v. 25.01.2005 – L 24 KR 69/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-103

Krankenhausbehandlung, autologe Chondrozytenimplantation

SGB V § 39

Liegen die Voraussetzungen einer Krankenhausbehandlung zur Durchführung einer autologen Chondrozytenimplantation (ACI) nicht vor, so fehlt es an der Indikation für diese Behandlungsmethode.

Die ACI ist grundsätzlich geeignet, die Krankheit eines Zustandes nach Kniegelenksdistorsion links mit Verletzung des Gelenkknorpels im Bereich der medialen mittleren Oberschenkelrolle dieses Kniegelenks zu heilen.

SG Potsdam, Urt. v. 20.11.2003 – S 7 KR 185/01 – wies die Klage ab, das *LSG* stellte auf Berufung des Kl. fest, dass die ablehnenden Bescheide rechtswidrig seien und wies die Berufung im Übrigen zurück.

S. a. *SG Düsseldorf, Urt. v. 27.09.2001 – S 4 KR 170/98 –* www.sozialgerichtsbarkeit.de (Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen – L 16 KR 26/02 -); zur Durchführung einer autologen Chondrozytentransplantation (ACT) s. RID 04-02-B II 2.

5. STATIONÄRE REHABILITATION UND ERREICHBARES REHABILITATIONSZIEL

LSG Brandenburg, Urt. v. 09.03.2005 – L 24 KR 57/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-104

Ambulante Krankenhausbehandlung, stationäre Rehabilitation

SGB V §§ 11 II, 27 I 2 Nr. 6, 40

Eine stationäre Rehabilitation darf nicht bewilligt werden, wenn diese keine hinreichende Wahrscheinlichkeit dafür bietet, dass das Rehabilitationsziel erreicht werden kann. Ist dieses Ziel im konkreten Einzelfall nicht zu erreichen, ist die in Frage kommende Behandlungsmaßnahme unwirtschaftlich und darf deshalb nach § 12 I 2 SGB V nicht bewirkt werden.

SG Neuruppin, Urt. v. 23.10.2002 – S 9 KR 73/01 –, verurteilte die Bekl., d. Kl. eine stationäre Rehabilitation zu bewilligen; das *LSG* wies die Klage ab.

IV. BEHANDLUNG IM AUSLAND

1. EUGH: NOTWENDIGE BEHANDLUNG IN DRITTSTAAT

EuGH, Urt. v. 12.04.2005 – C-145/03 – www.curia.eu

RID 05-02-105

Der zuständige Träger, der mit der Ausstellung eines Formblatts E 111 oder E 112 darin eingewilligt hat, dass einer seiner Sozialversicherten eine medizinische Behandlung in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat erhält, ist an die während der Gültigkeitsdauer des Formblatts von vom Träger des Aufenthaltsmitgliedstaats autorisierten Ärzten getroffenen Feststellungen hinsichtlich der Erforderlichkeit einer dringenden lebensnotwendigen Behandlung sowie an die während desselben Zeitraums auf der Grundlage dieser Feststellungen und der augenblicklichen medizinischen Erkenntnisse getroffene Entscheidung dieser Ärzte, den Betroffenen in ein Krankenhaus eines anderen Staates zu verlegen, auch wenn es sich um einen Drittstaat handelt, gebunden. Jedoch ist in einem solchen Fall nach Art. 22 I Buchst. a Ziff. i und Buchst. c Ziff. i der Verordnung Nr. 1408/71 der Anspruch des Versicherten auf die für Rechnung des zuständigen Trägers erbrachten Sachleistungen von der Voraussetzung abhängig, dass der Träger des Aufenthaltsmitgliedstaats nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften gehalten ist, einer bei ihm versicherten Person die einer solchen Behandlung entsprechenden Sachleistungen zu erbringen.

2. ZAHNERSATZ-ANFERTIGUNG IN FRANKREICH OHNE HEIL- UND KOSTENPLAN

SG Gießen, Urt. v. 03.02.2005 – S 21 KR 207/04 –

RID 05-02-106

Frankreich, Kostenerstattung, Sachleistung, Zahnersatz, Zahnarzt, Heil- und Kostenplan

SGB V §§ 13 IV, 30 IV

Auch bei einer Behandlung im EU-Ausland ist vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan bei der Krankenkasse zur Genehmigung einzureichen. Dies galt auch bis Ende 2004 im Einklang mit der Rechtsprechung des EuGH.

Vgl. bereits *LSG Baden-Württemberg*, Urt. v. 14.09.2004 - L 11 KR 2808/03 - RID 05-01-139 (S. 62).

3. VERSORGUNG EINES RESIDENTEN MIT ZAHNERSATZ IN PORTUGAL

LSG Hamburg, Urt. v. 19.01.2005 – L 1 KR 94/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-107

EU, Residenz, Kostenerstattung, Krankenkasse, Inländer, Ausländer

SGB V § 13 IV

Ausgenommen von der Regelung, auch Leistungserbringer in anderen Staaten im Geltungsbereich der EU im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, sind sog. Residenten, d.h. diejenigen Versicherten, für die die inländische Krankenkasse in einem anderen Mitgliedstaat einen Pauschbetrag für die Krankenversorgung zahlt (§ 13 IV 1, letzter Halbsatz SGB V).

SG Hamburg, Urt. v. 27.05.2004 – S 32 KR 540/01 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. STATIONÄRE BEHANDLUNG IN ENGLAND: IMMUNOLOGISCHES THERAPIEVERFAHREN

SG Marburg, Urt. v. 22.02.2005. – S 6 KR 240/01 –

RID 05-02-108

Ausland, England, immunologisches Therapieverfahren, Umweltmedizin, Chemikaliensensibilität

SGB V §§ 13 IV, V, 18, 39 I

Die von einem Versicherten in England erstrebte stationäre Behandlung im Breakspear-Hospital wegen einer Chemikaliensensibilität kann im Bereich von neuen immunologischen Therapieverfahren in gleicher Weise in zugelassenen Einrichtungen der Bundesrepublik Deutschland erlangt werden.

5. METHODE DR. KOZIJAVKIN BEI MULTIPLER SKLEROSE

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 16.03.2005 – L 4 KR 17/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-109

Krankenversicherung, Auslandsbehandlung, Dr. Kozijavkin

SGB V §§ 16 I Nr. 1, 18

Es besteht kein Anspruch auf Übernahme der Kosten für eine Behandlung durch Dr. Kozijavkin in der Ukraine in den Jahren 1998 bis 2000. BSG, Urt. v. 14.02.2001 - B 1 KR 29/00 R - SozR 3-2500 § 18 Nr. 6 hat dies bereits für die Zeit bis 1999 entschieden. Die Behandlung von Multipler Sklerose mit der Methode Dr. Kozijavkin hat auch im Jahre 2000 nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprochen.

SG Hannover, Gerichtsbb. v. 20.12.2001 – S 2 KR 960/00 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Vgl. zuletzt *LSG Bayern*, Urt. v. 30.09.2004 – L 4 KR 104/02 - RID 05-01-137 u. *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.

V. ARZNEIMITTEL

Nach *BSG*, Urt. v. 18.05.2004 – B 1 KR 21/02 R – (Immucothel) BSGE = SozR 4-2500 § 31 Nr. 1 = GesR 2005, 27 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; nach *BSG*, Urt. v. 19.10.2004 – B 1 KR 27/02 R – (Photodynamische Therapie) hängt die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für eine Photodynamische Therapie mit Verteporfin wegen der Eigenart dieser Therapie im Grundsatz sowohl von einer deutschen

arzneimittelrechtlichen Zulassung ab als auch von einer Empfehlung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Im Ergebnis stehen allerdings beide Gesichtspunkte einem Anspruch dann nicht entgegen, wenn - wofür hier Einiges spricht - eine **sehr seltene Krankheit** vorliegen sollte, die sich wegen ihrer Seltenheit der systematischen wissenschaftlichen Untersuchung entzieht und für die deshalb keine wissenschaftlich auf ihre Wirkung überprüfte Behandlungsmethode zur Verfügung stehen kann.

Zur **Rspr.** zum **Off-Label-Use** s. zuletzt die ausf. Hinweise in **RID 03-03-B IV 1**; aus der **Instanzenpraxis** vgl. zuletzt RID 05-01-B V 1 (S. 62 f.), RID 04-04-B V (S. 52 f.), RID 04-03-B V 1 (S. 45 f.), RID 04-02-B IV 1 (S. 73 f.) und RID 04-01-B IV 2 (S. 63 ff.).

1. OFF-LABEL-USE: TOMUDEX („RALITREXED“)

LSG Hamburg, Urt. v. 15.12.2004 – L 1 KR 95/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-110

Revision anhängig: B 1 KR 7/05 R

Medikament, Chemotherapie, Tomudex, Ralitrexed, Off-Label-Use

SGB V §§ 2 I, 12 I, 13 II, III, 27 I 2 Nr. 3, 31 I

Ein in Deutschland nicht zugelassenes Medikament kann nicht zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden (vgl. BSG 18.5.2004 - B 1 KR 21/02 R -).

Bei der 1947 geb. Kl. wurde nach einer Darmkrebsoperation im Juli 2002 zuerst das Mittel "5FU" (Fluoruracil) zur Chemotherapie angewendet. Dieses Mittel musste jedoch abgesetzt werden, nachdem koronarspastische Nebenwirkungen aufgetreten waren. Daraufhin beantragte der Internist/Onkologe Dr. H. bei der Bekl. im August 2002 die Fortsetzung der adjuvanten Chemotherapie der Klägerin mit dem in Deutschland nicht zugelassenen Medikament Tomudex. Es gebe hierzu keine Behandlungsalternative. Die Kl. wurde ab 19.08.2002 bis zum 24.02.2003 mit acht Einheiten des Medikaments Tomudex behandelt (Gesamtkosten 8.320,59 Euro). Mit Bescheid v. 10.09.2002 lehnte die Bekl. eine Kostenübernahme ab, weil die Kriterien des sog. Off-Label-Use nicht erfüllt seien. **SG Hamburg, Urt. v. 17.05.2004 – S 28 KR 440/03 –** wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. BEHANDLUNG MIT NICHT ZUGELASSENEM ARZNEIMITTEL ("SEROSTIM")

LSG Hessen, Beschl. v. 13.04.2005 – L 8 KR 38/05 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-111

Importarzneimittel, Serostim, Therapieversuch

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

Geht es um einen zeitlich begrenzten Therapieversuch, um schwerwiegende und irreversible gesundheitliche Beeinträchtigungen abzuwenden, so ist im Rahmen einer summarischen Prüfung auf eine Folgenabwägung abzustellen.

Die für Deutschland fehlende Verkehrsfähigkeit des Medikaments "Serostim" schließt einen Therapieversuch nicht aus, weil die unmittelbare Anwendung am Patienten keine Abgabe (eines Medikaments) im Sinne des AMG darstellt. Der einzelne Arzt ist weder arzneimittelrechtlich noch berufsrechtlich gehindert, bei seinen Patienten auf eigene Verantwortung ein auf dem Markt verfügbares Arzneimittel für eine Therapie einzusetzen (BSG, Urt. v. 19.03.2002 – B 1 KR 37/00 R - SozR 3-2500 § 31 Nr. 8).

Der 1958 geb. Ast. wird seit 1990 wegen eines weit fortgeschrittenen Immundefektes bei HIV-Infektion antiretroviral behandelt, was aber zu einer zunehmenden Fettumverteilungsstörung (Lipodystrophie) führte. Einen Therapieversuch für die Dauer von drei Monaten mit "Serostim" lehnte die Ag. ab. Dieses Präparat ist in den USA zur Behandlung des "AIDS-Wasting-Syndroms" zugelassen. Die zuständige Fachkommission der Europäischen Zulassungsbehörde EMEA hat eine Zulassung nicht empfohlen. In Deutschland fehlt deshalb eine Zulassung. **SG Wiesbaden, Beschl. v. 24.02.2005 – S 2 KR 20/05 ER –** wies den Antrag auf vorläufigen Rechtsschutz ab, das **LSG** verpflichtete die Antrags- und Beschwerdegegnerin unter Aufhebung des Ablehnungsbescheids, die Kosten für einen Therapieversuch mit "Serostim" für die Dauer von drei Monaten zu übernehmen.

3. FEHLENDE ZULASSUNG/NEUE BEHANDLUNGSMETHODE (RECANCOSTAT COMP.)

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 15.02.2005 – L 4 KR 44/01 – www.landessozialgericht.niedersachsen.de **RID 05-02-112**

Arzneimittel, Fertigarzneimittel, Recancostat, Recancostat Kapseln, Recancostat comp., Rezepturarzneimittel, Verkehrsfähigkeit, arzneimittelrechtliche Zulassung

SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 21 I, 27 I; AMG § 4 I

Leitsätze:

1. Das Präparat Recancostat comp. ist ein Fertigarzneimittel.

2. Die Behandlung mit dem Präparat Recancostat comp. als neue Behandlungsmethode entspricht nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse im Sinne des § 2 I 3 SGB V.
3. Die gesetzlichen Krankenkassen sind nicht verpflichtet, den Versicherten das Präparat Recancostat comp. zu gewähren.

SG Osnabrück, Gerichtsb. v. 30.01.2001 – S 3 KR 97/97 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. LORENZO'S ÖL: PLANWIDRIGE LÜCKE IN DEN AMR

SG Aurich, Urt. v. 08.02.2005 – S 8 KR 84/04 – www.landessozialgericht.niedersachsen.de

RID 05-02-113

Arzneimittel, Lebensmittel, Lorenzo's Öl, Nahrungsergänzungsmittel

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 31 I 2; AMR Nr. 17.1

Lorenzo's Öl ist kein Arzneimittel, sondern ein Nahrungsergänzungsmittel. Der Ausschluss von Lorenzo's Öl aus der AMR ist eine planwidrige Lücke. Patienten mit Adrenomyeloneuropathie haben Anspruch auf "Lorenzo's Öl". Die Krankenkassen müssen für die Kosten der unter diesem Namen bekannten Spezialöle Glycerol-Triolet und Glycerol-Trierucat aufkommen.

Vgl. zuletzt *SG Marburg*, Urt. v. 18.11.2003 – S 6 KR 626/02 – RID 04-02-181 (Rezepturarzneimittel); *SG Augsburg*, Urt. v. 16.04.2003 – S 12 KR 63/02 – RID 04-01-144 lehnt einen Versorgungsanspruch ab.

Zur **Abgrenzung Arzneimittel/Nahrungsergänzungsmittel** s. a. *Generalanwalt EuGH*, Antrag v. 03.02.2005 – C-211, 299, 316, 317 u. 318/03 – RID 05-02-204 u. *OVG Niedersachsen*, Urt. v. 08.07.2004 – 11 ME 12/04 – RID 05-02-205.

5. ANTHROPOSOPHISCHES MISTEL-PRÄPARAT (HELIXOR A)

SG Düsseldorf, Urt. v. 01.03.2005 – S 8 KR 321/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-114

Berufung anhängig: L 5 KR 27/05

Arzneimittel, Helixor A, Mistel-Präparat, Anthroposophie, anthroposophisches Arzneimittel

SGB V §§ 2 I 2, 27, 31, 34 I 1; AMR Ziff. 16.4.27, 16.5

Das Arzneimittel Helixor A ist nicht gem. § 34 I 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen. Das nicht verschreibungspflichtige anthroposophische Mistel-Präparat kann gem. Ziff. 16.5 i.V.m. 16.4.27 AMR zur Behandlung eines malignen Tumors eingesetzt werden, auch wenn es nicht im Rahmen einer palliativen Therapie erfolgt. Eine Einschränkung des Anwendungsgebietes eines anthroposophischen Arzneimittels (hier: Anwendung bei allen Geschwulsterkrankungen) auf das eingeschränkte Zulassungsgebiet der schulmedizinischen Mistel-Präparate (nur in der palliativen Therapie) würde zu einer zulassungswidersprechenden Einschränkung des anthroposophischen Anwendungsgebietes führen.

Das *SG* verurteilte die Bekl., die Versorgung der Kl. mit dem Arzneimittel Helixor A sicherzustellen und die verauslagten Kosten in Höhe von 183,70 Euro zu erstatten.

6. KEIN ARZNEIMITTEL FÜR EREKILE DYSFUNKTION AB 2004

BSG, Urt. v. 10.05.2005 – B 1 KR 25/03 R – hat inzwischen entschieden, dass der Gesetzgeber durch das GMG auch Viagra ab 2004 aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen hat.

Vgl. zuletzt RID 05-01-B V 2 (S. 63); *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).

A) VIRIDAL - SKAT

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 03.03.2005 – L 5 KR 169/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-115

Viridal, erektile Dysfunktion, Schwellkörper-Auto-Injektionstherapie, SKAT

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 31 I, 34 I 8; GG Art. 2 II

Auf eine Versorgung mit dem Arzneimittel Viridal nach dem 01.01.2004 besteht kein Anspruch. § 34 I 8 SGB V schließt Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion dienen, von der Versorgung aus. Solche Arzneimittel sind damit nicht mehr Gegenstand des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung. Zu diesen Medikamenten zählt auch das zur Behandlung der erektilen Dysfunktion zugelassene Viridal (s. a. Anlage 8 der Arzneimittel-Richtlinien in der Fassung vom 16.3.2004, BAnz. Nr. 77 vom 23.4.2004, geändert durch Beschluss vom 15.7.2004, BAnz. Nr. 156 vom 20.8.2004). Der Ausschluss steht auch mit Verfassungsrecht in Einklang.

SG Detmold, Urt. v. 23.09.2004 – S 3 (11) KR 59/04 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

B) PDE-5-HEMMER (VIAGRA, CIALIS)

SG Dortmund, Urt. v. 03.03.2005 – S 40 KR 402/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-116

Viagra, Cialis, PDE-5-Hemmer, erektile Dysfunktion

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 31 I, 34 I 8

Ein Anspruch auf Versorgung mit PDE-5-Hemmern (Viagra, Cialis) besteht nicht, auch nicht aus den §§ 27 I Nr. 3, 31 SGB V. Gem. § 34 I 7 SGB V sind von der Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung Arzneimittel ausgeschlossen, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht. Insbesondere gilt dies nach Satz 8 dieser Vorschrift für Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion dienen.

C) CAVERJECT 20

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 24.02.2005 – L 16 KR 313/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-117

Revision anhängig: B 1 KR 10/05 R

Caverject 20, erektile Dysfunktion, Schwellkörper-Autoinjektions-Therapie, SKAT

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 31 I, 34 I 8

§ 34 I 7, 8 SGB V schließt u. a. Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion dienen, seit 01.01.2004 von der Versorgung aus. Danach sind von der Versorgung außerdem Arzneimittel ausgeschlossen, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht. Ausgeschlossen sind nach S. 8 der Vorschrift insbesondere Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen. Zu den ausgeschlossenen Arzneimitteln zählt auch Caverject 20, das im Rahmen einer Schwellkörper-Autoinjektions-Therapie (SKAT) Anwendung findet. Ein Verstoß gegen Verfassungsrecht ist nicht ersichtlich.

SG Köln, Urt. v. 19.10.2004 – S 26 KR 725/04 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

7. SILDENAFIL (VIAGRA) – RECHTSLAGE BIS 2003

BSG, Urt. v. 10.05.2005 – B 1 KR 28/04 R – hat inzwischen entschieden, dass zur Behandlung der erektilen Dysfunktion bis Ende 2003 ein Anspruch auf das europaweit zugelassene, verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel Viagra bestand; **Nr. 17.1 Buchst f AMR** war **unwirksam**, denn der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hatte damit seinen ihm im Bereich des Wirtschaftlichkeitsgebotes zustehenden Beurteilungsspielraum überschritten.

Viagra, erektile Dysfunktion, insulinpflichtiger Diabetes mellitus

SGB V §§ 27 I 1, I 2 Nr. 3, 31 I, 92 I 2 Nr. 6; AMRL Fassung: 3. August 1998 Nr. 17.1 Buchst f

LSG Berlin, Urt. v. 25.08.2004 – L 9 KR 130/02 – juris

RID 05-02-118

Revision der Bekl. zurückgewiesen, BSG, Urt. v. 10.05.2005 – B 1 KR 28/04 R -

Bei einer **erektilen Dysfunktion**, die im Zusammenhang mit einer **multiplen Sklerose** steht, liegt eine behandlungsbedürftige Krankheit vor.

Die Regelung der Nr. 17.1 Buchst f der **Arzneimittel-Richtlinien** steht einer Versorgung mit dem Medikament Viagra nicht entgegen.

3. Der Versorgung mit Viagra steht auch nicht entgegen, dass es in Zusammenhang mit der Einnahme dieses Medikaments bei anderen Patienten zu erheblichen **Nebenwirkungen** gekommen sein könnte. Ebenso wenig kann eine Krankenkasse sich darauf berufen, dass eine Linderung der Beschwerden des Versicherten möglicherweise durch sonstige Erektionshilfssysteme oder z. B. Beckenbodengymnastik erzielt werden kann.

SG Berlin, Urt. v. 25.06.2002 – S 82 KR 1152/00 – www.sozialgerichtsbarkeit.de gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück.

LSG Berlin, Urt. v. 15.12.2004 – L 9 KR 101/02 – juris (Os.)

RID 05-02-119

Revision anhängig: B 1 KR 1/05 R – Termin am 10.05.2005

Bei einer **erektilen Dysfunktion**, die infolge des **Diabetes mellitus** auftritt, liegt eine behandlungsbedürftige Krankheit vor.

SG Berlin, Urt. v. 11.06.2002 – S 81 KR 1994/01 –

8. RITALIN/EINSTWEILIGE ANORDNUNG: VERWEIS AUF UNTERHALTSANSPRUCH

LSG Berlin, Beschl. v. 04.11.2004 – L 9 B 190/04 KR ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-120

Off-Label-Use, Arzneimittel, Ritalin,

SGB V § 31 I; SGG § 86b II; GG Art 2 II 2, 20 III; AMG 1976 § 21

Hier bestehen bereits Zweifel, ob die die Ast. zweifelsohne in ihrer Lebensführung beeinträchtigende Erkrankung tatsächlich derart schwerwiegend ist, dass es ihr unzumutbar wäre, die Behandlung mit einem methylphenidathaltigen Medikament jedenfalls vorübergehend bis zum Abschluss der Hauptverhandlung zu unterbrechen.

Steht einer Ast. ein Unterhaltsanspruch gegen ihre Eltern zu, der sich auch auf krankheitsbedingte Mehrkosten z.B. für die Beschaffung eines dringend benötigten Medikaments (hier: Kosten von etwa 80 € im Monat) erstreckt, so besteht kein Anordnungsgrund für den Erlass einer einstweiligen Anordnung.

SG Berlin, Beschl. v. 04.08.2004 – S 86 KR 1163/04 ER – verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, die Ast. nach ärztlicher Verordnung mit dem Medikament RITALIN® 10 mg Tabletten oder einem wirkstoffgleichen Medikament bis zur Entscheidung des erkennenden Gerichts in der Hauptsache zu versorgen. Das *LSG* lehnte den Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

Zu Ritalin bei ADHS im Erwachsenenalter s. *LSG Berlin*, Beschl. v. 02.04.2004 – L 9 B 43/04 KR ER - RID 04-03-111.

9. LICHTSCHUTZPRÄPARAT BEI SCHWERWIEGENDER HAUTERKRANKUNG

SG Dortmund, Urt. v. 17.03.2005 – S 44 KR 6/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-121

Lichtschutzpräparat, Daylong 25 ultra, Sonnenschutzmittel, Arzneimittel

SGB V §§ 27 I, 31 I 1, 32, 33; GG Art. 3 I, 20 I

Ein Anspruch auf Versorgung mit dem Lichtschutzpräparat "Daylong 25 ultra", aber auch mit einem Sonnenschutzmittel mit einem höheren Sonnenschutzfaktor besteht selbst dann nach geltendem Recht nicht, wenn eine schwerwiegende Erkrankung deren permanente Verwendung erforderlich macht, da es sich nicht um ein Arzneimittel i.S.d. § 31 I 1 SGB V handelt. Die AMR enthalten keine Ausnahmeregelungen für Lichtschutzmittel. Ein Anspruch kann auch nicht auf das in Art. 20 I GG verankerte Sozialstaatsgebot oder auf Art. 3 I GG gestützt werden.

Der 1983 geb. Kl. leidet an der Hauterkrankung Xeroderma pigmentosum und befindet sich deswegen seit 1988 in kontinuierlicher ärztlicher Behandlung. Bei der **Xeroderma pigmentosum** handelt es sich um eine seltene genetisch bedingte Erbkrankheit, die auf einer Überempfindlichkeit der Haut gegenüber ultravioletten Strahlen beruht. Charakteristisch für die Erkrankung ist das Auftreten von Sonnenbränden schon nach sehr kurzen Sonnenlichtexpositionen. Eine Heilung der Erkrankung ist bisher nicht möglich. Die Therapiemaßnahmen beschränken sich bisher auf die Vermeidung von Sonneneinwirkung sowie eine frühzeitige Diagnose und Therapie bösartiger Tumore. Bei mehr als zwei Dritteln der Betroffenen verläuft die Erkrankung bereits im Kindesalter tödlich. Da die Betroffenen jeden Kontakt mit Sonnenlicht meiden müssen und andererseits vom Mondlicht keine Gefährdung ausgeht, so dass die Betroffenen zumindest nach dem Sonnenuntergang ins Freie können, spricht man auch von Mondscheinkindern. In Deutschland leben schätzungsweise 90 Betroffene (Quelle: www.m-ww.de/Krankheiten). Der Kl. trug u.a. vor, wegen einer Verschlechterung seines Gesundheitszustandes nunmehr ein Lichtschutzmittel mit einem Sonnenschutzfaktor von 60 zu benötigen und hierfür bereits in den Wintermonaten etwa 80 EUR aufwenden zu müssen, ohne dass ihm adäquate Einkünfte zur Verfügung stünden. Das *SG* wies die Klage ab.

10. SONDENNAHRUNG (KRANKENKOSTPRÄPARAT FRESUBIN) OHNE SONDE

SG Aachen, Urt. v. 19.04.2005 – S 13 KR 21/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-122

Sondennahrung, Arzneimittel, Krankenkostpräparat Fresubin

SGB V §§ 13 III, 31 I

Trink- und Sondennahrung ist kein apothekenpflichtiges Arzneimittel. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in den AMR festzulegen, in welchen medizinischen notwendigen Fällen Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung ausnahmsweise in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen werden.

Die Versorgung mit dem Krankenkostpräparat Fresubin ist bei bestehenden Schluckstörungen bei ausgeprägter radiogener Xerostomie medizinisch zwingend indiziert.

Die in den Begriff "Sondennahrung" hineingelesene begriffliche Einschränkung, wonach die Applikation über eine Sonde Voraussetzung für die Verordnungsfähigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung sein soll, lässt sich weder dem Wortlaut noch dem Sinn und Zweck der Regelung entnehmen (vgl. dazu ausführlich: LSG, Urt. v. 11.07.2002 – L 2 KN 159/99 KR).

Zum Verhältnis Hersteller von Sondennahrung zur Krankenkasse s. *SG Frankfurt a. M.*, Beschl. v. 09.11.2004 – S 20 KR 3073/04 ER - RID 05-01-176.

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.

1. FESTBETRAGSFESTSETZUNG FÜR HÖRGERÄTE

A) NUR ANFECHTUNGSKLAGE GEGEN DIE ALLGEMEINVERFÜGUNG

LSG Bayern, Urt. v. 11.11.2004 – L 4 KR 282/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-123

Festbetrag, Allgemeinverfügung, Hörgerät

SGB V §§ 12 II, 33 I 1, II 1, 36; SGB IX § 31 I

Ein Mangel in der Festbetragsfestsetzung ist durch Anfechtungsklage gegen die Allgemeinverfügung zu rügen.

SG München, Urt. v. 29.07.2003 – S 44 KR 716/01 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Zur Rspr. des *BSG* zur Festbetragsfestsetzung s. die Hinweise unter B X „Beziehungen zu Leistungserbringern

B) AUSREICHENDES HÖRVERMÖGEN OBJEKTIVIERBAR

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 08.03.2005 - L 11 KR 1913/04 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-124

Revision anhängig: B 3 KR 10/05 R

Festbetrag, Hörgerät, Kugel- und Richtmikrophon

SGB V §§ 12 II, 33 I 1, II 1, 36, 127 II 3; SGB IX § 31 I

Ist für ein Hilfsmittel ein **Festbetrag** festgesetzt, so sind damit grundsätzlich **weitergehende Kostenerstattungsansprüche** des Versicherten **ausgeschlossen**. Kann eine schwere Hörminderung durch Geräte der Festbetragsgruppe ausreichend ausgeglichen werden, d.h. dass zumindest ein Hörvermögen von 80 % erreicht wird, so ist eine ausreichende Versorgung möglich. Ein Anspruch auf ein höherwertiges Hilfsmittel, weil dieses nach Eindruck des Versicherten ein natürlicheres Klangbild gibt, besteht nicht. Den Mehrbetrag hat der Versicherte selbst zu zahlen.

Auf ein Hörgerät mit umschaltbarem **Kugel- und Richtmikrophon** ist dann nicht erforderlich, wenn eine kombinierte Hör- und Sehinderung durch eine beidohrige Hörgeräteversorgung ausgeglichen werden kann. Eine Verbesserung des Hörens auf gesellschaftlicher Ebene sowie im Freizeitbereich, d.h. die durch die automatische Schaltfunktion erleichterte Kommunikation, reicht für eine weitere Leistungsverpflichtung nicht aus, denn sie überschreitet das Maß des Notwendigen (BSG SozR 3 - 2500 § 33 Nr. 34).

SG Heilbronn, Urt. v. 08.03.2004 - S 9 KR 2534/02 – verurteilte die Bkl., dem Kläger weitere 3.400,29 EUR zu bezahlen. Zur Begründung wurde ausgeführt, durch die Festbetragsregelung könne der Anspruch des Kl. auf ein hochwertiges Hörgerät nicht eingeschränkt werden, denn er sei aufgrund der komplexen Erkrankung auf ein Hörgerät, das mit der Möglichkeit des schnellen Umschaltens zwischen einem Kugel- und Richtmikrophon ausgestattet sei, angewiesen. Ein solches Hörgerät versetze den Träger in die Lage, schnell auf geänderte Umweltsituationen zu reagieren und die Vorteile eines Kugel- und Richtmikrophons ausnützen zu können, um sich so vor allem im öffentlichen Straßenverkehr halbwegs sicher fortzubewegen. Das habe auch das Hörstudio T. bescheinigt, wonach das gewählte Hörgerät die notwendige Verkehrssicherheit und Mobilität sichere. Von der Festbetragsregelung würden aber Hörgeräte, die mit der Multi-Mikrophon-Technologie ausgestattet seien, nicht erfasst. Da für ein solches Hilfsmittel auch keine vertraglich vereinbarten Preise vorlägen, müsse ihn die Bkl.

im Wege der Sachleistung mit dem beantragten Mikrophon versorgen. Da sie dies aber zu Unrecht abgelehnt habe, wandle sich der Sachleistungsanspruch in Folge einer verschuldensunabhängigen Garantiehaftung der Beklagten in einen Kostenerstattungsanspruch um. Das **LSG** wies die Klage ab.

C) VOLLE KOSTENERSTATTUNG BEI UNZUREICHENDER VERSORGUNG

SG Hamburg, Urt. v. .06.05.2005 – S 32 KR 666/01 – juris

RID 05-02-125

Festbetrag, Hörgerät, Hörgeräteversorgung, Kostenerstattung

SGB V §§ 12 I, 13 III, 33 I 1, II 1, 36

Leitsatz:

Kann der Versicherte die im Einzelfall erforderliche Hörgeräteversorgung nicht erhalten, weil es ausgeschlossen ist, diese Hörgeräteversorgung für den festgesetzten Festbetrag zu erhalten und ist aufgrund dessen auch im allgemeinen eine ausreichende Hörgeräteversorgung nicht gewährleistet, so kann der Versicherte die volle Kostenerstattung verlangen.

2. ROLLSTUHL-FAHRRADKOMBINATION (SPEEDY-TANDEM)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 27.01.2005 – L 16 KR 137/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-126

Revision anhängig: B 3 KR 8/05

Rollstuhl-Fahrradkombination, Speedy-Tandem, sozialer Rechte

SGB V § 33 I 1; SGB I § 2 II; SGB IX § 9 I 3

Besteht bei einem Kind aufgrund eines frühkindlichen Hirnschadens eine Steh- und Gehunfähigkeit, eine tiefgreifende Empfindungsstörung mit autistischen Zügen, infolgedessen der Kontakt zu Mitmenschen und zur Umwelt nur sehr eingeschränkt möglich ist, und ist es auf basale Kommunikationswege - Wahrnehmung von Bewegung, Berührung und Geräuschen – angewiesen, so besteht ein Anspruch auf ein Speedy-Tandem, da dieses die Wahrnehmungen fördert und zu einer Verbesserung des Kontakts der Kl. zur Schwester und Eltern führt.

Angesichts des in § 2 II SGB I enthaltenen Sicherstellungsgrundsatzes der möglichst weitgehenden Verwirklichung sozialer Rechte, an den auch der 3. Senat des BSG in anderem Zusammenhang angeknüpft hat (Anspruch auf häusliche Krankenpflege außerhalb des Wohnbereichs, vgl. BSG SozR 3-2500 § 37 Nr. 5 S. 32), ist kein Grund ersichtlich, die Versorgungsansprüche schwerstbehinderter Kinder mit Hilfsmitteln restriktiv zu handhaben. Inwieweit Entsprechendes auch aus § 9 I 3 SGB IX folgt, kann dahinstehen (vgl. auch BSG SozR 3-2500 § 33 Nr. 44 S. 250).

Die 1992 geb. Kl. leidet infolge eines frühkindlichen Hirnschadens an einer erheblichen geistigen Behinderung mit Steh- und Gehunfähigkeit bei Paraspastik der Beine und generalisierter Muskelatrophie, Harn- und Stuhlinkontinenz sowie an Blindheit grenzender Einschränkung des Sehvermögens. Sie ist u. a. mit einem Rehauggy, einem Rollstuhl und einem Autokindersitz mit Rückhaltesystem versorgt und bezieht Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung nach Pflegestufe III. Sie lebt mit ihren Eltern und einer heute 16-jährigen Schwester in einem Haushalt. Die Kostenübernahme für ein ärztlich verordnetes Speedy-Tandem (speziell ausgerüstetes Fahrrad, an welches mittels einer über eine Stange geführten Kupplung der Rollstuhl angekoppelt wird) wies d. Bekl. ab. **SG Detmold, Urt. v. 29.04.2003 – S 11 KR 138/01 –** wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., den Eltern der Kl. 2.449,99 Euro zu erstatten.

3. ELEKTOROLLSTUHL

SG Münster, Urt. v. 31.08.2004. – S 11 KR 2/03 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-127

Elektorollstuhl, Eigengefährdung, Fremdgefährdung, Aufsichtsperson

SGB V § 33 I 1

Kann eine Eigen- bzw. Fremdgefährdung ausgeschlossen werden, so besteht ein Anspruch auf Versorgung mit einem Elektorollstuhl. Aber selbst dann, wenn eine Aufsichtsperson nötig sein sollte, stellt die Möglichkeit, sich überhaupt eigeninitiativ bewegen zu können, im Falle des Klägers einen derartig massiven Zugewinn an Mobilität dar, dass auch die Notwendigkeit der Anwesenheit einer Aufsichtsperson nicht anspruchsvernichtend wäre. Auch wenn E-Rollstühle für die Teilnahme am Straßenverkehr entwickelt wurden, bzw. gedacht sind, ist dem Gesetz nicht zu entnehmen, dass Verkehrstauglichkeit auch dann zwingende Anspruchsvoraussetzung ist, wenn der Zugewinn an Mobilität außerhalb des Straßenverkehrs bereits derart massiv ist.

Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kosten für einen Elektorollstuhl mit Kopfsteuerung und statischer Sitzschale zu übernehmen.

4. DUSCH-/TOILETTEROLLSTUHL

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 15.03.2005 – L 5 KR 105/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-128

Duschrollstuhl, Toilettenrollstuhl, Grundbedürfnis

SGB V § 33 I 1

Ein Versicherter hat keinen Anspruch auf Versorgung mit einem Dusch-/Toilettenrollstuhl. Dies gilt jedenfalls dann, wenn durch dieses Hilfsmittel es dem Versicherten nur in sehr eingeschränktem Maße ermöglicht wird, dem Grundbedürfnis, sich selbst waschen und pflegen zu können, nachzukommen und sehr wesentliche Bereiche weiterhin von den Pflegekräften vorgenommen werden müssen.

SG Schleswig, Urt. v. 28.10.2003 – S 8 KR 94/01 – gab der Klage statt, das *LSG* wies die Klage ab.

5. HEBEPLATTFORM (HEBEBÜHNE)

LSG Saarland, Urt. v. 07.10.2004 – L 4 KN 42/03 KR – juris

RID 05-02-129

Krankenversicherung, Hilfsmittel, mobile Hebeplattform, Außenbereich, Rollstuhl

SGB V §§ 33

Leitsatz:

Es besteht kein Anspruch eines Versicherten gegen die Krankenkasse auf Zurverfügungstellung einer mobilen Hebeplattform (Hebebühne) für den Außenbereich gemäß § 33 SGB 5, wenn dieses Hilfsmittel nicht geeignet ist, einen Ausgleich für Körperfunktionen zu schaffen.

SG für das Saarland, Urt. v. 15.09.2003 – S 24 KN 25/03 KR – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

6. LESE-SPRECH-GERÄT MIT EINER 40-ZEILIGEN BRAILLE-ZEILE

LSG Hamburg, Urt. v. 16.02.2005 – L 1 KR 18/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-130

Lese-Sprech-Gerät, Braille-Zeile, Behinderungsausgleich

SGB V § 33 I 1

Eine Braille-Zeile stellte ein "anderes Hilfsmittel" iSd § 33 I 1 SGB V dar, das eine Behinderung ausgleichen kann. Es ist von den Krankenkassen als Behinderungsausgleich grundsätzlich allen blinden Versicherten zur Verfügung zu stellen, die über einen häuslichen PC verfügen und diesen selbst bedienen können, wenn sie zur Befriedigung ihres allgemeinen Grundbedürfnisses auf Information Schriftstücke und Texte mit Hilfe der Braille-Zeile "lesen" möchten, die von einem Lese-Sprech-Gerät nicht, unzulänglich oder nur mit unzumutbarem Aufwand erfasst und in verständliche Sprache umgesetzt werden können (vgl. BSG, Urt. v. 16.04. 1998 - B 3 KR 6/97 R – SozR 3-2500 § 33 Nr. 26; v. 21.11.2002 - B 3 KR 4/02 R - ZfS 2003, 146). Die heutzutage auf dem Markt befindlichen Lese-Sprech-Geräte sind nicht so ausgereift und technisch vervollkommen, dass die früher zu verzeichnende Schwächen dieser Geräte ganz oder nahezu vollständig beseitigt worden und dadurch Braille-Zeilen insoweit überflüssig geworden wären.

SG Hamburg, Urt. v. 10.01.2003 – S 37 KR 132/01 – gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung der Bekl. mit der Maßgabe zurück, dass die Bekl. die Kl. mit einem Lese-Sprech-Gerät mit 40-zeiliger Braille-Zeile auszustatten hat, sobald die Kl. über einen entsprechenden häuslichen Rechner verfügt.

7. THERAPIETISCH FÜR DURCHFÜHRUNG HÄUSLICHER VOJTATHERAPIE

SG München, Urt. v. 22.04.2004 – S 18 KR 557/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-131

Therapietisch, Vojtathérapie

SGB V § 33 I

Eine Versicherte, der eine höhenverstellbaren und gepolsteten Therapietisch für die Durchführung der häuslichen Vojtathérapie benötigt, um ergonomischen Gesichtspunkten sowohl für sie als auch die behandelnden Eltern Rechnung zu tragen, hat einen Anspruch auf Kostenübernahme gegenüber der Krankenkasse.

8. MOTORGETRIEBENER FEDERHOLZ-LATTENROST

LSG Niedersachsen-Bremen, B. v. 21.02.2005 – L 4 KR 138/03 – www.landessozialgericht.niedersachsen.de **RID 05-02-132**
Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens, Hilfsmittel, Lattenrost, motorgetriebener Federholz-Lattenrost
SGB V § 33 I 1

Leitsatz:

Ein motorgetriebener Federholz-Lattenrost ist ein Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens und deshalb kein Hilfsmittel im Sinne des § 33 Abs 1 Satz 1 SGB V.

SG Stade, Urt. v. 23.05.2003 – S 1 KR 144/00 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

VII. HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE

1. RECHTSWIDRIGER LEISTUNGSAUSSCHLUSS DURCH RICHTLINIE (EINMALKATHETERISIERUNG)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 17.03.2005 – L 16 KR 99/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-02-133**
Revision zugelassen

Einmalkatheterisierung, Dauerkatheter, Kind, Pflegeversicherung, Behandlungspflege, Grundpflege
SGB V §§ 13 III, 37 II, 92 I 2 Nr. 6, VII

Die Versorgung mit einem **transurethralem Dauerkatheter** stellt keine ausreichende und damit wirtschaftlichere Versorgung i.S.d. §§ 12 I 1, 27 I 1 SGB V dar. Das Einbringen eines transurethralen Dauerkatheters beinhaltet die Gefahr einer bakteriellen Verunreinigung und infolgedessen die Entstehung chronischer, schwer behandelbarer Entzündungen. Das Risiko einer Harnwegsinfektion mit der Gefahr eines Nierenversagens ist insbesondere einem **Kind** nicht zumutbar, so dass die Einmalkatheterisierung hier die ausschließliche Versorgungsmöglichkeit darstellt.

Ein **Vorrang der Pflegeversicherung** kommt nicht in Betracht, wenn die Versicherte keine Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung beanspruchen kann.

Die **Richtlinie des Bundesausschusses** der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von "häuslicher Krankenpflege" ist, soweit sie notwendige Behandlungsmaßnahmen ausschließt, wegen Verstoßes gegen die Ermächtigungsgrundlage des § 92 I 2 Nr. 6, VII SGB V unwirksam.

Die 1995 geb. Kl. leidet an einer lumbalen Spina bifida mit Blasenentleerungsstörung. Die Blasenentleerung erfolgt mittels Einmalkatheterisierung durch die Mutter im streitigen Zeitraum (Juli bis Okt. 2001). Für die Dauer des Kindergartenbesuchs bewilligte die Bekl. bis zum 30.06.2001 einmal täglich eine Katheterisierung, eine weitere Übernahme der Kosten lehnte sie ab, weil die Leistung nicht im Haushalt der Familie erbracht. Die Bekl. hat aufgrund BSG, Urt. v. 21.11.2002 - B 3 KR 13/02 R - SozR 3-2500 § 37 Nr. 5 zwar eingeräumt, dass häusliche Krankenpflege auch während des Kindergartenbesuchs zu ihren Lasten erbracht werden könne, sie hat sich nunmehr aber darauf berufen, dass die entsprechende Leistung durch die Richtlinie des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden dürfe. *SG Detmold*, Urt. v. 18.02.2004 – S 5 (16) KR 89/01 – verurteile zur Freistellung von den Kosten. Der vom Senat beigelegene **Gemeinsame Bundesausschuss** vertritt die **Ansicht**, dass aufgrund seiner Richtlinie die intermittierende Einmalkatheterisierung nicht zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zähle. Sie sei lediglich in Notsituationen mit akutem Harnverhalt oder bei anderen chronischen Erkrankungen der Harnblase medizinisch geboten. In diesen Fällen erscheine es jedoch sachgerecht, die Einmalkatheterisierung nicht zum Gegenstand der häuslichen Krankenpflege zu machen, weil in Notfällen der behandelnde Arzt die Katheterisierung vorzunehmen habe und bei chronischen Störungen der Patient oder eine in seinem Haushalt lebende Person in der Durchführung der Katheterisierung geschult werde. Bei Personen, denen dieses nicht möglich sei, stünde eine Versorgung mittels transurethralem Dauerkatheter zur Verfügung. Letzteres gelte auch für Kinder, bei denen regelmäßig davon auszugehen sei, dass sie mit dem Schulalter zur Erlernung des Gebrauchs des Katheters in der Lage seien und ansonsten mittels Dauerkatheter versorgt werden könnten. Der Senat hat eine **Auskunft von Dr. C** eingeholt, der bescheinigt hat, dass die Kl. sich nicht selbst habe katheterisieren können. Der Senat hat des Weiteren ein **Gutachten des Prof. Dr. H** von der Orthopädischen Universitätsklinik I beigezogen, das im Verfahren LSG NRW - L 5 KR 228/03 - in einem vergleichbaren Sachverhalt erstattet worden ist. Das *LSG* wies die Berufung der Bekl. mit der Maßgabe zurück, dass die Bekl. den Eltern der Kl. 1.118,- DM (= 571,72 Euro) zu erstatten hat.

Nach *LSG Bayern*, Urt. v. 28.10.2004 – L 4 KR 15/04 - RID 05-01-158 (Revision anhängig: B 3 KR 42/04 R) fällt ein Katheterisieren 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.

2. BEHANDLUNGSSICHERUNGSPFLEGE: BLUTZUCKERMESSUNG

LSG Bayern, Urt. v. 25.11.2004 – L 4 KR 97/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-134

Revision anhängig: B 3 KR 4/05 R

Blutzucker, Blutzuckerwert, Blutzuckerkontrolle, Neueinstellung, häusliche Krankenpflege

SGB V §§ 15 I, 27 I 2 Nr. 1, 28 I, 37 II, 92 I 2 Nr. 6, VII

Die Krankenpflege-RL mit den Leistungsbeschreibungen in deren Anlage sind bindendes Recht und konkretisieren den Leistungsanspruch des Versicherten auf Krankenbehandlung (vgl. bereits LSG Bayern, Urt. v. 30.09.2004 – L 4 KR 231/03 – RID 04-04-131).

Die Krankenpflege-RL regeln auch die Organisation der Krankenbehandlung, indem sie unter Abgrenzung von der ärztl. Behandlung (Arztmonopol) Delegationsmöglichkeiten vorsehen. Bei der Nichterfüllung der speziellen Leistungsvoraussetzungen für eine Maßnahme der häuslichen Krankenpflege scheidet eine Delegation der ärztl. Behandlung an Hilfskräfte aus. Die originäre Zuständigkeit des Vertragsarztes für die Krankenbehandlung bleibt aber bestehen. Die Blutzuckermessung ist – ungeachtet der Delegationsmöglichkeit auf Pflegekräfte – ein Teil der vertragsärztlichen Behandlung; sie ist als ärztl. Leistung in Form der Blutentnahme (ggf. im Rahmen eines Hausbesuches) und der Laboratoriumsuntersuchung (Nr.3722 EBM = glykierte Hämoglobine (z.B. HbA und/oder HbA 1c) vorgesehen.

Die Krankenpflege-Richtlinien sind mit höherrangigem Recht vereinbar. Erfüllt ein Versicherter die Voraussetzungen nach ihnen nicht, entsteht ihm dadurch kein Nachteil im Zusammenhang mit der Krankenbehandlung, da er weiterhin Anspruch auf die entsprechende ärztliche Behandlung hat, die unter Umständen als Hausbesuch zu erbringen ist.

Die Kl., geb. 1918, alleine lebend, hochgradig sehbehindert und Empfängerin von Blindengeld, erkrankt an einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus, beantragte am 02.04.2002 häusliche Krankenpflege. Die Bekl. lehnte die Kostenübernahme für die vom Pflegedienst durchzuführenden Blutzuckermessungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege ab. **SG München**, Urt. v. 11.03.2003 – S 11 KR 287/02 – verurteilt die Bekl., der Kl. die nachgewiesenen Aufwendungen für die seit 15.04.2002 beschafften Fremdleistungen zur täglichen Messung und Ausgleiche der Diabeteserkrankung entsprechend der ärztlichen Verordnung zu erstatten; es hat ferner festgestellt, dass die Bekl. zur Erbringung von Sachleistungen zur Krankenbehandlung der Diabeteserkrankung verpflichtet ist. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

Zur **Blutzuckerkontrolle** s. RID 04-04-B VIII 7 (S. 63 f.); zur **beschränkten Reichweite der Krankenpflege-Richtlinien** s. a. **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 08.07.2004 – L 2 KN 76/04 KR – RID 04-04-127 m.w.N.; zur **Abgrenzung Grund- und Behandlungspflege** vgl. zuletzt RID 05-01-B VII (S. 67 f.) u. RID 04-04-B VIII 1 (S.59) m. w. N.

3. INSULININJEKTION BEI FEHLENDER EINWILLIGUNG UNZUMUTBAR

LSG Brandenburg, Urt. v. 25.01.2005 – L 24 KR 47/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-135

Behandlungspflege, häusliche Krankenpflege, Insulin, Straftatbestand

SGB V §§ 13 III, 37

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege in Form der verordneten Insulininjektionen ist nicht nach § 37 III SGB V ausgeschlossen gewesen, wenn die **im Haushalt der Versicherten lebende Tochter** nicht zur Injektion in der Lage ist. Nach BSG, Urt. v. 30.03.2000 – B 3 KR 23/99 R – ist diese Vorschrift sogar hinter ihrem Wortlaut zurückbleibend dahingehend auszulegen, dass der Leistungsausschluss nicht schon dann eingreift, wenn die Hilfe durch Haushaltsangehörige geleistet werden könnte, sondern erst dann, wenn tatsächlich auch Hilfe geleistet wird. Ein Leistungsausschluss besteht nur, wenn sowohl der Versicherte bereit ist, sich von dem Angehörigen pflegen zu lassen, als auch der pflegende Angehörige mit der Durchführung der Pflege einverstanden ist.

Bei der **Insulininjektion** handelt es sich nicht um eine einfache Maßnahme. Ob eine einfache Maßnahme vorliegt, beurteilt sich nicht danach, wie sie vorzunehmen ist, sondern grundsätzlich danach, in welchem Umfang sie die körperliche Integrität des Versicherten berührt. Ein **intensiver Eingriff** liegt vor, wenn die vorgesehene Maßnahme ohne Einwilligung des Versicherten einen Straftatbestand verwirklichen würde. Jede Injektion, auch wenn sie noch so geringfügig ist, stellt eine Verletzung der körperlichen Unversehrtheit im Sinne des § 223 I StGB dar und erfüllt damit den Tatbestand einer Körperverletzung. Es ist daher für die Beurteilung der Intensität des Eingriffes rechtlich unerheblich, ob die Injektion durch eine Spritze oder ohne großen Aufwand durch einen so genannten Pen-Stift erfolgt.

SG Cottbus, Urt. v. 28.05.2003 – S 10 KR 99/02 – gab der Klage weitgehend statt, das **LSG** wies die Berufung der Bekl. zurück.

VIII. ÜBERNACHTUNGS- UND VERPFLEGUNGSKOSTEN BEI NACHSORGEUNTERSUCHUNG

LSG Bayern, Urst. v. 20.01.2005 – L 4 KR 28/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-136

Medizinischen Rehabilitation, Nachsorgeuntersuchung, Übernachtungskosten, Verpflegungskosten

SGB V §§ 27, 60; SGB IX §§ 5, 26 I, II, 53 I

Bei Nachsorgeuntersuchungen nach einer Hornhauttransplantation handelt es sich nicht um eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

Im SGB V gibt es keine Anspruchsgrundlage für die Erstattung für Übernachtungs- und Verpflegungskosten anlässlich einer Nachsorgeuntersuchung.

SG Regensburg, Urst. v. 15.01.2004 – S 14 KR 179/03 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

IX. FEHLFAHRT EINES RETTUNGSDIENSTES

LSG Schleswig-Holstein, Urst. v. 15.02.2005 – L 5 KR 122/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-137

Revision zugelassen

Fehlfaht, Rettungsdienst

SGB V a. F. §§ 13 III, 60 I, II

Nach § 60 II 1 Nr. 2 SGB V in der bis zum 31.12.2003 geltenden Fassung übernimmt die Krankenkasse die Fahrkosten in Höhe des 25 DM je Fahrt übersteigenden Betrages bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist. Die Frage der Notwendigkeit ist nicht nach objektiven, sondern nach subjektiven Kriterien zu beurteilen. Abzustellen ist auf eine Betrachtung aus der Laiensphäre.

Im März 2001 erhielt die Bekl. zwei Bescheide des Kreis Herzogtum Lauenburg über Rettungsdienstgebühren für einen Einsatz bei dem 1999 geborenen und bei ihr versicherten Kl. am 27.02.2001. Die Bekl. lehnte eine Kostenübernahme der hier noch streitigen Gebühren für den Rettungsdienstwagen (470,01 DM) ab, der nicht erforderlich war. Daraufhin stellte der Kreis dem Kl. 470,01 DM in Rechnung, die von diesem bezahlt wurden. Der Kl. beantragte bei der Bekl. erfolglos die Übernahme der Kosten. Seine Mutter habe am 27.02.2001 gegen 4.25 Uhr über die Rufnummer 112 lediglich den Notarzt gerufen. Er habe unter heftigen Bauchkrämpfen gelitten und ununterbrochen geschrien. *SG Lübeck, Urst. v. 17.12.2002 – S 8 KR 263/01 –* gab der Klage statt, das *LSG* wies im Wesentlichen die Berufung zurück und verurteilte d. Bekl., dem Kl. die Kosten bezüglich des Einsatzes des Rettungstransportwagens in Höhe von 445,01 DM (227,53 EUR) nebst der gesetzlichen Zinsen zu erstatten.

X. STERBEGELD BEI TOD NACH DEM 31.12.2003

S. a. *SG Dresden, Urst. v. 15.12.2004 – S 25 KR 1229/04 –* RID 05-01-160; zu anhängigen Revisionen s. die Übersicht unter Anhang II.

Zum *Meinungsstand* führt SG Dresden, Urst. v. 26.01.2005 – S 25 KR 1233/04 – (s. nachstehend) aus: „(...) Schnapp vertritt die Ansicht, dass der Wille des Gesetzgebers, das Sterbegeld abzuschaffen, in dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) vom 14.11.2003 (BGBl. I S. 2190 ff.) keinen Ausdruck gefunden habe. Der Wille des Gesetzgebers sei daher unbeachtlich, vgl. Schnapp, SGB 2004, 451 f. Diese Auffassung wird in den Medien aufgegriffen und auch vom Verband der Deutschen Bestatter in verschiedenen Presseerklärungen wiedergegeben, vgl. nur die Presseinformation vom 12.11.2004, zu finden unter www.bestatter.de. Sehr große Resonanz hat auch die Wiedergabe dieser Auffassung in Sendungen des MDR-Fernsehens ("Ein Fall für Escher") und des ARD-Fernsehens ("Monitor") sowie in einer Anzeige im Dresdner Amtsblatt Nr. 33-34 vom 19.08.2004, S. 14, gefunden.

Dagegen vertreten verschiedene Autoren, eine Kammer des Sozialgerichts Chemnitz, eine Kammer des Sozialgerichts Nürnberg und zwei Kammern des Sozialgerichts Dresden die Ansicht, dass der Wille des Gesetzgebers sehr wohl im GMG einen genügenden Ausdruck gefunden habe und das Sterbegeld damit zum 01.01.2004 abgeschafft sei, vgl. SG Chemnitz, Gerichtsbescheid vom 24.11.2004, Az: S 13 KR 684/04; SG Nürnberg, Gerichtsbescheid vom 19.11.2004, Az: S 11 KR 506/04; SG Dresden, Gerichtsbescheid des Vorsitzenden der 18. Kammer vom 03.01.2005, Az: S 18 KR 1174/04; SG Dresden, Urteil der 25. Kammer vom 15.12.2004, Az: S 25 KR 1229/04; Schmidt/Urmersbach, http://www.ausportal.de/aktuell/standpunkte/01/index_6433.htm; Orlowski, SGB 2004, 622 f. (...)“

Sterbegeld, Tod

SGB V a. F. §§ 58, 59

SG Dresden, Urst. v. 26.01.2005 – S 25 KR 1319/04 – juris (Os.)

RID 05-02-138

Sprungrevision anhängig: B 1 KR 4/05 E

Durch das GMG sind die Regelungen des Sterbegeldes zum 01.01.2004 außer Kraft getreten.

Die Abschaffung der Regelungen über das Sterbegeld verstoßen nicht gegen Verfassungsrecht. Weder unterliegt der Anspruch auf Sterbegeld der Eigentumsгарantie des Art 14 Abs 1 GG (vgl. BVerfG vom

22.12.1992 - 1 BvR 1582/91 = SozR 3-2500 § 59 Nr 3), noch sind Rechtsstaats- und Sozialstaatsprinzip verletzt.

Parallelentscheidung:

*SG Dresden, Urt. v. 26.01.2005 – S 25 KR 1233/04 –
Sprungrevision zugelassen*

RID 05-02-139

*SG Reutlingen, Urt. v. 20.01.2005 – S 3 KR 3431/04 – juris
Sprungrevision anhängig: B 1 KR 2/05 R*

RID 05-02-140

Durch das GMG sind die Regelungen des Sterbegeldes zum 01.01.2004 außer Kraft getreten. Auch aus der amtlichen Begründung zum GMG ergibt sich eindeutig, dass der Gesetzgeber die Streichung des Sterbegelds zum 01.01.2004 beabsichtigt hat. Zu beachten ist, dass auch aus der Aufhebung des § 11 I 2 SGB V a. F. sowie der Änderung des § 21 I SGB I und den dazu vorliegenden Begründungen fest steht, dass eine Aufhebung des Sterbegeldanspruchs bereits ab dem Jahr 2004 beabsichtigt war. Die Kammer hat keine Zweifel an der Verfassungsmäßigkeit der vollständigen Streichung des Sterbegeldes.

SG Chemnitz, Gerichtsb. v. 24.11.2004 – S 13 KR 648/04 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-02-141**

SG Dresden, Gerichtsb. v. 03.01.2005 – S 18 KR 1174/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-02-142**

SG Duisburg, Urt. v. 28.02.2005 – S 11 KR 133/04 - www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-02-143**

SG München, Urt. v. 09.02.2005 – S 47 KR 1491/04 - (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-02-144**

Die §§ 58 f. SGB V sind mit dem GMG seit dem 01.01.2004 außer Kraft getreten. Bei Tod eines Versicherten nach dem 31.12.2003 besteht kein Anspruch auf Sterbegeld. Dies ist verfassungsgemäß.

XI. PRAXISGEBÜHR

Zur Praxisgebühr vgl. zuletzt RID 05-01-C V 6 (S. 89) u. VII (S. 91), RID 04-04-A XII (S. 32) u. B XIV (S. 81 f.); RID 04-03-A VIII (S. 27 f.), RID 04-02-A IX (S. 47 f.) u. A XI (S. 50).

1. VERSICHERTENKLAGE: PRAXISGEBÜHR VERFASSUNGSGEMÄß

LSG Brandenburg, Urt. v. 25.01.2005 – L 24 KR 47/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-02-145**

Praxisgebühr, Verwaltungskosten, öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch, Vergütung, Gesamtvergütung
SGB V §§ 28 IV, 43b; GG Art. 3 I

Ein Versicherter kann von seiner Krankenkasse nicht die an einen Arzt bezahlten Praxisgebühren in Höhe von 10 € zurückverlangen. Ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch liegt nicht vor, auch wenn die Krankenkasse, nicht der Arzt der Empfänger der Leistung im Rechtssinne ist. Die ein(zu)behaltenden Zuzahlungen sind ein vorweggenommener Anteil an der angemessenen Vergütung, die mit der Gesamtvergütung für alle gesamtvertraglich gebundenen Leistungserbringer erzielt werden soll. Aufgrund gesetzlicher Zahlungsverpflichtung erfolgt die Leistung aber nicht ohne Rechtsgrund. § 28 Abs. 4 Satz 1 in Verbindung mit § 61 Satz 2 SGB V ist nicht verfassungswidrig.

SG Frankfurt/Oder, Urt. v. 06.08.2004 – S 4 KR 72/04 – wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

2. KV-KLAGE GEGEN VERSICHERTEN AUF ZAHLUNG

SG Düsseldorf, Urt. v. 22.03.2005 – S 34 KR 269/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-02-146**

Praxisgebühr, Sozialrechtsweg, Prozessführungsbefugnis,
SGB V §§ 28 IV 1, 43b II 4, 61 S. 2; SGB I § 31; SGG § 51 I 1 Nr. 1; BMV-Ä § 18 V

Für die Klage einer KV gegen einen gesetzlich Krankenversicherten auf Zahlung der Praxisgebühr ist der **Sozialrechtsweg** gegeben. Die KV ist auch **prozessführungsbefugt** (gesetzliche Prozessstandschaft).

Indem der Gesetzgeber die Partner der Bundesmantelverträge gemäß § 43b II 4 SGB V ermächtigt hat, das Nähere zum Verfahren des Einzugs der Praxisgebühr in den **Bundesmantelverträgen** zu vereinbaren, waren diese auch ermächtigt, eine Regelung dahingehend zu treffen, dass bei einer Verweigerung der Zahlung der Praxisgebühr durch den Versicherten an den Leistungserbringer weitere Eintreibungs- bzw. Vollstreckungsmaßnahmen durch die KV durchzuführen sind. Im Übrigen hat der Gesetzgeber einen Zahlungseinzug durch die Krankenkassen im Fall der Leistungserbringung

und Abrechnung im Rahmen von Gesamtverträgen nach den §§ 82 und 83 SGB V ausdrücklich ausgeschlossen (§ 43b II 3 i.V.m. I 2 SGB V).

Mit der Verpflichtung zum Einzug der Praxisgebühr ist dem Leistungserbringer jedoch nicht gemäß § 43a II 1 1.Hs. SGB V die Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben gegenüber dem Versicherten im Rahmen eines Über- und Unterordnungsverhältnisses übertragen worden. Der Gesetzgeber hat vielmehr lediglich die **"Obliegenheit" des Leistungserbringers zum Zahlungseinzug** begründet.

Es bestehen **keine verfassungsrechtlichen Bedenken** gegen die vom Gesetzgeber begründete Pflicht zur Zahlung der Praxisgebühr.

Eine KV hat gegenüber einem gesetzlich Krankenversicherten für die Eintreibung der Praxisgebühr keinen Anspruch auf eine **Mahngebühr** in Höhe von 2 Euro sowie **Portokosten** in Höhe von 0,55 Euro. Die Vertragspartner des BMV-Ä wären auch zur Begründung eines derartigen Anspruchs nicht ermächtigt.

Das **SG** verurteilte den beklagten Versicherten, an die klagende KV 10 Euro zu zahlen und wies im Übrigen die auch auf Zahlung einer Mahngebühr und von Portokosten, insgesamt 12,55 Euro gerichtete Klage ab.

XII. 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 – SozR 4-2500 § 125 Nr. 2 = GesR 2005, 91; 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 – SozR 4-2500 § 132a Nr. 1, wonach Wertersatz nach **bereicherungsrechtlichen Grundsätzen** zu leisten ist. Es kann offen bleiben, ob der (objektive) Wert der Leistung 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.

1. BEZIEHUNGEN ZU KRANKENHÄUSERN: KRANKENHAUSKOSTEN

Nach **BSG**, Urt. v. 16.02.2005 – B 1 KR 18/03 R – sind die typischen **Abgrenzungskriterien** (Notwendigkeit einer apparativen Mindestausstattung, geschulten Pflegepersonals und jederzeit rufbereiter Ärzte) für die **Psychiatrie** ungeeignet und ist eine "Gesamtbetrachtung" gefordert; trotz der Verbesserungen in der ambulanten psychiatrischen Versorgung gibt es Patienten, die wegen der Schwere ihres Leidens auf diese Weise (sog Vulnerabilitäts-Stress-Krankheitsmodell) nur stationär, ggf. auch länger, behandelt werden können; zu **Behandlungskosten bei Arzneimittelstudien** vgl. **BSG**, Urt. v. 22.07.2004 – B 3 KR 21/03 R – BSGE = SozR 4-2500 § 137c Nr. 2 = GesR 2004, 535, 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 – SozR 4-2500 § 112 Nr. 3, 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 – BSGE 92, 300 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 2 = GesR 2004, 491, wonach sich die Notwendigkeit einer stationären Behandlung nicht aus einer Bindung der Krankenkasse an die Entscheidung des Vormundschaftsgerichts über die Unterbringung des Versicherten ergibt. Die beklagte **Krankenkasse**, 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. 17.03.2005 - B 3 KR 11/04 R – wonach mit der Entscheidung des Klinikarztes, den Versicherten nach Durchführung der Operation mindestens eine Nacht im Krankenhaus zu behalten, die stationäre Behandlung begonnen hat, ohne Rücksicht darauf, welche Leistungen im Einzelnen anschließend durchgeführt worden sind oder ob eine geplante Operation verschoben wurde; *BSG*, Urt. v. 04.03.2004 - B 3 KR 4/03 R – BSGE 92, 223 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 1 = GesR 2004, 382 = MedR 2004, 702 = NZS 2005, 93, 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 **Notwendigkeit der weiteren Krankenhausbehandlung**, wenn der Versicherte im Anschluss an eine Hüftgelenksoperation wegen cerebraler Verwirrheitszustände in ein anderes Krankenhaus verlegt wurde, vgl. , Urt. v. 12.05.2005 - B 3 KR 30/04 R –; zur **Abrechnung einer Fallpauschale** bei zweitem Operationsgebiet vgl. *BSG*, Urt. v. 04.03.2004 - B 3 KR 3/03 R - SozR 4-5565 § 14 Nr. 8; zur **Abgrenzung von Fallpauschale und Sonderentgelt** vgl. *BSG*, Urt. v. 24.09.2003 - B 8 KN 2/02 KR R - SozR 4-5565 § 14 Nr. 4; zur **Weiterbehandlungspauschale Nr. 9.022** vgl. *BSG*, Urt. v. 24.09.2003 - B 8 KN 7/02 KR R - SozR 4-5565 § 14 Nr. 6.

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) STATIONÄRE BEHANDLUNG EINES HÖRSTURZES

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 03.02.2005 – L 5 KR 1/04 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 05-02-147

Verordnung, Krankenhauspflege, Krankenhausbehandlung, Hörsturz
SGB V §§ 39 I 2, 109 IV 2

Bei der stationären Behandlung wird die Leistungspflicht der Krankenkasse weder durch die vertragsärztliche Verordnung noch durch die Aufnahmeentscheidung des Krankenhausarztes begründet. Mit der Verordnung von Krankenhauspflege trifft der Vertragsarzt keine die Krankenkassen bindende Therapieentscheidung und ebenso wenig bindet die Krankenhausaufnahme die Krankenkasse (BSG SozR 3-2500 § 39 Nr. 5).

Eine stationäre Behandlung eines Hörsturzes in einer HNO-Klinik ist nicht erforderlich, wenn keine der in der von der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie erstellten Leitlinie "Hörsturz" genannten Kriterien für eine stationäre Aufnahme zur Behandlung des Hörsturzes erfüllt sind. Bei dieser Sachlage kann dahinstehen, ob die durchgeführte Infusionstherapie hätte auch ambulant durchgeführt werden können.

SG Köln, Urt. v. 17.10.2003 – S 9 KR 168/01 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

B) STATIONÄRE MEDIKAMENTENGABE ZUR VERMEIDUNG VON NEBENWIRKUNGEN

SG München, Urt. v. 21.12.2004 – S 2 KR 82/03 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 05-02-148

Multiple Sklerose, Mitoxantron
SGB V §§ 39 I 2, 137c

Ein an Multiple Sklerose erkrankter Versicherter kann stationär aufgenommen werden, um das mit erheblichen Nebenwirkungen behaftete Medikament Mitoxantron zu verabreichen. Die jederzeitige Intervention einer stationären Einrichtung ist allein in der Lage, Nebenwirkungen bis hin zu einer akuten Gefahr für Leib oder Leben zu vermeiden. Da nach § 137c SGB V kein Beschluss des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen für ein Verbot der Behandlungsmethode im stationären Bereich vorliegt, ist die Behandlung durch das Krankenhaus statthaft.

C) HEMMUNG DER VERJÄHRUNGSFRIST DURCH VERHANDLUNGEN

SG Duisburg, Urt. v. 21.03.2005 – S 7 KR 79/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 05-02-149

Krankenhausvergütung, Verjährung, Verjährungsfrist, Hemmung, Abrechnung
SGB V § 112; SGB I § 45, 70; BGB § 196 I Nr. 11; BGB a. F. §§ 196 I Nr. 11, 201, 203; EGBGB Art. 229 § 6 II

Der **Ablauf der Verjährungsfrist** wird gemäß § 203 BGB in der seit dem 01.01.2002 geltenden Fassung **gehemmt**, wenn zwischen den Beteiligten Verhandlungen über den Anspruch bzw. die den Anspruch begründenden Umstände geführt wurden. Nach Art. 229 § 6 II EGBGB gilt das Stichtagsprinzip. Das heißt die Vorschriften gelten von dem Zeitpunkt ihres Inkrafttretens an.

"Verhandlungen" i. S. von § 203 BGB sind insbesondere für die Zeiträume anzunehmen, in denen die Krankenkasse gutachterliche Stellungnahmen bei dem MDK einholt. Der Begriff der Verhandlung ist nach allgemeiner Meinung weit auszulegen. Dabei genügt jeder Meinungsaustausch zwischen dem

Gläubiger und dem Schuldner über den Anspruch oder seine tatsächlichen Grundlage. Das in Aussichtstellen eines Vergleiches oder die Diskussion darüber ist nicht erforderlich. Ausreichend ist, wenn der Schuldner (die Kl.) aufgrund der Umstände des Falles annehmen durfte, der Gläubiger (die Bekl.) lasse sich auf Erörterungen über die Berechtigung des Anspruches ein.

Der bei der Bekl. versicherte M wurde auf der urologischen Abteilung im Krankenhaus der Kl. in der Zeit vom 08.02. bis 13.03.2001 stationär behandelt. Nach Klageerhebung erkannte die Bekl. die Berechtigung der Vergütungsforderung nunmehr in vollem Umfang an, berief sich jedoch auf die Einrede der zweijährigen Verjährungsfrist. Das **SG** verurteilte die bekl. Krankenkasse, an die Kl. einen Betrag in Höhe von 3.825,45 EUR nebst 2 % Zinsen über dem Basissatz seit dem 27.04.2001 zu zahlen.

Zur **Verjährung** vgl. zuletzt RID 05-01-B X 1d (S. 73) u. RID 04-04-B XI 1g (S. 71); Sprungrevision – B 3 KR 32/04 R – gegen **SG Marburg**, Urt. v. 27.05.2004 – S 6 KR 902/02 – RID 04-03-153 ist für den 12.05.2005 terminiert.

D) VERZUGSZINSEN

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 04.11.2004 – L 5 KR 161/03 –(rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-02-150**

Verzugszins, Diskontsatz, Basiszinssatz, Zinshöhe

SGB V §§ 69 S. 3, 112 II 1 Nr. 2 BGB §§ 247, 284, 285, 288 I, 291

Die Zinsvereinbarung in einem Landesvertrag "Bei Überschreitung des Zahlungsziels kann das Krankenhaus nach Maßgabe der §§ 284, 285, 288 I BGB Verzugszinsen in Höhe von 2 v.H. über dem jeweiligen Diskontsatz der Deutschen Bundesbank ab dem auf den Fälligkeitstag folgenden Tag verlangen." legt die Zinshöhe eindeutig fest. Diese mag vor dem Hintergrund der später erfolgten Änderung des gesetzlichen Zinssatzes in § 288 I 1 BGB, der seit dem 01.01.2002 in Abs. 1 einen Zinssatz von 5 % über dem Basiszinssatz und in Abs. 2 bei gewerblichen Rechtsgeschäften sogar einen Zinssatz von 8 % über dem Basiszinssatz vorsieht, nicht mehr angemessen gewesen sein. Gleichwohl ist es nicht möglich, im Wege einer "ergänzenden Vertragsauslegung" zur Anwendung des Zinssatzes des § 288 I BGB n. F. zu kommen.

SG Münster, Urt. v. 30.05.2003 – S 11 KR 129/02 – verurteile die bekl. Krankenkasse zur Zahlung von 2 % Zinsen über dem Basiszinssatz aus der Hauptforderung für die Zeit vom 21.01.2002 bis 12.09.2002 und verneinte einen weitergehenden Zinsanspruch. Das **LSG** wies die Berufung d. Kl. zurück.

2. APOTHEKER: KEINE RETAXIERUNG DURCH KRANKENKASSE

LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 31.01.2005 – L 4 KR 30/01–

RID 05-02-151

Revision anhängig: B 3 KR 7/05 R

Arzneimittellieferungsvertrag, Retaxierung, Wirtschaftlichkeitsgebot, Schadensersatzanspruch, Verzinsung

SGB V §§ 69, 70, 129; Art. 229 § 1 I 3 EGBGB

Ein Verstoß gegen einen auf Landesebene geschlossenen Arzneimittellieferungsvertrag berechtigt eine Krankenkasse nicht in jedem Fall zu einer Retaxierung. Sieht der Rahmenvertrag grundsätzlich als Sanktion nur die Vertragsmaßnahmen Verwarnung, Vertragsstrafe oder befristeten Ausschluss vor, so ist dieser Katalog abschließend. Ein Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot begründet keinen Schadensersatzanspruch.

Trifft der Arzneimittellieferungsvertrag über eine Verzinsung keine Regelung, so gelten die Verzinsungsregelungen des BGB.

Der klagende Apotheker gab in vier Fällen genau die verordnete Mengen an Ampullen (13 bzw. 3 mal 15 Ampullen), die aber nicht als „genau“ verordnet worden war, ab. Handelsgrößen waren Einheiten zu 20,10 oder 1 Ampulle. Die bekl. Krankenkasse nahm eine Taxberichtigung zur nächsten Packungsgröße vor und rechnete die Beträge auf. **SG Magdeburg**, Urt. v. 10.05.2001 – S 16 KR 315/99 – wies die Klage ab, das **LSG** gab der Klage weitgehend statt.

3. EINHALTUNG DER HEILMITTEL-RL DURCH KRANKENGYMNAST

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 17.02.2005 – L 16 KR 292/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-152

Heilmittelerbringer, krankengymnastische Leistung, physiotherapeutische Leistung, Vergütung

SGB V §§ 92 I 2 Nr. 6, 125 I

Unabhängig von der Frage, ob sich die Vergütung der Kl. nach dem ZVK-VdAK-Vertrag oder nach ihren eigenen Preistabellen (verneinend Urt. d. Sen. v. 28.10.2004 - L 16 KR 106/03 - RID 05-01-173 und v. 27.01.2005 - L 16 KR 90/03 – RID 05-02-153) richtet, wäre grundlegende Voraussetzung eines

jeden Zahlungsanspruchs, dass die Klägerin die Behandlung der Versicherten im Einklang mit den hierfür geltenden Regeln erbracht hätte. Daran fehlt es. Bereits nach den damals geltenden Heilmittel-RL war bei Maßnahmen der physikalischen Therapie grundsätzlich eine Neuverordnung erforderlich, wenn die Behandlung nicht innerhalb von 14 Tagen nach der Ausstellung aufgenommen wurde bzw. wenn eine Unterbrechung einer Behandlungsserie von mehr als 10 Tagen vorlag. (A III Nr. 17 HM-RL). Die RL gelten als Rechtsnormen auch für Heilmittelerbringer.

SG Köln, Urt. v. 24.05.2004 – S 19 KR 110/00 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. HÖHE DER VERGÜTUNG KRANKENGYMNASTISCHER LEISTUNGEN

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 27.01.2005 - L 16 KR 90/03 - www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 05-02-153

Vergütungsvereinbarung, Heilmittelerbringer, Vergütungsanspruch, Krankengymnast, Behandlungsvertrag, Verzugszinsen, Leistungsbestimmungsrecht

SGB V §§ 124 II 2, 125; BGB §§ 271 I, 315, 316, 612, 812, 818 II

Bei einer fehlenden vertraglichen 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 (vgl. bereits Urt. d. Sen. v. 28.10.2004 - L 16 KR 106/03 - RID 05-01-173, Revision anhängig: B 3 KR 41/04 R).

SG Köln, Urt. v. 24.02.2003 – S 19 KR 110/01 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

5. HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE - AN- UND AUSZIEHEN VON KOMPRESSIONSSTRÜMPFEN

LSG Hessen, Urt. v. 03.03.2005 – L 1 KR 380/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-154

Revision anhängig: B 3 KR 11/05 R

Vergütungsregelung, Kompressionsstrümpfe, häusliche Krankenpflege, Hausbesuchspauschale

SGB V §§ 37, 132

Eine **Vergütungsregelung**, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, kann ihren Zweck nur erfüllen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut, sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt wird und keinen Spielraum für weitere Bewertungen sowie Abwägungen belässt. Demgemäß sind Vergütungsregelungen stets eng nach ihrem **Wortlaut**, ergänzend auch noch nach systematischem Zusammenhang, auszulegen. Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (BSG, Urt. v. 13.12.2001 - B 3 KR 1/01 R - SozR 3-5565 § 14 Nr. 2; Urt. v. 21.02.2002 - B 3 KR 30/01 R - SozR 3-5565 § 15 Nr. 1).

Ist nach der maßgeblichen Vergütungsregelung das **An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen** mit 7,00 DM (3,58 Euro) zu vergüten, so kann dies nur so verstanden werden, dass für diese Tätigkeiten, die mit einem **"und"** zusammengefasst werden, **nur eine Gebühr** in Ansatz gebracht werden kann und zwar unabhängig davon, ob die Tätigkeiten in einem Arbeitsgang zusammenfallen oder nicht.

Der klagende Unternehmer für häusliche Alten- und Krankenpflege erbrachte bei der Versicherten in dem verordneten ("Kompressionsstrümpfe anziehen 1 x täglich") Zeitraum (12.05. bis 30.06.2000) das morgendliche An- und abendliche Ausziehen von Kompressionsstrümpfen. Die Bekl. übernahm jeweils nur den einmaligen Betrag für das Anziehen der Kompressionsstrümpfe und jeweils eine Hausbesuchspauschale, die täglich zweifach berechnet worden waren. Zwischen den Beteiligten bestand ein Vergütungsvertrag. *SG Wiesbaden*, Urt. v. 24.02.2003 – S 13 KR 55/02 – verurteilte die Bekl., dem Kl. für die Versicherte 271,04 Euro nebst 5 % Zinsen über dem Basiszinssatz seit dem 21.10.2000 zu zahlen. Das *LSG* wies die Klage ab.

6. LIEFERUNG VON BLUTZUCKERTESTSTREIFEN OHNE VERTRAG

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 15.03.2005 – L 5 KR 84/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-155

Diabetikerteststreifen, Blutzuckerteststreifen, Arzneimittel

SGB V §§ 69, 70, 129 ff., 130a, 131; AMG § 2 I Nr. 2

Blutzuckerteststreifen sind nach § 2 I Nr. 2 AMG Arzneimittel.

Die §§ 129 ff. SGB V betreffen die Arzneimittelversorgung über Apotheken. Sie sind auf die Rechtsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und den pharmazeutischen Unternehmen nicht anwendbar. Der Leistungserbringer, dem das Kaufvertragsangebot der Krankenkasse mit der Vorlage der kassenärztlichen Verordnung angetragen wird, nimmt dieses an, indem er dem Versicherten das

Arzneimittel aushändigt. Der Vertragsarzt fungiert als Vertreter der Krankenkasse, so dass zwischen dieser und dem Leistungserbringer ein Vertrag zu Gunsten des Versicherten zustande kommt (BSG, Urt. v. 17.01.1996 - 3 RK 26/94 - SozR 3-2500 § 129 Nr. 1). Bei einem Lieferanten von **Diabetikerteststreifen** ist das Kaufvertragsrecht (§§ 433 ff. BGB) anwendbar. Bei fehlender Preisabsprache ist auf den für den Erfüllungsort zur Erfüllungszeit maßgebende Marktpreis abzustellen (§ 453 BGB in der bis zum 31. Dezember 2001 geltenden Fassung).

Die Kl. vertreibt Diagnostika für den Diabetikerbedarf. Mit den Krankenkassen des Landes Schleswig-Holstein verbindet sie - abgesehen von einer Ersatzkasse - keine vertragliche Vereinbarung über die Preisgestaltung der Lieferungen. Sie lieferte in den Jahren 2000/2001 an in Hessen wohnhafte Versicherte der Bekl., die ebenfalls ihren Sitz in Hessen hat, Diabetiker-Teststreifen. Hierüber erstellte sie Rechnungen in Höhe von insgesamt 1.774,80 DM (907,44 EUR). Die Bekl. kürzte die Rechnungen um insgesamt 122,80 DM (62,79 EUR). **SG Kiel**, Urt. v. 09.01.2003 - S 1 KR 81/01 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

7. PERSÖNLICHE EIGNUNG EINES LEISTUNGSERBRINGERS

LSG Berlin, Beschl. v. 02.12.2004 - L 9 B 249/04 KR ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-156

Vorwegnahmeverbot, Eignung, Zuverlässigkeit, Leistungserbringer, Vorstrafe
SGB V § 126 I 2; SGG § 86b II

Die persönliche Eignung und Zuverlässigkeit bezüglich der besonderen Anforderungen an Qualität und Zuverlässigkeit der Leistungserbringung (einschließlich der Leistungsabrechnung) ist bei einer Tätigkeit für die Kassen ungeschriebenes Tatbestandsmerkmal des gesamten Leistungserbringungsrechts (BSG, Urt. v. 13.12.2001 - B 3 KR 19/00 R - SozR 3-2500 § 124 Nr. 10). Die persönliche Eignung ist zweifelhaft, wenn mehrfach Vorstrafen vorliegen, so auch eine Verurteilung wegen Urkundenfälschung wegen einer Veränderung einer ärztlichen Verordnung mit dem Ziel, von einer Krankenkasse eine Vergütung für Leistungen zu erhalten, die nicht erbracht worden waren.

SG Berlin, Beschl. v. 27.09.2004 - S 88 KR 2931/04 ER – wies den Antrag des Ast., eines Orthopädie-Fachbetriebes, die Krankenkasse im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, sie einstweilen bis zu einer Entscheidung in der Hauptsache als Leistungserbringerin zur Abgabe von Hilfsmitteln der Gruppe Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel zuzulassen, ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

XIII. HERAUSGABE EINES PROZEDURENTHESAURUS DURCH BUNDESMINISTERIUM

LSG Berlin, Beschl. v. 22.06.2004 - L 9 B 10/04 KR ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-157

Prozedurenthesaurus, Prozedurenklassifikation, OPS-301

SGB V §§ 69, 301 II; UWG §§ 1, 25; GWB §§ 19, 20; SGG § 86b II

Die Herausgabe des nach § 301 II erstellten Diagnoseschlüssels stellt eine hoheitliche Maßnahme dar. Von dieser Ermächtigungsgrundlage wird bei summarischer Prüfung auch die Herausgabe eines Prozedurenthesaurus gedeckt.

Für die Anwendung wettbewerbs- und kartellrechtlicher Vorschriften bleibt jedenfalls dann kein Raum, wenn ein Träger öffentlicher Gewalt zu einem bestimmten Verhalten gesetzlich ausdrücklich ermächtigt wird.

Bei der **Ast.** handelt es sich um eine **Gesellschaft**, die Werke für die medizinische Dokumentation u.a. in Kliniken erstellt und vertreibt. Ihr Hauptprodukt ist ID DIACOS®, das zahlreiche medizinische Klassifikationen und Wissensbasen (u.a. ICD-9, ICD-10, OPS-301) enthält und diese durch verschiedene Werkzeuge nutzbar macht. Der darin enthaltene **ID-Prozedurenthesaurus** (Alphabetisches Verzeichnis) ermöglicht es dem Anwender, dem einzelne Codes oder Prozeduren nicht bekannt sind, diese über Synonyme oder Spezifizierungen zu ermitteln. Die **Ag.** entwickelte zwischenzeitlich einen eigenen Prozedurenthesaurus, den sie ab Februar 2003 als Testversion 0.9 zum Download im Internet kostenlos anbot. Seit August 2003 liegt die erste offizielle Version 1.0 des **Prozedurenthesaurus** (OPS-301 Alphabetisches Verzeichnis Version 2004) vor und wird **kostenlos** an alle Interessenten **verbreitet**. Gegen die Verbreitung dieses Prozedurenthesaurus wandte sich die Ast. zunächst an das **LG Berlin**, das mit Beschl. vom 23.06.2003 - 16 O 244/03 - das Verfahren an das SG Berlin verwies. Die dagegen gerichtete sofortige Beschwerde der Ast. wies **KG Berlin**, Beschl. v. 09.09.2003 - 2 W 11/03 Kart - zurück. **SG Berlin**, Beschl. v. 08.12.2003 - S 87 KR 1750/03 ER – wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

XIV. RECHTSBEZIEHUNGEN ZW. KRANKENKASSEN/AUFSICHTSBEHÖRDEN

1. OFFENLEGUNGSPFLICHT ÜBER BEZÜGE EINES KASSENVORSTANDS

SG Augsburg, Urt. v. 20.04.2005 – S 10 KR 320/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-158

Sprungrevision zugelassen.

Vorstand, Bezüge, Vergütung, Kassenvorstand, Offenlegungspflicht, Verpflichtungsbescheid

SGB IV §§ 35a VI 2, 89 I 2; GG Art. 2 I, 20 I

§ 35a VI 2 SGB IV ist verfassungskonform. Der Gesetzgeber hat durch § 35a VI 2 SGB IV dem in Art. 20 I GG normierten Sozialstaatsprinzip Vorrang eingeräumt vor dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung i. S. v. Art. 2 I GG. Es ist auch verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, dass die unmittelbar betroffenen Mitglieder aus der jeweiligen Mitgliederzeitschrift informiert werden.

Eine Krankenkasse als Körperschaft des öffentlichen Rechts kann nicht unmittelbar in eigenen (Grund-)Rechten betroffen sein. Wenn sie sich gegen einen Verpflichtungsbescheid zur Offenlegung der Vorstandsbezüge wendet, nimmt sie die Interessen ihrer Vorstände wahr.

Die Bekl. erließ, nachdem die Kl. ihren Offenlegungspflichten nicht nachgekommen war, einen Verpflichtungsbescheid gemäß § 89 I 2 SGB IV: "Die BKK E. wird verpflichtet, die Höhe der jährlichen Vergütung der Vorstandsmitglieder einschließlich Nebenleistungen sowie die wesentlichen Versorgungsregelungen für das Jahr 2004 unverzüglich sowie in den Folgejahren jeweils zum 1. März im Bundesanzeiger und in ihrer Mitgliederzeitschrift zu veröffentlichen." Das *SG* wies die Klage ab.

2. MITGLIEDERWERBUNG VON KRANKENKASSEN

LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 03.05.2005 – L 1 ER 11/05 KR – <http://cms.justiz.rlp.de/justiz>

RID 05-02-159

Wettbewerbsstreitigkeit, Krankenkasse, Information, **Mitgliederwerbung**

SGB V § 4 III; UWG § 1; SGB I §§ 13, 14, 15; SGB X § 86; SGG § 86b II 2

Beschränkungen hinsichtlich Form und Inhalt von Maßnahmen der **Mitgliederwerbung** ergeben sich aus der Pflicht der Kassen zur Aufklärung, Beratung und Information der Versicherten (§§ 13 bis 15 SGB I) sowie aus dem Gebot, bei der Erfüllung dieser und anderer gesetzlicher Aufgaben mit den übrigen Sozialversicherungsträgern zusammenzuarbeiten (§ 15 III SGB I; § 86 SGB X). Dass speziell die Krankenkassen im Interesse der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung zur Zusammenarbeit untereinander verpflichtet sind, wird in § 4 III SGB V nochmals hervorgehoben. Wie bei jeder Handlungspflicht korrespondiert damit eine Pflicht zur Unterlassung von Tätigkeiten, die dem vorgegebenen Handlungsziel zuwiderlaufen. Wird deshalb bei der Werbung die Pflicht zur sachbezogenen Information und zur Rücksichtnahme auf die Belange der anderen Krankenversicherungsträger nicht beachtet, kann sich daraus im Umkehrschluss ein Anspruch des beeinträchtigten Trägers auf Unterlassung der unzulässigen Werbemaßnahmen ergeben (BSG, Urt. v. 31.03.1998 - B 1 KR 9/95 R - SozR 3-2500 § 4 Nr. 1).

Die Krankenkassen haben die „**Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden** der gesetzlichen Krankenversicherung v. 19.03.1998“ i.d.F. v. 20.10.2000 zu beachten. Zu beachten ist außerdem, dass Werbemaßnahmen von Krankenkassen auch im Sinne einer „**Abwerbung**“ schon immer zulässig waren und dass bei der Flut von Werbemaßnahmen, denen die Bevölkerung ständig ausgesetzt ist, und die nach psychologischen Erkenntnissen und Erfahrungen von Fachleuten gestaltet werden, von der Werbung der Krankenkassen nicht ein solches Maß an Zurückhaltung verlangt werden kann, dass sie kaum Interesse erweckt und deshalb praktisch wirkungslos wäre. Maßgebend für die Zulässigkeit oder Unzulässigkeit von Werbemaßnahmen ist, wie sie von den Lesern aufgefasst werden, an die sie gerichtet sind, welche Vorstellungen erweckt werden und welche Schlussfolgerungen bei unbefangener Betrachtung bezogen werden (BSG, Urt. v. 02.02.1984 - 8 RK 41/82 - SozR 1500 § 51 Nr. 34).

Eine Mitgliederwerbung einer Krankenkasse durch **Gegenüberstellung von Beitragssätzen** ist zulässig, sofern sie nicht in unlauterer Weise erfolgt, irreführend, herabsetzend oder verunglimpfend ist.

Eine Gegenüberstellung der Beitragssätze von acht Krankenkassen verstößt nicht deshalb gegen das Wahrheitsgebot, weil **nicht weitere Krankenkassen** in den Vergleich einbezogen sind. Bei einem solchen Beitragsvergleich ist eine Krankenkasse nicht gehalten, auch im Verhältnis zu ihr günstigere sowie weitere Mitbewerber einzubeziehen.

Eine beitragsvergleichende Werbung muss nicht auf die **Leistungen hinweisen**, da diese gesetzlich vorgegeben sind, soweit auf die eröffneten Spielräume zur Gestaltung von Leistungen durch Satzung hingewiesen wird. Auf die zusätzliche gesetzliche Möglichkeit, Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen und zu Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie zur Krankenbehandlung (§ 63 Abs. 1 und 2 SGB V) durchzuführen oder zu vereinbaren, muss nicht gesondert hingewiesen werden, ebenso wenig auf eine etwaige Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme (§ 137 g SGB V) bzw. auf Verträge über eine integrierte Versorgung (§ 140 a SGB V) oder auf sonstige Strukturunterschiede zwischen den in den Beitragsvergleich einbezogenen Kassen.

Auch in der Übersendung eines **Werbeschreibens an Arbeitgeber** liegt kein Wettbewerbsverstoß, auch nicht, wenn darin darauf hingewiesen wird, dass auch Arbeitgeber mit der Wahl der Krankenkasse „viel Geld sparen“ könnten.

SG Speyer, Beschl. v. 10.01.2005, verpflichtet die Ag., es bei Vermeidung eines vom Gericht für jeden Fall der Zuwiderhandlung festzusetzenden Ordnungsgeldes bis 50.000 €, ersatzweise Ordnungshaft, oder Ordnungshaft von bis zu sechs Monaten, zu unterlassen, im geschäftlichen Verkehr den jeweils aktuellen Beitragssatz der Ag. dem der Ast. unter konkreter Benennung der Ast. gegenüberzustellen/zu vergleichen, ohne gleichzeitig auf bestehende Leistungsunterschiede hinzuweisen, insbesondere wie in einem Schreiben der Ag. vom 08.11.2004 in einer Tabelle mit der Überschrift „Vergleichen Sie selbst:“ geschehen, im geschäftlichen Verkehr durch rechtswidrige Information die Autorität Dritter auszunutzen (hier insbesondere Arbeitgeber), um Einfluss auf das Kassenwahlrecht von Versicherten auszuüben, insbesondere wie in einem Schreiben der Ag. vom 08.11.2004 geschehen. Das **LSG** lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab. Den **Streitwert** für das Beschwerdeverfahren setzte es auf 2.500 € fest.

Zu **Wettbewerbsstreitigkeiten zwischen Krankenkassen** vgl. zuletzt – z. T. abweichend – **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 27.06.2003 – L 4 KR 1365/02 – RID 04-04-182; **SG Frankfurt a. M.**, Beschl. v. 24.09.2003 – S 20 KR 2573/03 – RID 03-04-113.

XV. VERFAHRENSRECHT

1. UNTÄTIGKEITSBESCHWERDE GEGEN SG

LSG Berlin, Beschl. v. 27.01.2005 – L 9 B 6/05 KR – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-160

LSG Berlin, Beschl. v. 27.01.2005 – L 9 B 11/05 KR – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-161

Untätigkeit, Untätigkeitsbeschwerde

SGG § 172; GG Art. 2 I, 19 IV, 20 III

Eine bloße Untätigkeit des Sozialgerichts in Form der Nichtterminierung eines Rechtsstreits kann nach dem Willen des Gesetzgebers grundsätzlich nicht Gegenstand einer Beschwerde sein.

SG Berlin – S 36 KR 2236/03*89 – und – S 89 KR 2244/03 –.

Zum Problem vgl. zuletzt BVerfG, 2. Sen., 1. Ka., Beschl. v. 29.03.2005 – 2 BvR 1610/03 – RID 05-02-212); **BVerfG**, 1. Sen., 2. Ka., Beschl. v. 27.07.2004 – 1 BvR 649/04 – RID 05-01-259 und RID 04-01-C X 1 (S. 92).

2. ÖRTLICHE ZUSTÄNDIGKEIT FÜR KLAGEN VON KRANKENHÄUSERN GEGEN KRANKENKASSEN

LSG Niedersachsen-Bremen, B. v. 10.01.2005 – L 4 B 31/04 KR – www.landessozialgericht.niedersachsen.de

RID 05-02-162

Gericht, Krankenhaus, Krankenhausbehandlung, zuständiges Gericht, Zuständigkeit

SGG § 57a

Leitsatz:

§ 57a Abs.1 Satz 1 SGG idF des Gesetzes vom 27.4.2002 betrifft nur Angelegenheiten des Vertragsarztrechts. Der Senat gibt seine entgegenstehende bisherige Rechtsprechung zu § 57a Abs.1 Satz 1 SGG (u.a. Beschluss vom 0.11.2002 – L 4 B 297/02 KR) ausdrücklich auf.

SG Osnabrück, Beschl. v. 26.08.2004 – S 3 KR 197/04 – sah sich nach Verweisung durch das SG Hannover als unzuständig an; das **LSG** bestimmte es ab als das zuständige Gericht.

3. KEIN RECHTSSCHUTZBEDÜRFNIS FÜR KLAGE GEGEN MINISTERIUM

LSG Bayern, Urt. v. 24.02.2005 – L 4 KR 257/04 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de
Zuzahlung, Belastungsgrenze, Befreiung, Rechtsschutzbedürfnis
SGB V i.d.F. GMG §§ 61, 62

RID 05-02-163

Eine Klage gegen das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung auf Befreiung von Zuzahlungen für Arzneimittel ist unzulässig wegen Fehlens eines Rechtsschutzbedürfnisses, da die Krankenkasse zur Entscheidung über eine Befreiung von der Zuzahlung zuständig ist und letztlich eine Änderung des Sozialgesetzbuches V begehrt wird.

SG Landshut, Urt. v. 07.10.2004 – S 4 KR 120/04 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. EINSTWEILIGES RECHTSSCHUTZVERFAHREN: KEIN VERWEIS AUF SOZIALHILFE

LSG Berlin, Beschl. v. 17.08.2004 – L 15 B 64/04 KR – www.sozialgerichtsbarkeit.de
Krankengeld, Sozialhilfe, einstweilige Anordnung
SGB V §§ SGG § 86b II

RID 05-02-164

Im einstweiligen Rechtsschutzverfahren (hier: Zahlung von Krankengeld) kann eine Versicherte jedenfalls dann nicht auf die Inanspruchnahme von Sozialhilfe verwiesen werden, wenn sie bereits in einer tatsächlichen oder rechtlichen Beziehung zu dem Sozialhilfeträger steht und der Sozialhilfeträger im Grundsatz seine Leistungsgewährung auch in Aussicht gestellt hat. Demgegenüber würde es dem gesetzgeberischen Zweck nicht entsprechen, die Inanspruchnahme von Sozialhilfe immer als vorrangig anzusehen, weil ansonsten die Voraussetzungen für einen einstweiligen Rechtsschutz jedenfalls im leistungsrechtlichen Bereich nahezu beseitigt wären, was der Gesetzgeber durch die Einführung dieser Vorschriften gerade vermeiden wollte.

*SG Berlin, Beschl. v. 29.06.2004 – S 81 KR 1133/04 ER*75 –* verpflichtete die Bkl. zur Kostenübernahme, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

Zur **Unzulässigkeit eines Verweises auf Sozialhilfe** s. bereits *LSG Nordrhein-Westfalen*, Beschl. v. 08.12.2003 – L 5B 77/03 KR ER - RID 04-01-176; *LSG Niedersachsen-Bremen*, Beschl. v. 05.12.2002 - L 4 KR 172/02 ER – RID 03-04-112; *SG Frankfurt a. M.*, Beschl. v. 28.11.2003 – S 20 KR 3790/03 ER - RID 04-01-100; zum Verweis auf einen **Vermögenseinsatz** s. *SG Dresden*, Beschl. v. 13.05.2004 – S 10 KR 216/04 - RID 04-03-207.

XVI. ENTSCHEIDUNGEN DES BSG

1. AUSKUNFTSANSPRUCH EINES VERSICHERTEN GEGENÜBER VERTRAGSARZT

BSG, Urt. v. 07.12.2004 - B 1 KR 38/02 R -
Leitsatz:

RID 05-02-165

§ 305 Abs. 2 S 1 SGB V gewährte einem Versicherten schon ab 1.7.1997 auch ohne nähere Regelung in den Bundesmantelverträgen einen Auskunftsanspruch gegen den ihn behandelnden Vertragsarzt über die wirtschaftlich zu Lasten seiner Krankenkasse abgerechneten Leistungen.

2. KRANKHEITSBEGRIFF

A) BRUSTVERGRÖßERUNGSOPERATION

BSG, Urt. v. 19.10.2004 - B 1 KR 3/03 R -
Leitsatz:

RID 05-02-166

Die Krankenkasse muss keine brustvergrößernde Operation gewähren, wenn die Versicherte wegen ihres als "zu klein" empfundenen Busens ausschließlich psychisch erkrankt ist.

Parallelverfahren:

BSG, Urt. v. 19.10.2004 - B 1 KR 23/03 R -

RID 05-02-167

B) BRUSTVERKLEINERUNGSOPERATION (MAMMAREDUKTIONSPLASTIK)

BSG, Urt. v. 19.10.2004 - B 1 KR 9/04 R -

RID 05-02-168

Eine Krankheit liegt nur vor, wenn der Versicherte in seinen Körperfunktionen beeinträchtigt wird oder wenn die anatomische Abweichung entstellend wirkt. Bedingt die Brustgröße keine Funktions-

einschränkungen und sind die Befunde an der Wirbelsäule im Wege der Physiotherapie zu beseitigen, so rechtfertigt dies keine Mammareduktionsplastik.

BSG, Beschl. v. 19.10.2004 - B 1 KR 92/03 B -

RID 05-02-169

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen LSG Sachsen, Urt. v. 24.09.2003 - L 1 KR 84/01 – www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris, das die Krankenkasse verurteilt hat, die entstehenden Kosten für eine Mamma-Reduktion der Klägerin als Sachleistung zu übernehmen, wird zurückgewiesen.

C) DAUERPIGMENTIERUNG ZUR SUBSTITUTION FEHLENDER AUGENBRAUEN UND WIMPERN

BSG, Urt. v. 19.10.2004 - B 1 KR 28/02 R -

RID 05-02-170

Nur sächliche medizinische Leistungen sind als Hilfsmittel anzusehen, während als Heilmittel Dienstleistungen in Frage kommen (zum Ganzen BSGE 88, 204, 206 ff = SozR 3-2500 § 33 Nr 41 S 229 ff).

Ein Anspruch auf Übernahme der Kosten einer Dauerpigmentierung zur Substitution fehlender Augenbrauen und Wimpern besteht nicht.

3. ARZNEIMITTEL – SELTENHEITSFALL (PHOTODYNAMISCHE THERAPIE)

BSG, Urt. v. 19.10.2004 - B 1 KR 27/02 R -

RID 05-02-171

Die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für eine Photodynamische Therapie mit Verteporfin hängt wegen der Eigenart dieser Therapie im Grundsatz sowohl von einer deutschen arzneimittelrechtlichen Zulassung ab als auch von einer Empfehlung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Im Ergebnis stehen allerdings beide Gesichtspunkte einem Anspruch dann nicht entgegen, wenn - wofür hier Einiges spricht - eine sehr seltene Krankheit vorliegen sollte, die sich wegen ihrer Seltenheit der systematischen wissenschaftlichen Untersuchung entzieht und für die deshalb keine wissenschaftlich auf ihre Wirkung überprüfte Behandlungsmethode zur Verfügung stehen kann.

4. BEWEISANFORDERUNGEN BEI NEUARTIGEN HILFSMITTELN (C-LEG)

BSG, Urt. v. 16.09.2004 - B 3 KR 20/04 R -

RID 05-02-172

Leitsatz:

Zu den Beweisanforderungen für die Funktionstauglichkeit, den therapeutischen Nutzen und die Qualität eines neuartigen Hilfsmittels in der gesetzlichen Krankenversicherung (hier: sog C-Leg; Fortführung von BSG vom 6.6.2002 - B 3 KR 68/01 R = SozR 3-2500 § 33 Nr 44).

Parallelverfahren:

BSG, Urt. v. 16.09.2004 - B 3 KR 1/04 R -

RID 05-02-173

BSG, Urt. v. 16.09.2004 - B 3 KR 2/04 R -

RID 05-02-174

BSG, Urt. v. 16.09.2004 - B 3 KR 6/04 R -

RID 05-02-175

5. BEZIEHUNGEN ZU LEISTUNGSERBRINGERN

A) STATIONÄRER AUFENTHALT BEI KOMPLEXER PSYCH. BEHANDLUNG (SCHIZOPHRENIE)

BSG, Urt. v. 16.02.2005 - B 1 KR 18/03 R -

RID 05-02-176

Die typischen Abgrenzungskriterien für einen stationären Aufenthalt (Notwendigkeit einer apparativen Mindestausstattung, geschulten Pflegepersonals und jederzeit rufbereiter Ärzte) sind für die Psychiatrie ungeeignet und es ist eine "Gesamtbetrachtung" gefordert. In der Therapie der Schizophrenie und in den Rahmenbedingungen für die Psychiatrie hat es inzwischen wesentliche Veränderungen gegeben. Die Medizin geht heute vom sog. Vulnerabilitäts-Stress-Krankheitsmodell aus, das einer komplexen, ärztlich verantworteten Behandlung durch Arzneimittel, Psychotherapie und Soziotherapie zugänglich ist, dies unter Beteiligung nicht-medizinischer Berufe. Trotz der Verbesserungen in der ambulanten psychiatrischen Versorgung gibt es Patienten, die wegen der Schwere ihres Leidens auf diese Weise nur stationär, ggf. auch länger, behandelt werden können.

B) RECHTSSCHUTZ DES ARZNEIMITTELHERSTELLERS GEGEN FESTBETRÄGE

BSG, Urt. v. 24.11.2004 - B 3 KR 10/04 R -

RID 05-02-177

Leitsatz:

Auch wenn durch die Festsetzung von Arzneimittelfestbeträgen im Allgemeinen das Grundrecht der Berufsfreiheit des Arzneimittelherstellers nicht berührt wird (vgl BVerfG vom 17.12.2002 - 1 BvL 28/95 = BVerfGE 106, 275 = SozR 3-2500 § 35 Nr 2), kann er gerichtlichen Rechtsschutz in Anspruch nehmen, wenn das von ihm hergestellte Arzneimittel durch eine unzutreffende Einstufung seiner Wirksamkeit im Wettbewerb benachteiligt wird.

BSG, Urt. v. 24.11.2004 - B 3 KR 23/04 R -

RID 05-02-178

Leitsätze:

Ein Arzneimittelhersteller kann mit der Behauptung, das von ihm hergestellte Arzneimittel habe wegen seiner therapeutischen Sonderstellung bei der Festbetragsfestsetzung nicht in eine Gruppe von Arzneimitteln mit vergleichbaren Wirkstoffen einbezogen werden dürfen, gerichtlichen Rechtsschutz in Anspruch nehmen (Abgrenzung zu BVerfG vom 17.12.2002 - 1 BvL 28/95 = BVerfGE 106, 275 = SozR 3-2500 § 35 Nr 2; Ergänzung zu BSG vom 24.11.2004 - B 3 KR 10/04 R - für BSGE und SozR vorgesehen).

C) KEINE KLAGEBEFUGNIS EINER HANDWERKSINNUNG GEGEN FESTBETRÄGE

BSG, Urt. v. 24.11.2004 - B 3 KR 16/03 R -

RID 05-02-179

Leitsatz:

Zur Klagebefugnis einer Handwerksinnung bei der Festsetzung von Festbeträgen durch die Landesverbände der Krankenkassen für Hilfsmittel.

D) HEILMITTELERBRINGER: VERGÜTUNG THERAPIEBERICHT/ÜBERPRÜFUNG VON LANDESRECHT

BSG, Urt. v. 20.01.2005 - B 3 KR 21/04 R -

RID 05-02-180

Revisibilität von Landesrecht ist dann anzunehmen, wenn inhaltlich gleiche Vorschriften in Bezirken verschiedener LSG gelten, etwa wenn Landesrecht zum Zwecke der Vereinheitlichung übereinstimmend erlassen worden ist oder auf bundesgesetzlicher Rahmengesetzgebung beruht (vgl. BSG v. 15.11.1983 - 1 S 10/82 - BSGE 56, 45, 50 = SozR 2100 § 70 Nr. 1 m.w.N. und BSG v. 12.11.1984 - 7 RAr 16/84 = SozR 4100 § 117 Nr. 14). Die Auslegung von Landesrecht kann nur daraufhin überprüft werden, ob sie gegen das Willkürverbot verstößt oder sonstiges Bundesrecht verletzt (vgl BSG vom 22.7.2004 - B 3 KR 20/03 R).

Die Versagung eines Vergütungsanspruchs für Therapieberichte eines Heilmittelerbringers aufgrund eines landesrechtlichen Vertrages bzw. Vereinbarung verstößt nicht gegen § 59 I 1 SGB X.

Parallelverfahren: *BSG, Urt. v. 20.01.2005 - B 3 KR 33/04 R -*

RID 05-02-181

6. VERFAHRENSRECHT: ANFORDERUNGEN AN DIE REVISIONSBEGRÜNDUNG

BSG, Urt. v. 20.01.2005 - B 3 KR 22/03 R -

RID 05-02-182

Die Revisionsbegründung muss die Prüfung und Durcharbeitung des Prozessstoffs durch den Prozessbevollmächtigten erkennen lassen (vgl. BSG v. 12.11.1962 - 9 RV 694/62 = SozR Nr. 49 zu § 164 SGG). Die bloße Vorlage eines von einem Rechtsanwalt unterzeichneten, sonst aber unveränderten Schriftsatzes des Beteiligten selbst (oder eines Familienangehörigen) genügt jedenfalls nicht, wenn der Streitstoff rechtlich ungeordnet bleibt (vgl. BSG v. 24.2.1992 - 7 BAr 86/91 = SozR 3-1500 § 166 Nr. 4).

7. PFLEGEVERSICHERUNGSPFLICHT BEI WOHNSITZ IN MITGLIEDSTAAT (HIER: SPANIEN)

BSG, Urt. v. 26.01.2005 - B 12 P 4/02 R -

RID 05-02-183

Leitsatz:

Ein Rentner mit Wohnsitz in Spanien, der sowohl eine Rente des deutschen als auch des spanischen Rentenversicherungsträgers bezieht, ist in der sozialen Pflegeversicherung nicht versicherungspflichtig.

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. ÄRZTLICHES BERUFSRECHT

1. BVERFG: SOFORTIGE VOLLZIEHUNG EINER RUHENSANORDNUNG

BVerfG, 1. Sen., 2. Ka., Beschl. v. 29.12.2004 – 1 BvR 2820/04 u. 2851/04 - www.bverfg.de **RID 05-02-184**

Ruhen, Approbation, Betrug, Zahnersatz, Abrechnung, Arzt, sofortige Vollziehung, Sofortvollzug

BÄO § 6 I Nr. 1; GG Art. 12, 19 IV GG; VwGO § 80

Eingriffe in die Berufsfreiheit sind nur unter strengen Voraussetzungen zum Schutze wichtiger Gemeinschaftsgüter und unter strikter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit statthaft (vgl. BVerfGE 44, 105 <117 ff.>; stRspr). Überwiegende öffentliche Belange können es ausnahmsweise rechtfertigen, den Rechtsschutzanspruch des Grundrechtsträgers einstweilen zurückzustellen, um unaufschiebbare Maßnahmen im Interesse des allgemeinen Wohls rechtzeitig in die Wege zu leiten. Wegen der gesteigerten Eingriffsintensität beim **Sofortvollzug einer Approbationsentziehung** sind hierfür jedoch nur solche Gründe ausreichend, die in angemessenem Verhältnis zu der Schwere des Eingriffs stehen und ein Zuwarten bis zur Rechtskraft des Hauptverfahrens ausschließen (vgl. BVerfG, Beschl., 2. Ka. des Ersten Sen. v. 24.10.2003 - 1 BvR 1594/03 - RID 04-01-217 <NJW 2003, 3618>). Ob diese Voraussetzungen gegeben sind, hängt von einer Gesamtwürdigung der Umstände des Einzelfalls und insbesondere davon ab, ob eine weitere Berufstätigkeit konkrete Gefahren für wichtige Gemeinschaftsgüter befürchten lässt.

Durch den Vollzug einer Ruhensanordnung und der Urkundeneinziehung entstehen einem Arzt schwere und **kaum wiedergutzumachende wirtschaftliche Nachteile**. Sind keine konkreten Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass ein Arzt seine ärztlichen Berufspflichten in nächster Zeit verletzen wird, so fallen die Folgen einer solchen zeitlichen Verzögerung des Ruhens der Approbation sowie der Urkundeneinziehung weniger ins Gewicht.

Der Bf. besitzt seit 1988 die Approbation als Zahnarzt und Arzt und betreibt seit 1989 eine Zahnarztpraxis. Ende September 2003 wurde gegen ihn ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren wegen des **Verdachts des Betruges** in 41 Fällen eingeleitet, weil er bei der Abrechnung von Zahnersatz Rückerstattungen seiner Lieferantin in Höhe von mindestens 55.296,21 €, nach Auffassung der Staatsanwaltschaft von 220.883,49 € pflichtwidrig nicht an die KZV und an seine Patienten weitergegeben habe. Er hat mittlerweile ein Eigenlabor für die Herstellung von Prothetik aufgebaut. Die Bezirksregierung ordnete das Ruhen der zahnärztlichen und der ärztlichen Approbation und die sofortige Vollziehung der Verfügungen sowie die Herausgabe der Approbationsurkunden an. *VG Düsseldorf*, Beschl. v. 30.09.2004 - 26 L 2833/04 u. 2832/04 – und *OVG Nordrhein-Westfalen*, Beschl. v. 09.12.2004 - 13 B 2200/04 u. 2199/04 - lehnten den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab. Das *BVerfG* gab dem Antrag statt.

Vgl. zuletzt *OVG Niedersachsen*, Beschl. v. 19.01.2005 – 8 ME 181/04 – RID 05-01-198; 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).

2. RUHEN DER APPROBATION

A) UNGEEIGNETHEIT ZUR AUSÜBUNG DES ÄRZTLICHEN BERUFS

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 01.07.2004 – 13 B 2436/03 – MedR 2005, 102

RID 05-02-185

Approbation, Arzt, Ruhen der Approbation, sofortige Vollziehung, Sofortvollzug

BÄO §§ 5, 6 I 1; GG Art. 12

Leitsätze:

Bei der Anordnung des Ruhens der Approbation handelt es sich um eine vorübergehende Maßnahme, die dazu bestimmt ist, in unklaren Fällen oder Eilfällen einem Arzt die Ausübung ärztlicher Tätigkeit für bestimmte oder unbestimmte Zeit zu untersagen, wenn dies im Interesse der Allgemeinheit und zum Schutz der Patienten geboten ist. Sie ist auch im Verhältnis zu den Möglichkeiten der Rücknahme und des Widerrufs der Approbation nach § 5 BÄO zu sehen und erfasst insbesondere die Fälle, in denen eine Ungeeignetheit zur Ausübung des ärztlichen Berufs (noch) nicht endgültig feststeht und eine solche vorübergehender Natur in Frage steht.

B) NICHT ERPROBTE HEILBEHANDLUNG (HÄMOPERFUSIONSBEHANDLUNG BEI TUMOREN)

VG für das Saarland, Urt. v. 22.09.2004 – 1 K 160/02 – juris

RID 05-02-186

Ruhen, Approbation, Tumor, Hämoperfusionsbehandlung

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 6 I Nr. 1, IV

Die Frage der **Würdigkeit** und der **Zuverlässigkeit** zur Ausübung des ärztlichen Berufes beurteilt sich in erster Linie, aber nicht ausschließlich, in Orientierung an den ärztlichen Pflichten im Verhältnis Arzt/Patient. Der Anwendungsbereich des § 3 I 1 Nr. 2 BÄO erstreckt sich nicht nur auf das Verhalten eines Arztes bei der Behandlung der Patienten, also auf den Kernbereich der ärztlichen Tätigkeit, sondern erfasst darüber hinaus **alle berufsbezogenen**, d. h. mit der eigentlichen ärztlichen Tätigkeit in nahem Zusammenhang stehenden **Handlungen** und Unterlassungen und, abhängig von der Schwere des Deliktes, auch Straftaten außerhalb des beruflichen Wirkungskreises.

Das Tatbestandsmerkmal der **Unwürdigkeit** in § 6 BÄO enthält kein prognostisches Element insoweit, als dass sie vom zukünftigen (Wohl-)Verhalten des Betroffenen abhängig wäre.

Eine **Ruhensanordnung** stellt einen Eingriff in das Grundrecht aus Art. 12 I GG dar und darf deshalb nur zum Schutze wichtiger Gemeinschaftsgüter und unter strikter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit erfolgen. Sie ist deshalb rechtlich nur dann nicht zu beanstanden, wenn eine Verurteilung des betroffenen Arztes wegen der ihm zur Last gelegten **Straftaten** hinreichend wahrscheinlich ist. Demgemäß muss die Straftat, derer der Arzt verdächtigt wird, vom Deliktsscharakter, von der Begehungsweise oder von den Tatfolgen her gravierend sein. Ferner muss der Verdacht sich bereits so konkretisiert haben, dass eine strafgerichtliche Verurteilung des Arztes wahrscheinlich ist.

Die **Einwilligung in den ärztlichen Eingriff** bezieht sich grundsätzlich auf eine lege artis durchgeführte Heilbehandlung. Ein sog. Kunstfehler, aber auch eine überflüssige, ärztlich nicht indizierte Maßnahme, ist von der Einwilligung grundsätzlich nicht gedeckt und macht den Eingriff zur rechtswidrigen Körperverletzung. Dasselbe gilt, wenn es an einer wirksamen Einwilligung deshalb fehlt, weil der Patient vor dem Eingriff nicht in ausreichendem Umfang über Art, Chancen und Risiken des Eingriffs **aufgeklärt** wurde. Auch ist die Einwilligung nur dann wirksam, wenn sie von Willensmängeln – insbesondere Täuschung und Irrtum – unbeeinflusst und ihrem Umfang nach so umfassend war, dass der Patient sein Selbstbestimmungsrecht wirksam ausüben konnte. Die Wahl der Behandlungsmethode ist dabei grundsätzlich Sache des Arztes, der aber selbst dann, wenn er kritisch zur Schulmedizin steht, sich selbst bei lebensgefährlichen Erkrankungen – wie Krebs – nicht über deren Erfahrungen hinwegsetzen darf. Dabei gelten bei neuen oder **Außenseitermethoden** erhöhte Anforderungen an die Aufklärung über bestehende Risiken. Entscheidet sich der Arzt gar für ein sog. wissenschaftliches Humanexperiment, stellt dies zunächst bereits keinen ärztlichen Heileingriff in dem zuvor beschriebenen Sinne dar und gelten ganz besonders hohe Anforderungen an die ärztliche Aufklärungspflicht.

Das VG wies die Klage ab. Auf Nichtzulassungsbeschwerde ließ das OVG die Berufung zu.

OVG Saarland, Beschl. v. 31.03.2005 – 1 Q 75/04 –

RID 05-02-187

Die Berufung wird zugelassen, da die Rechtssache aufgrund des Umfangs und der Komplexität der dem Kl. vorgeworfenen Straftaten überdurchschnittliche Schwierigkeiten in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht aufweist, wobei unter anderem mit Blick auf die Tatbestandsvoraussetzung in § 6 I Nr. 1 BÄO „Einleitung eines Strafverfahrens wegen Verdachts einer Straftat“ die Frage zu klären sein wird, ab wann von einer Verdichtung der Verdachtsmomente ausgegangen werden kann, die eine rechtskräftige Bestrafung – sehr – wahrscheinlich macht (vgl. dazu etwa OVG Münster, Beschl. v. 24.09.1993 - 5 B 1412/93 - ArztR 1994, 149).

3. BVERWG: APPROBATION ALS PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUT

BVerwG, Urt. v. 09.12.2004 – 3 C 11.04 – www.bverwg.de

RID 05-02-188

Psychologischer Psychotherapeut, Approbation Psychologiestudium

PsychThG § 1 III, 2, 5, 12 III; GG Art. 3, 12; SGB V §§ 13, 95

Leitsatz:

Die Approbation als Psychologischer Psychotherapeut kann im Rahmen der Übergangsregelung des § 12 III PsychThG Bewerbern, die bisher aufgrund einer Heilpraktikererlaubnis psychotherapeutisch tätig waren, nur erteilt werden, wenn sie ein Studium der Psychologie an einer Universität oder einer gleichstehenden Hochschule abgeschlossen haben.

Aus den Gründen:

„(...) Das Bundessozialgericht hat inzwischen entschieden, dass sich ein schutzwürdiges Vertrauen auf den Fortbestand der Berechtigung zur Behandlung von Kassenpatienten im Erstattungsverfahren nicht habe bilden können (vgl. Urteil vom 5. Februar 2003 B 6 KA 42/02 R) (...)

Der erkennende Senat lässt offen, ob diese Erwägungen einer über Jahrzehnte gewachsenen Versorgungspraxis, auf die Menschen zulässigerweise ihre Lebensplanung aufgebaut haben, vollauf gerecht werden. Es erscheint als Gerechtigkeitsdefizit, dass diese Menschen für die Zukunft von ihrer hauptsächlichen Einnahmequelle abgeschnitten und dadurch wie der Kläger faktisch an der weiteren Ausübung des Berufs gehindert werden, ohne dass die bisherige Berufsausübung Anlass zu konkreten Beanstandungen gegeben hätte. Nach der Überzeugung des Senats ist das Berufsrecht jedoch nicht das Feld, diesen aus dem Sozialversicherungsrecht resultierenden Problemen zu begegnen. Dies müsste vielmehr gegebenenfalls durch eine fortlaufende Berücksichtigung der seit langem psychotherapeutisch tätigen Heilpraktiker durch die gesetzlichen Krankenkassen erfolgen.“

Nach einem Bericht der Anwaltskanzlei Husten u. Koll. auf ihrer homepage (<http://www.kanzlei-hvs.de/Kanzlei-HVS.htm>) (link: Publikationen und dort die links: Psychotherapeuten: Wortlaut & Erläuterung der vor dem Bundesverwaltungsgericht geschlossenen Vergleiche sowie Psychotherapeuten: Hamburger Verfahrensrichtlinie zur Durchführung von Prüfungsgesprächen zwecks Erteilung der Approbation als Psychologische Psychotherapeutin) sind verschiedene Verfahren der **Kläger ohne Psychologiestudium vergleichsweise** beendet worden, wonach die Kläger eine **Nachprüfung vor der Psychotherapeutenkammer** ablegen müssen.

4. ANERKENNUNG PSYCHOTHERAP. VERFAHREN (GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE)

VG Köln, Urt. v. 10.11.2004 – 9 K 4647/02 – www.justiz.nrw.de

RID 05-02-189

Gesprächspsychotherapie, Gesprächstherapie, Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeut

SGB V § 95c; §§ PsychThG § 6, 11

Die **Gesprächspsychotherapie** ist kein Verfahren der vertieften Ausbildung zum **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**.

Die **Frage der wissenschaftlichen Anerkennung** für die Behandlung bestimmter Personengruppen ist eine Bewertung tatsächlicher Verhältnisse, die nicht berufsrechtlichen Regelungen folgt.

Verfahren, die zur vertieften **Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten** zugelassen sind, sind nicht zwingend zugleich für die vertiefte **Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten** zuzulassen.

Nach dem Willen des Gesetzgebers sind an die Ausbildung für neue Heilberufe hohe Anforderungen zu stellen. Vor diesem Hintergrund kann die wissenschaftliche Anerkennung im Sinne des **PsychThG**, das den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung regelt, nicht allein an das empirische Kriterium hinreichender Verbreitung und Anerkennung geknüpft werden, sondern setzt einen bereits erbrachten hinreichenden **Wirksamkeitsnachweis** voraus.

Es begegnet keinen rechtlichen Bedenken, dass der **wissenschaftliche Beirat Psychotherapie** bei seiner Beurteilung die wissenschaftliche Anerkennung des Verfahrens in einer ausreichenden Anzahl von Anwendungsbereichen der Psychotherapie fordert.

II. ÄRZTLICHE, PSYCHOTHERAPEUTISCHE UND ZAHNÄRZTLICHE BERUFSAUSÜBUNG

1. GENERALANWALT EUGH: ÖSTERREICHISCHE DENTISTEN ALS ZAHNÄRZTE

Generalanwalt EuGH, Antrag v. 17.03.2005 – C-437/03 – www.curia.de

RID 05-02-190

Kommission der Europäischen Gemeinschaften ./ Republik Österreich

Zahnarzt, Dentist, Zahnarztausbildung

Richtlinie 78/686/EWG; Richtlinie 78/687/EWG

1. Die Republik Österreich hat gegen ihre Verpflichtungen aus Artikel 1 und 19b der Richtlinie 78/686/EWG des Rates vom 25. Juli 1978 und aus Artikel 1 der Richtlinie 78/687/EWG des Rates vom 25. Juli 1978 verstoßen, indem sie den österreichischen Dentisten in den §§ 6 und 4 Absatz 3 des Dentistengesetzes die Möglichkeit eröffnet, unter der Bezeichnung „Zahnarzt“ bzw. „Zahnarzt (Dentist)“ ihre Tätigkeit auszuüben sowie die Ausnahmeregelung des Artikels 19b der Richtlinie 78/686/EWG des Rates in Anspruch zu nehmen, obwohl die Dentisten nicht die

Mindestvoraussetzungen des Artikels 1 der Richtlinie 78/687/EWG des Rates erfüllen, um unter die Regelungen der Richtlinien 78/686/EWG und 78/687/EWG des Rates zu fallen.

2. Die Republik Österreich hat gegen ihre Verpflichtungen aus Artikel 19b der Richtlinie 78/686/EWG des Rates vom 25. Juli 1978 verstoßen, indem sie, gemäß dem Ärztegesetz, §§ 17 und 23, den österreichischen „Fachärzten für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ erlaubt, weiterhin unter dieser Bezeichnung ihre Tätigkeit auszuüben und eine Gleichstellung jener Fachärzte mit den Zahnärzten insoweit fehlt, dass die Fachärzte berechtigt sind, ihre Tätigkeiten unter denselben Bedingungen auszuüben wie die Inhaber der Diplome, Prüfungszeugnisse oder sonstigen Befähigungsnachweise gemäß Anhang A (Zahnärzte).

2. BETRUG/UNTREUE: RABATTE (ENTSORGUNGSLEISTUNGEN) AUF VERORDNUNG

OLG Hamm, Urt. v. 22.12.2004 – 3 Ss 431/04 – GesR 2005, 175 = MedR 2005, 236

RID 05-02-191

Vertragsarzt, Verordnung, Röntgenkontrastmittel, Betrug, Untreue, Schmiergeld, Garantenpflicht
SGB V § 12 I; StBG §§ 263, 266 I; MBO § 34 I

Ein Vertragsarzt (hier: Urologe), der Röntgenkontrastmittel auf Verordnung erhält, die der Lieferant direkt mit der Krankenkasse abrechnet und der ihm für die Dauer des Bezugs der Röntgenkontrastmittel eine kostenlose Entsorgung seines medizinischen Sondermülls gewährt, kann eine **Untreue** nach § 266 StGB (Missbrauch der Vertretungsmacht) begangen haben, da die Rechnungsbeträge möglicherweise um den Wert der Entsorgungsleistungen überhöht sind. Bei der Verordnung tritt der Vertragsarzt als Vertreter der Krankenkasse auf und schließt für diese einen Kaufvertrag mit dem Lieferanten (BGH, NStZ 2004, 568, 569; NJW 2004, 454). Sind die Rechnungsbeträge überhöht, so liegt darin auch ein Verstoß gegen die dem Vertragsarzt aufgrund seiner Stellung im kassenärztlichen Abrechnungssystem gegenüber der Krankenkasse obliegenden Vermögensbetreuungspflicht.

Bei einer überhöhten Abrechnung liegt ein **Betrug** des Lieferanten zum Nachteil der Krankenkasse vor, weil die Abrechnung des vollen Preises die stillschweigende Erklärung enthält, dass diese Kosten tatsächlich und endgültig angefallen waren und nicht durch dem Arzt gewährte Rabatte nachträglich gemindert wurden. Mit der Verordnung leistet der Vertragsarzt hierzu **Beihilfe**.

Ein **Betrug durch Unterlassen** kann darin liegen, dass der Vertragsarzt nicht die ihm als Rabatt gewährten kostenlosen Entsorgungsleistungen der Krankenkasse gemeldet hat.

Die Gewährung unentgeltlicher Entsorgungsleistungen stellt eine der Bezahlung eines **Schmiergeldes** ähnliche und wirtschaftlich einer solchen Zahlung gleichwertige Leistung des Kontrastmittelherstellers dar. Insbesondere handele es sich nicht um ein reines Geschenk, da die unentgeltlichen Entsorgungsleistungen in Erwartung konkreter Bestellungen erbracht worden sein dürften.

Zivil- und öffentlich-rechtlich besteht die **Verpflichtung**, die empfangenen **Schmiergelder an den Geschäftsherrn herauszugeben**. Zwar begründe diese Verpflichtung keine spezifische Treuepflicht i.S. von § 266 StGB, jedoch gibt sich auf Grund der Verpflichtung des Vertragsarztes zum wirtschaftlichen Handeln nach den vertragsarztrechtlichen Vorschriften (§ 12 I SGB V) die Verpflichtung zur Offenlegung gegenüber der Krankenkasse. Zudem ist es dem Arzt berufsrechtlich (§ 34 I MBO) nicht gestattet, für die Verordnung von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln von dem Hersteller oder Händler eine Vergütung oder sonstige wirtschaftliche Vergünstigung zu fordern oder anzunehmen. Hieraus dürfte sich eine **Garantenpflicht** gegenüber der Krankenkasse ergeben.

III. ARZTHAFTUNG

1. BGH: AUFLÄRUNGSPFLICHT ÜBER NEBENWIRKUNG VON MEDIKAMENT

BGH, Urt. v. 15.03.2005 – VI ZR 289/03 – www.bundesgerichtshof.de

RID 05-02-192

Gynäkologe, Aufklärungspflicht, Medikament, Arzneimittel
BGB § 823

Leitsatz:

Bei möglichen schwerwiegenden Nebenwirkungen eines Medikaments ist neben dem Hinweis in der Gebrauchsinformation des Pharmaherstellers auch eine Aufklärung durch den das Medikament verordnenden Arzt erforderlich.

2. GEBURTSSCHADEN

A) AUFKLÄRUNGSVERSÄUMNIS/BEHINDERUNGSBEDINGTER MEHRBEDARF

OLG Karlsruhe, Urt. v. 22.12.2004 – 7 U 4/03 – juris

RID 05-02-193

Aufklärung, Behandlungsalternative, Geburt, Schmerzensgeld
BGB §§ 823 I, 843, 847

Leitsätze:

1. Eine Aufklärung über die Möglichkeit einer sectio als Alternative zu einer vaginalen Geburt bevor ein konkreter Anlass (hier: Verdacht auf ein makrosomes Kind) dazu besteht, ist unzureichend, da ein Aufklärungsgespräch vor diesem Zeitpunkt weitgehend theoretisch bleibt.
2. Bei einer inkompletten Lähmung des rechten Arms mit Schwächen beim Heben und Außendrehen und einer nicht wesentlichen Veränderung des Arms gegenüber dem gesunden linken Arm mit einer geringgradigen Reduktion der Kraft ist ein Schmerzensgeld in der Größenordnung von 25.000 € angemessen.
3. Bei der Bestimmung des behinderungsbedingten Mehrbedarfs ist vom Stundensatz einer entgeltlich eingesetzten vergleichbaren Hilfskraft auszugehen. Die Höhe des Stundensatzes bestimmt sich nach der konkret vorzunehmenden Tätigkeit, so dass für Hilfstätigkeiten, die kein spezielles Fachwissen erfordern, ein Stundensatz von 7,20 € in Anlehnung an BAT VII zugrunde gelegt werden kann.
4. Die Verurteilung zur Zahlung einer zukünftigen Mehrbedarfsrente setzt voraus, dass sich die für die Bemessung maßgeblichen Verhältnisse mit hinreichender Wahrscheinlichkeit festlegen lassen und damit eine konkrete Bezifferung möglich ist.

B) SCHMERZENSGELD (350.000 €) UND -RENTE (500 € MONATLICH)

LG München I, Urt. v. 02.03.2005 – 9 O 6741/98 –

RID 05-02-194

Schmerzensgeldrente, Schmerzensgeld, Geburtsfehler
BGB V §§ 823, 847

Ein bei der Geburt durch einen Fehler des Krankenhauses und der Hebamme (Trotz Hinweises der Mutter auf eine bestehende Arzneimittelunverträglichkeit wurde ihr gegen den Wehenschmerz ein Medikament mit einem Wirkstoff, auf den sie allergisch war, verabreicht. Der dadurch ausgelöste Kreislaufschock führte trotz sofort eingeleiteter Geburt zu schwersten und dauerhaft irreparablen Geburtsschäden.) geschädigter Junge, der bis heute im Alter von 9 Jahren völlig hilflos ist (Er ist nicht in der Lage, zielgerichtet zu greifen, kann weder sprechen, noch selbständig Nahrung aufnehmen oder sich mit eigenem Spiel beschäftigen. Er kann ohne Hilfe noch nicht einmal robben oder sich vom Bauch auf den Rücken drehen. Da er im Wesentlichen nur Liegen kann, leidet er häufig unter Atemwegserkrankungen. Eine Verbesserung des Zustandes ist nicht in Sicht. Laut Sachverständigen muss auf Dauer eher mit weiteren Verschlechterungen gerechnet werden. Er ist aber in der Lage, seine Umwelt wahrzunehmen und Gesprächen zu folgen), aber auch den Grad seiner Beeinträchtigung wahrnehmen kann, hat neben dem Anspruch auf einen einmaligen Schmerzensgeldbetrag (350.000 €) auch einen Anspruch auf eine lebenslange Schmerzensgeldrente (monatlich 500 €).

Vgl. Pressemitteilung v. 09.03.2005 - www.justiz.bayern.de/lgmuenchen1/presse -

C) SCHMERZENSGELD (178.952 €)

OLG Schleswig, Urt. v. 10.09.2004 – 4 U 31/97 – juris

RID 05-02-195

Schmerzensgeld, Geburtsfehler
BGB §§ 30, 31, 89, 328, 823, 831, 847

Leitsätze:

1. Die Klage gegen einen beamteten Chefarzt ist – soweit daneben auch der Anstellungsträger in Anspruch genommen wird - wegen des Haftungsprivilegs aus § 839 Abs. 1 S. 2 BGB unbegründet.
2. Bei der Behandlung von Minderjährigen ist im Zweifel anzunehmen, dass der Vertrag als Vertrag zugunsten Dritter (§ 328 BGB) mit den gesetzlichen Vertretern des minderjährigen Patienten zustande kommt.
3. Das Unterlassen eines Tastbefundes zur Bestimmung der Kindslage vor Anlegen des Wehentropfs stellt einen einfachen Behandlungsfehler dar.

4. Sowohl die vorzeitige Sprengung der Fruchtblase bei einer Frühgeburt (29. SSW) nach unklarem Tastbefund als auch die einstündige Nichtreaktion der behandelnden Ärzte auf ein länger andauerndes, über 30 Minuten hochpathologische Muster ausweisendes CTG stellen grobe Behandlungsfehler dar.
5. Auch wenn die schicksalhaft bedingte Frühgeburt als wesentliche Hauptursache des Hirnschadens anzusehen ist, gibt es daneben noch denkbare zusätzliche, prä-, peri- und postnatale Ursachen für den eingetretenen Hirnschaden – wie hier die intrapartale Sauerstoffversorgungsstörung -, ohne deren Vorhandensein die besondere Schwere des Hirnschadens schlicht nicht vorstellbar ist. Wegen der fehlenden Abgrenzbarkeit der verschiedenen Ursachen muss sich der Schädiger – wegen der Beweislastumkehr bei groben Behandlungsfehlern – den Gesamtschaden zurechnen lassen.
6. Eine Lungenentfaltungsstörung wegen Surfactantmangels ist zwar geradezu ein beispielhafter Grund für hypoxische Hirnschäden bei Frühgeborenen, neben der Unreife kann die Lungenentfaltungsstörung aber auch durch eine intrapartal verursachte Hypoxie verursacht oder jedenfalls verstärkt worden sein.
7. Zur Bemessung eines Schmerzensgeldes in Höhe von 350.000,00 DM (= 178.952,00 €) bei schwersten lebenslangen Behinderungen infolge eines Geburtsschadens („Shuntpflichtiger - also ventilversorgter - posthämorrhagischer Hydrocephalus internus“ verbunden mit einer „schweren infantilen Cerebralparese - Mischform mit Spannungsathetose -“, allgemeine schwere Entwicklungsstörung aller Großhirnfunktionen, d. h. der psychomentalen, der psychosozialen, psychomotorischen und der Sprachentwicklung, schwere, vorwiegend spastische, beinbetonte Tetraparese, die Gehen und Aufrecht sitzen ausschließt, Erforderlichkeit ständiger Hilfe einer Pflegeperson im Rahmen einer Rundumbetreuung Tag und Nacht).

3. EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG/ENTFERNUNG DER GEBÄRMUTTER

LG München I, Urt. v. 04.08.2004 – 9 O 12563/02 –

RID 05-02-196

Einwilligungserklärung, Operation, Tumor, Gebärmutter, Schmerzensgeld
BGB §§ 823, 847

Konnte das Ärzteteam während der Operation nicht von der Bösartigkeit eines Tumors ausgehen, so reicht eine hierauf beschränkte Einwilligung zur Operation nicht zur Entfernung der Gebärmutter aus. Es besteht für eine 52-jährige Patientin ein Schmerzensgeldanspruch in Höhe von 10.000 Euro. Vgl. Pressemitteilung v. 22.02.2005 - www.justiz.bayern.de/lgmuenchen1/presse -

4. STIFTVERANKERUNG/TOXAVIT/SCHMERZENSGELD FÜR ZAHNVERLUST

OLG Köln, Urt. v. 12.01.2005 – 5 U 96/03 - www.justiz.nrw.de

RID 05-02-197

Stiftverankerung, Amalgamfüllung, Kunststofffüllung, Paraformaldehyd, Toxavit, Zahnverlust
BGB §§ 823, 847

Die Verwendung parapulpärer Stiftverankerungen verstößt wegen der eindeutig besseren Alternative der Verwendung von Kunststofffüllungen gegen zahnärztliche Behandlungsregelungen. Die Verwendung von Paraformaldehyd bzw. Toxavit zur Schmerzbeseitigung ist grob fehlerhaft. Schmerzensgeld für den Verlust eines Zahnes ist mit 1.500 DM zu bewerten.

IV. PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG/GOÄ/GOZ/BEIHILFE

1. IMPLANTATGESTÜTZTER ZAHNERSATZ

VG Köln, Urt. v. 13.08.2004 – 19 K 8973/02 – www.justiz.nrw.de

RID 05-02-198

Implantatversorgung, Zahnersatz
Nordrhein-westfälische BeihilfeVO § 4 II b

Eine vor dem 31.12.2003 begonnene Implantatversorgung kann nur dann als notwendig im beihilferechtlichen Sinn angesehen werden, wenn aufgrund besonderer Umstände des Einzelfalls eine prothetische Versorgung mit konventionellen Zahnersatz nicht möglich oder nicht ausreichend ist, um die Funktionsfähigkeit eines teilweise zahnlosen Gebisses wiederherzustellen. Dazu genügt es nicht, dass ein implantatgestützter Zahnersatz aus zahnärztlicher Sicht allgemein medizinisch indiziert ist und gegenüber einem herkömmlichen Zahnersatz, wie z. B. einer Voll- oder Teilprothese, eine bessere und komfortablere Versorgungsalternative darstellt.

2. GKV-VERSICHERTER BEAMTER UND PRAXISGEBÜHR

Praxisgebühr, Fürsorgepflicht, Alimentationsprinzip, Gleichheitsgrundsatz, Beihilfe, Vertrauensschutz
Beihilfenvorschriften des Bundes § 12 I 2; GG Art. 3 I, 33 V

VG Lüneburg, Urt. v. 13.04.2005 – 1 A 413/04 –

RID 05-02-199

Leitsatz:

Die sog. Praxisgebühr gemäß § 12 Abs. 1 Satz 2 BhV verstößt nicht gegen höherrangiges Recht (wie *VG Saarlouis*, Urt. v. 11.01.2005 - 3 K 174/04 - RID 05-01-230; *VG Koblenz*, Urt. v. 09.03.2005 - 2 K 2847/04.KO - RID 05-02-200), und zwar weder gegen den Grundsatz der Fürsorgepflicht des Dienstherrn, den Gleichheitsgrundsatz des Art. 3 Abs. 1 GG noch gegen Grundsätze des Vertrauensschutzes.

VG Koblenz, Urt. v. 09.03.2005 – 2 K 2847/04.KO –

RID 05-02-200

Der Bund darf die Krankheitsbeihilfe für ärztlich verordnete Arznei-, Verbands- und Hilfsmittel um pauschale Eigenbeteiligungen von 10,00 € pro Kalendervierteljahr („Praxisgebühr“ nach dem Vorbild der gesetzlichen Krankenversicherungen) kürzen.

Vgl. Pressemeldung vom 04.04.2005 - <http://cms.justiz.rlp.de>

V. ARZNEIMITTEL

1. EUGH: VEREINFACHTE ZULASSUNG FÜR KOMBI-HOMÖOPATHIKA

EuGH, Urt. v. 12.05.2005 – C-444/03 - www.curia.eu

RID 05-02-201

Die Art. 14 u. 15 der Richtlinie 2001/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates v. 06.11.2001 zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel sind dahin auszulegen, dass sie einer nationalen Bestimmung entgegenstehen, die ein Arzneimittel, das aus mehreren bekannten homöopathischen Stoffen besteht, von dem besonderen vereinfachten Registrierungsverfahren ausschließt, wenn seine Anwendung als homöopathisches Arzneimittel nicht allgemein bekannt ist.

2. EUGH: SCHWEDISCHES MONOPOL FÜR ARZNEIMITTELVERKAUF

EuGH, Urt. v. 31.05.2005 – C-438/02 - (Krister Hanner) www.curia.eu

RID 05-02-202

Das Arzneimittelauswahlverfahren des schwedischen Monopols für den Einzelhandelsverkauf von Arzneimitteln (Apoteket) ist geeignet, Arzneimittel aus den anderen Mitgliedstaaten im Handel gegenüber schwedischen Arzneimitteln zu benachteiligen.

3. EUGH: FRANZÖSISCHES EINFUHRGENEHMIGUNGSVERFAHREN

EuGH, Urt. v. 31.05.2005 – C-212/03 - www.curia.eu

RID 05-02-203

(Kommission der Europäischen Gemeinschaften / Französische Republik)

Das französische Einfuhrgenehmigungsverfahren für Arzneimittel, die für den persönlichen Bedarf bestimmt sind, und vom Einführenden nicht persönlich mit sich geführt sind, ist mit den Bestimmungen des EG-Vertrags über den freien Warenverkehr unvereinbar. Frankreich hat nicht dargetan, dass für die Einfuhr eines homöopathischen Arzneimittels, das im Ausfuhrmitgliedstaat rechtmäßig in den Verkehr gebracht worden ist, aus Gründen des Gesundheitsschutzes ein Verfahren der vorherigen Genehmigung notwendig ist.

4. GENERALANWALT EUGH: NIEDERL. NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL ALS DT. ARZNEIMITTEL

Generalanwalt EuGH, Antrag v. 03.02.2005 – C-211, 299, 316, 317 u. 318/03 - www.curia.de

RID 05-02-204

Die Antwort auf die Frage, ob ein bestimmtes Produkt als Arzneimittel einzustufen ist, hängt von seinen objektiven Eigenschaften ab. Ohne Bedeutung ist hierbei, ob das Produkt in Wasser oder

Joghurt aufgelöst werden muss. Sowohl bei Arzneimitteln als auch bei Nahrungsergänzungsmitteln kann diese Art der Einnahme angezeigt sein.

Entspricht ein Produkt sowohl den Definitionen der Arzneimittel in Artikel 1 Absatz 2 der Richtlinie 2001/83 als auch von Lebensmitteln nach Artikel 2 der Verordnung Nr. 178/2002 und von Nahrungsergänzungsmitteln nach Artikel 2 Absatz 1 der Richtlinie 2002/46, so ist gemäß Artikel 2 Buchstabe d der Verordnung Nr. 178/2002 und Artikel 1 der Richtlinie 2002/46 die Anwendung dieser Regelungen auf das betreffende Produkt ausgeschlossen. Wird hingegen ein Produkt in dem Mitgliedstaat, in dem es hergestellt oder in den Verkehr gebracht wurde, als Nahrungsergänzungsmittel im Sinne der Richtlinie 2002/46, von den zuständigen Behörden des Bestimmungsmitgliedstaats aber wegen der damit verbundenen Gefahren für die öffentliche Gesundheit als Arzneimittel behandelt, so hat der Mitgliedstaat das in den Artikeln 12 und 13 der Richtlinie 2002/46 festgelegte Verfahren einzuschlagen, um in Zusammenarbeit mit den anderen Mitgliedstaaten und der Kommission und im Hinblick auf Schutzmaßnahmen gegen die möglichen Risiken seines Verbrauchs Einigkeit über die Einstufung des betreffenden Produktes zu erzielen. Wird ein Produkt in dem Mitgliedstaat, in dem es hergestellt oder in den Verkehr gebracht wurde, als Lebensmittel im Sinne der Verordnung Nr. 178/2002 und von den zuständigen Behörden des Bestimmungsmitgliedstaats wegen der damit verbundenen Gefahren für die öffentliche Gesundheit als Arzneimittel behandelt, so hat dieser nach dem in der Verordnung Nr. 178/2002 festgelegten Verfahren mit den betroffenen Mitgliedstaaten und der Kommission Rücksprache zu halten, um Einigkeit über die Einstufung des betreffenden Produktes herbeizuführen, all dies unbeschadet der Befugnis des Mitgliedstaats gemäß Artikel 30 EG, die erforderlichen angemessenen Maßnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit zu ergreifen.

Ein Ermessensspielraum der nationalen Behörden bei der Einstufung eines Produktes als Arzneimittel steht im Einklang mit dem Gemeinschaftsrecht, solange ein nationales Verfahren der gerichtlichen Überprüfung entsprechender Entscheidungen der Behörden dem Gericht, das mit einer Anfechtungsklage gegen eine solche Entscheidung befasst ist, ermöglicht, im Rahmen seiner Kontrolle der Rechtmäßigkeit dieser Entscheidung die Grundsätze und Vorschriften des Gemeinschaftsrechts tatsächlich anzuwenden.

5. BGH: ERGÄNZENDES SCHUTZZERTIFIKAT FÜR ARZNEIMITTEL

BGH, Beschl. v. 25.01.2005 – X ZB 21/01 – (Cabergolin II) www.bundesgerichtshof.de

RID 05-02-205

Schutzzertifikat, Humanarzneimittel, Tierarzneimittel

VO (EWG) Nr. 1768/92 des Rates vom 18. Juni 1992 über die Schaffung eines ergänzenden Schutzzertifikats für Arzneimittel Art. 3, Art. 19; PatG (1981) §§ 16 a, 49 a

Leitsätze:

Der Erteilung eines ergänzenden Schutzzertifikats für Arzneimittel auf der Grundlage eines in dem betreffenden Mitgliedstaat zugelassenen Humanarzneimittels steht es entgegen, dass vor dem maßgeblichen Stichtag in einem anderen Mitgliedstaat der Gemeinschaft eine Genehmigung für das Inverkehrbringen desselben Erzeugnisses als Tierarzneimittel erteilt worden ist (im Anschluß an die Entscheidung des Gerichtshofs der Europäischen Gemeinschaften vom 19. Oktober 2004 - Rs. C-31/02, Mitt. 2004, 544).

6. ABGRENZUNG NAHRUNGSERGÄNZUNGS-/ARZNEIMITTEL (PILZPULVER)

OVG Niedersachsen, Urt. v. 08.07.2004 – 11 ME 12/04 – www.dbovg.niedersachsen.de

RID 05-02-206

Arzneimittel, Kräutergetränk, Lebensmittel, Nahrungsergänzungsmittel, Pilzpulver, Sofortvollzug, Speisepilze, Vertriebsverbot

AMG §§ 2 I, II Nr. 1, 69 I 2 Nr. 1, Richtlinie 2001/83 EG; Richtlinie 2002/46/EG; Richtlinie 65/EWG; VO (EG) Nr. 178/2002; VwGO § 80 II 1 Nr. 4

Leitsatz:

Zur Abgrenzung von Lebensmitteln (Nahrungsergänzungsmitteln) und Arzneimitteln (hier: Pilzpulver in Kapseln).

7. ERSTATTUNG DER ZUZAHLUNG DURCH PHARMAUNTERNEHMEN

LG Karlsruhe, Urt. v. 09.02.2005 – 14 O 17/05 KfH III – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-207

Festbetrag, Arzneimittel, Zuzahlung, Arzneimittelzuzahlung, Sortis

HWG § 7 I Nr. 1

Pharmaunternehmen dürfen gesetzlich Krankenversicherten, die wegen Überschreitens der Einkommensgrenzen von Arzneimittelzuzahlungen befreit sind, sowie Sozialhilfeempfängern nicht die Differenz zwischen dem Festbetrag und dem Marktpreis eines Medikaments erstatten. Derartige Rabatte sind wettbewerbswidrig und verstoßen gegen § 7 I Nr. 1 HWG, wonach die Werbung für Arzneimittel nicht mit dem Versprechen einer nicht geringfügigen Zuwendung verbunden werden darf.

VI. UNTERSAGEN DER BERUFSBEZEICHNUNG „PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUT“

ArbG Wetzlar, Urt. v. 22.03.2005 – 3 Ca 83/04 –

RID 05-02-208

Arbeitgeber, Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Berufsbezeichnung, Direktionsrecht

BGB §§ 611 ff.

Ein Arbeitgeber kann einem angestellten Diplom-Psychologen das Führen der Berufsbezeichnung „Psychologischer Psychotherapeut“ untersagen, auch wenn er approbiert ist. Im Rahmen der unternehmerischen Betätigungsfreiheit steht es einem Arbeitgeber grundsätzlich zu, zu regeln, welche erworbenen und/oder ggf. ausgeübten Berufsbezeichnungen von den Arbeitnehmern im Innen- und Außenverhältnis geführt werden.

Auch wenn gegenwärtig nicht ersichtlich ist, dass das Führen einer Berufsbezeichnung einem Höhergruppierungsanspruch dient, so kann zukünftig eine Änderung des Tarifvertragsrechts nicht ausgeschlossen werden. Das Interesse des Arbeitgebers, das Führen von Berufsbezeichnungen nur insofern zu dulden, wie sie arbeitsvertragliche Basis geworden sind, ist gegenüber einem Arbeitnehmerinteresse am Führen einer Berufsbezeichnung, die er nach Abschluss eines Arbeitsvertrages erworben hat, höher zu bewerten. Unerheblich ist dabei, ob der Arbeitnehmer im Rahmen des Arbeitsverhältnisses tatsächlich die Tätigkeit eines Psychologischen Psychotherapeuten ausübt, soweit nur die Selbstdarstellung nach Außen betroffen ist.

Das Führen einer Berufsbezeichnung hat auch über die Dauer von vier Jahren noch nicht zu einer Konkretisierung des Arbeitsverhältnisses geführt.

VII. WEITERE LEISTUNGSERBRINGER

1. BEHANDLUNG VON „WINKELFEHLSICHTIGKEIT“ DURCH OPTIKER

VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 02.03.2005 – 9 S 216/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-02-209

Winkelfehlsichtigkeit, Optiker, Heilkunde

HeilpraktikerG

Ein Augenoptiker darf eine Prismenbrille nur aufgrund ärztlicher Verordnung oder nach einem schriftlichen und mündlichen Hinweis veräußern, dass er keine heilkundliche Behandlung durchführen wolle und könne und deshalb vorsorglich die Zuziehung eines Arztes oder eines Heilpraktikers mit entsprechender Erlaubnis anheim stelle.

2. HILFSMITTEL: ABGABEVERBOT ÜBER ÄRZTE

OLG Koblenz, Urt. v. 22.02.2005 – 4 U 813/04 – (rechtskräftig)

RID 05-02-210

Standesrecht, Hilfsmittel, Sanitätshaus, Vergütung, Verordnung, Gutachten

UWG § 1, 3, 4 Nr. 11, 8 I; SGB V §§ 128, 139; MBO § 3 II, 31, 34 I u. V; GOÄ Nr. 80, 85

Zu den wertbezogenen Normen gehören auch diejenigen Vorschriften, die dem Schutz der Volksgesundheit dienen und daher wegen ihrer gesundheitspolitischen Zielsetzung als sittlich-rechtlich fundiert anzusehen sind. Dies gilt auch für das **ärztliche Standesrecht**, das neben dem Schutz der Ärzteschaft bei deren Wettbewerb untereinander auch den Schutz der Bevölkerung vor

unsachlicher Beeinflussung und die Abwehr langfristiger negativer Rückwirkungen auf die medizinische Versorgung bezweckt.

Mit den Verboten nach §§ 3 II, 34 V MBO steht die **Abgabe** der von dem Hilfsmittellieferanten den einzelnen Ärzten überlassenen **Rückenbandagen** und die **Zahlung der Vergütungen** für das Ausfüllen der Fragebogen und die Erstellung der Endgutachten nicht in Einklang.

Die **Abgabe durch den Arzt** ist nur dann erlaubt, wenn die ärztliche Therapie es erfordert, dass das Produkt nicht durch einen Dritten, also etwa einen Mitarbeiter eines Sanitätshauses, sondern gerade durch den Arzt selbst dem Patienten verabreicht wird.

Eine **Vergütung** für die Verordnung und den Vertrieb der Hilfsmittel, auch wenn sie als Vergütung für eine gutachterliche Tätigkeit im Rahmen des Eintragungsverfahrens in das Hilfsmittelverzeichnis geleistet wird, ist unzulässig.

3. EINGLIEDERUNG DES ZAHNERSATZES ALS ABNAHME DER WERKLEISTUNG

OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 17.02.2005 – 26 U 56/04 – www.vg-frankfurt.justiz.hessen.de/migration/rechtsp.nsf RID 05-02-211
www.vg-frankfurt.justiz.hessen.de/migration/rechtsp.nsf/suche?Openform

Zahnersatz; Zahnarzt; Werkvertrag; Zahntechniker; Abnahme
BGB §§ 640, 641

Leitsatz:

Mit der Eingliederung des Zahnersatzes beim Patienten kommt es regelmäßig zur Abnahme der Werkleistung des Zahntechnikers durch den Zahnarzt.

VIII. VERSCHIEDENES

1. WEITERE ENTSCHEIDUNGEN DES BVERFG

A) UNTÄTIGKEIT EINES GERICHTS

BVerfG, 2. Sen., 1. Ka., Beschl. v. 29.03.2005 – 2 BvR 1610/03 – www.bverfg.de

RID 05-02-212

Untätigkeitsbeschwerde, Rechtsschutz

GG Art. 19 IV

Art. 19 Abs. 4 GG gewährleistet nicht nur das formelle Recht, die Gerichte anzurufen, sondern auch die **Effektivität des Rechtsschutzes**. Wirksam ist nur ein **zeitgerechter Rechtsschutz**. Art. 19 Abs. 4 GG fordert daher auch, dass Rechtsschutz innerhalb angemessener Zeit gewährt wird (vgl. BVerfGE 55, 349 <369>; 93, 1 <13>). Welche Verfahrensdauer noch angemessen ist, hängt von den Umständen des Einzelfalles ab (vgl. BVerfGE 55, 349 <369>; s. auch 93, 1 <13>). Entscheidend sind vor allem die Bedeutung der Sache, die Auswirkungen einer langen Verfahrensdauer für die Beteiligten, die Schwierigkeit des Falles und das Verhalten der Beteiligten, insbesondere etwaige den Beteiligten selbst zuzurechnende Verzögerungen, sowie eine gerichtlich nicht zu beeinflussende Verzögerung durch die Tätigkeit von Sachverständigen oder sonstigen Dritten (vgl. BVerfGE 46, 17 <29>; Beschl. der 3. Ka. des Ersten Senats des BVerfG v. 14.10.2003 - 1 BvR 901/03 - NVwZ 2004, 334 <335>; Beschl. der 1. Ka. des Ersten Senats des BVerfG v. 26.04.1999 - 1 BvR 467/99 - NJW 1999, 2582 <2583>; vgl. auch EGMR, Urt. v. 08.01.2004, Nr. 47169/99 - Voggenreiter/Deutschland, NJW 2005, 41 <43>). Dem Richter steht für die Bearbeitung anhängiger Verfahren grundsätzlich ein Ermessensspielraum zu, innerhalb dessen er aufgrund eigener Gewichtung solcher Faktoren Prioritäten in Abweichung von der Reihenfolge des Eingangs setzen kann (vgl. auch BVerfGE 55, 349 <369>). Inwieweit dabei auch der Umstand, dass ein Kläger die Justiz durch eine Vielzahl von Anträgen in besonderem Maße beansprucht, Zurücksetzungen rechtfertigt, ist im vorliegenden Fall nicht zu entscheiden. Jedenfalls besteht ein diesbezüglicher **Gestaltungsspielraum des Richters nicht mehr**, wenn ein **übergeordnetes Gericht festgestellt** hat, dass bereits **die bisherige Untätigkeit in dem betreffenden Verfahren rechtswidrig** war.

Auf Umstände, die innerhalb des staatlichen Verantwortungsbereichs liegen, wie etwa eine allgemein angespannte Personalsituation, kann sich der Staat zur Rechtfertigung der überlangen Dauer eines Verfahrens nicht berufen (vgl. Beschl. der 2. Ka. des Zweiten Senats des BVerfG v. 02.07.2003 - 2 BvR 273/03 - juris unter Bezugnahme auf BVerfGE 36, 264 <274 f.>). **Der Staat muss alle notwendigen Maßnahmen treffen, damit Gerichtsverfahren innerhalb angemessener Zeit**

beendet werden können (vgl. Beschl. der 3. Ka. des Ersten Senats des BVerfG v. 14.10.2003 - 1 BvR 901/03 -, NVwZ 2004, 334 <335>).

Verletzt ein Gericht durch Untätigkeit seine Pflicht zur Gewährung effektiven Rechtsschutzes, so bestehen neben der in vielen Fällen eröffneten Möglichkeit, die Rechtswidrigkeit der Untätigkeit durch ein **übergeordnetes Fachgericht** feststellen zu lassen, weitere Möglichkeiten, auf ein pflichtgemäßes Verhalten der Justiz hinzuwirken. Neben der möglichen **zivilrechtlichen Haftung** eröffnet das **Richterdienstrecht** entsprechende Wege.

Vgl. zuletzt **BVerfG**, 1. Sen., 2. Ka., Beschl. v. 27.07.2004 - 1 BvR 649/04 - RID 05-01-259 u. RID 04-01-C X 1 (S. 92); s. a. **LSG Berlin**, Beschl. v. 27.01.2005 - L 9 B 6/05 KR - RID 05-02-160).

B) ANWALTSNOTARE IN ÜBERÖRTLICHEN SOZIELTÄTEN

BVerfG, Beschl. v. 08.03.2005 - 1 BvR 2561/03 - www.bverfg.de

RID 05-02-213

Anwaltsnotar, Notar, Geschäftsstelle, Amtsbezeichnung

GG Art. 12 I; BNotO § 29 III 1

Leitsatz:

§ 29 III 1 der BNotO ist mit Art 12 I GG unvereinbar, soweit Anwaltsnotaren in überörtlichen Sozietäten untersagt wird, die Amtsbezeichnung als Notar auf Geschäftspapieren anzugeben, die nicht von der Geschäftsstelle des Notars aus versandt werden.

2. WEITERE ENTSCHEIDUNGEN DES BGH

A) UNTERLASSEN AUSSICHTSLOSEN RECHTSMITTELS KEIN SCHADEN (ZULASSUNGSENTZIEHUNG)

BGH, Urt. v. 16.12.2004 - IX ZR 295/00 - www.bundesgerichtshof.de

RID 05-02-214

Rechtsmittel, Schaden, Zulassungsentziehung, Rechtsanwalt, Haftung

BGB § 249, 252, 675; SGG § 86a I

Leitsatz:

Für den beschleunigten Misserfolg einer unbegründeten sozial- (verwaltungs-) gerichtlichen Anfechtungsklage haftet der Rechtsanwalt mangels Schadens im Rechtssinne auch dann nicht, wenn die aufschiebende Wirkung der Klage seinem Auftraggeber noch die einstweilige Fortsetzung gewinnbringender Berufsausübung ermöglicht hätte.

B) AUSKUNFT ÜBER PRIVATPATIENTEN AN INSOLVENZVERWALTER

BGH, Beschl. v. 17.02.2005 - IX ZB 62/04 - www.bundesgerichtshof.de

RID 05-02-215

Insolvenzverfahren, Insolvenzmasse, Abtretung, Honoraranspruch, informationelle Selbstbestimmung

BGB §§ 138, 402; GG Art. 1 I, 2 I; StGB § 203 I Nr. 1; InsO §§ 36 I, 97, 98; MBO § 9

Die noch vor Insolvenzeröffnung erfolgte Abtretung aller "Forderungen aus Einkünften aus Privatliquidationen" an die Ehefrau steht der Massezugehörigkeit nicht entgegen. Wegen der aus § 402 BGB folgenden umfassenden Informationspflicht gegenüber dem neuen Gläubiger hat die Abtretung von Honorarforderungen von Ärzten gleichermaßen wie die von Rechtsanwälten in aller Regel die Preisgabe von anvertrauten Geheimnissen zur Folge und ist deshalb bei fehlender Einwilligung der Patienten bzw. Mandanten in der Regel wegen Verstoßes gegen § 203 I StGB gemäß § 134 BGB nichtig.

Honoraransprüche freiberuflich tätiger Personen gegenüber Dritten sind in vollem Umfang pfändbar und fallen ohne Abzüge in die Insolvenzmasse. Das im Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung geschützte Geheimhaltungsinteresse der betroffenen Mandanten rechtfertigt den Ausschluss des durch Art. 14 I GG geschützten Befriedigungsrechtes der Gläubiger nicht. Dies gilt auch für Honorarforderungen des Arztes. Die durch die Berufsordnung für Ärzte (§ 9 MBO), den Behandlungsvertrag und § 203 I Nr. 1 StGB geschützte ärztliche Verschwiegenheitspflicht und das sich aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht in seiner speziellen Ausformung des Rechtes auf informationelle Selbstbestimmung (Art. 2 I i.V.m. Art. 1 I 1 GG) ergebende Recht der Patienten auf Geheimhaltung seiner persönlichen Umstände stehen dem nicht entgegen.

C) PFLEGEWOHNHEIM: SCHUTZ DER HEIMBEWOHNER

BGH, Urt. v. 28.04.2005 - III ZR 399/04 -

RID 05-02-216

Altenpflegewohnheim, Schadensersatzanspruch, Heimbewohner, Unfall
BGB § 823; SGB X § 116 SGB X

Aus der **Pressemittteilung** Nr. 68/2005 - www.bundesgerichtshof.de -:

Die klagende Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin machte gegen die beklagte Trägerin eines Altenpflegewohnheims einen kraft Gesetzes (§ 116 SGB X) übergegangenen Schadensersatzanspruch einer bei einem Unfall verletzten Heimbewohnerin geltend. Die Klägerin ist gesetzlicher Krankenversicherer einer im Jahre 1912 geborenen Rentnerin, die seit 1997 in einem von der Beklagten betriebenen Pflegewohnheim lebt. In den Jahren 1994 bis 1998 hatte die Versicherte sich bei drei Stürzen jeweils erhebliche Verletzungen zugezogen. Ausweislich des von der Klägerin vorgelegten Pflegegutachtens ist sie hochgradig sehbehindert, zeitweise desorientiert und verwirrt; ihr Gang ist sehr unsicher. Sie ist der Pflegestufe III zugeordnet. Am 27. Juni 2001 wurde sie in der Zeit der Mittagsruhe in ihrem Zimmer vor ihrem Bett liegend aufgefunden. Sie hatte sich eine Oberschenkelhalsfraktur zugezogen, derentwegen sie stationär und anschließend ambulant behandelt werden musste. Die Klägerin war der Auffassung, dass der Unfall auf eine Pflichtverletzung der Beklagten zurückzuführen ist. Sie lastete der Beklagten insbesondere an, diese habe es versäumt, die sturzgefährdete Bewohnerin in ihrem Bett zu fixieren, zumindest die Bettgitter hochzufahren. Außerdem hätte die Beklagte der Bewohnerin Hüftschutzhosen (Protektorhosen) anlegen müssen, durch die die Gefahr eines Knochenbruchs bei einem Sturz gemindert worden wäre. Das **Landgericht** hat der auf Ersatz der von der Klägerin getragenen Heilbehandlungskosten gerichteten Klage im wesentlichen stattgegeben; das **Kammergericht** in Berlin hat sie abgewiesen und die Revision zur Klärung der Frage zugelassen, unter welchen Voraussetzungen ein Pflegeheim für Verletzungen einzustehen hat, die sich ein Heimbewohner während des Heimaufenthaltes zuzieht. Der **III. Zivilsenat** hat die Revision der Klägerin zurückgewiesen.

Zwar erwachsen der beklagten Heimträgerin aus den jeweiligen Heimverträgen Obhutspflichten zum Schutz der körperlichen Unversehrtheit der ihr anvertrauten Heimbewohner. Ebenso bestand eine inhaltsgleiche allgemeine Verkehrssicherungspflicht zum Schutz der Bewohner vor Schädigungen, die diesen wegen Krankheit oder einer sonstigen körperlichen oder geistigen Einschränkung durch sie selbst oder durch die Einrichtung und bauliche Gestaltung des Altenheims drohten. Diese Pflichten sind allerdings begrenzt auf die in Pflegeheimen üblichen Maßnahmen, die mit einem vernünftigen finanziellen und personellen Aufwand realisierbar sind. Maßstab müssen das Erforderliche und das für die Heimbewohner und das Pflegepersonal Zumutbare sein, wobei insbesondere auch die Würde und die Selbständigkeit der Bewohner zu wahren sind.

Im vorliegenden Fall war der Unfallhergang im einzelnen nicht mehr aufklärbar. Das Berufungsgericht hatte es mit Recht abgelehnt, der Klägerin Beweiserleichterungen im Sinne einer Beweislastumkehr zugute kommen zu lassen. Allein aus dem Umstand, dass die Heimbewohnerin im Bereich des Pflegeheims der Beklagten gestürzt war und sich dabei verletzt hatte, konnte nicht auf eine schuldhafte Pflichtverletzung des Pflegepersonals der Beklagten geschlossen werden. Darlegungs- und beweispflichtig war vielmehr insoweit die Klägerin als Anspruchstellerin. Nach den Besonderheiten des Falles bestand für das Pflegepersonal insbesondere kein hinreichender Anlass, die Bewohnerin im Bett zu fixieren, mindestens aber die Bettgitter hochzufahren. In rechtsfehlerfreier tatrichterlicher Würdigung hatte das Berufungsgericht eine schuldhafte Pflichtverletzung auch nicht darin erblickt, dass die Mitarbeiter der Beklagten es unterlassen hatten, der Bewohnerin Hüftschutzhosen (Protektorhosen) anzulegen, durch die die Gefahr eines Knochenbruchs bei einem Sturz gemindert worden wäre. Die Klägerin hatte weder konkret vorgetragen, noch unter Beweis gestellt, mit welchem Grad an Wahrscheinlichkeit Verletzungen, wie sie die Bewohnerin erlitten hatte, durch das Tragen dieser Schutzvorrichtung zu verhindern gewesen wären.

3. BGH: KRANKENHAUSBEHANDLUNGSKOSTEN EINES MITTELLOSEN NOTFALLPATIENTEN

BGH, Urt. v. 10.02.2005 - III ZR 330/04 - NJW 2005, 1363 = www.bundesgerichtshof.de

RID 05-02-217

Krankenhausbehandlung, Behandlungskosten, Notfallpatient, Aufopferungsanspruch, enteignungsgleicher Eingriff, enteignenden Eingriff

SGB XII §§ 19 VI, 25; BSGG §§ 28, 121; StGB § 323c

Leitsatz:

Die Bundesrepublik Deutschland haftet nicht für die Krankenhausbehandlungskosten eines mittellosen Notfallpatienten.

4. STEUERRECHT

A) BFH: UMSATZSTEUERBEFREIUNG BEI MEDIZINISCHER REHABILITATION

BFH, Urt. v. 25.11.2004 – V R 44/02 - www.bundesfinanzhof.de

RID 05-02-218

Steuerbefreiung, Umsatzsteuer, Heilberuf, heilberufliche Tätigkeit

SGB V §§ 11 II, 40, 111; UStG §§ 4 Nr. 14

Leitsätze:

1. Die Steuerbefreiung nach § 4 Nr. 14 UStG 1993 setzt nicht voraus, dass der Unternehmer Umsätze gegenüber einem Patienten als Leistungsempfänger erbringt und mit ihm oder seiner Krankenkasse hierüber abrechnet.
2. Nach § 4 Nr. 14 UStG 1993 kommen steuerfreie Leistungen auch dann in Betracht, wenn eine Rehabilitationseinrichtung auf Grund eines Versorgungsvertrags gemäß § 11 Abs. 2, §§ 40, 111 SGB V mit Hilfe von Fachkräften Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringt. In diesem Fall sind regelmäßig sowohl die Leistungen der Rehabilitationseinrichtung als auch die Leistungen der Fachkräfte an die Rehabilitationseinrichtung steuerfrei, soweit sie die in dem Versorgungsvertrag benannte Qualifikation haben.

B) BFH: UMSATZSTEUERBARE LEISTUNGEN EINES HEILEURYTHMISTEN

BFH, Urt. v. 11.11.2004 – V R 34/02 - www.bundesfinanzhof.de

RID 05-02-219

Steuerbefreiung, Umsatzsteuer, Heilberuf, heilberufliche Tätigkeit, Heileurythmist

SGB V §§ 92, 124 II; UStG §§ 4 Nr. 14

Leitsätze:

1. Die Steuerbefreiung der Umsätze aus heilberuflicher Tätigkeit i.S. von § 4 Nr. 14 UStG 1973 setzt (richtlinienkonform) voraus, dass es sich um ärztliche oder artztähnliche Leistungen handeln muss, und dass diese von Personen erbracht werden, die die erforderlichen beruflichen Befähigungsnachweise besitzen.
2. Das Fehlen einer berufsrechtlichen Regelung ist für sich allein kein Hinderungsgrund für die Befreiung.
3. Vom Vorliegen eines beruflichen Befähigungsnachweises für eine ärztliche oder artztähnliche Leistung ist grundsätzlich auszugehen bei Zulassung des jeweiligen Unternehmers bzw. der regelmäßigen Zulassung seiner Berufsgruppe gemäß § 124 Abs. 2 SGB V durch die zuständigen Stellen der gesetzlichen Krankenkassen.
4. Ist weder der jeweilige Unternehmer selbst noch – regelmäßig – seine Berufsgruppe gemäß § 124 Abs. 2 SGB V durch die zuständigen Stellen der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen, kann Indiz für das Vorliegen eines beruflichen Befähigungsnachweises die Aufnahme von Leistungen der betreffenden Art in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen (§ 92 SGB V) sein.

VERZEICHNIS DER ENTSCHEIDUNGEN

ArbG Wetzlar , Urt. v. 22.03.2005 – 3 Ca 83/04 –	RID 05-02-208
BFH , Urt. v. 11.11.2004 – V R 34/02 –	RID 05-02-219
BFH , Urt. v. 25.11.2004 – V R 44/02 –	RID 05-02-218
BGH , Urt. v. 16.12.2004 – IX ZR 295/00 –	RID 05-02-214
BGH , Beschl. v. 25.01.2005 – X ZB 21/01 –	RID 05-02-205
BGH , Urt. v. 10.02.2005 – III ZR 330/04 –	RID 05-02-217
BGH , Beschl. v. 17.02.2005 – IX ZB 62/04 –	RID 05-02-215
BGH , Urt. v. 15.03.2005 – VI ZR 289/03 –	RID 05-02-192
BGH , Urt. v. 28.04.2005 – III ZR 399/04 –	RID 05-02-216
BSG , Urt. v. 16.09.2004 – B 3 KR 1/04 R –	RID 05-02-173
BSG , Urt. v. 16.09.2004 – B 3 KR 2/04 R –	RID 05-02-174
BSG , Urt. v. 16.09.2004 – B 3 KR 6/04 R –	RID 05-02-175
BSG , Urt. v. 16.09.2004 – B 3 KR 20/04 R –	RID 05-02-172
BSG , Urt. v. 19.10.2004 – B 1 KR 3/03 R –	RID 05-02-166
BSG , Urt. v. 19.10.2004 – B 1 KR 9/04 R –	RID 05-02-168
BSG , Urt. v. 19.10.2004 – B 1 KR 23/03 R –	RID 05-02-167
BSG , Urt. v. 19.10.2004 – B 1 KR 27/02 R –	RID 05-02-171
BSG , Urt. v. 19.10.2004 – B 1 KR 28/02 R –	RID 05-02-170
BSG , Beschl. v. 19.10.2004 – B 1 KR 92/03 B –	RID 05-02-169
BSG , Urt. v. 20.10.2004 – B 6 KA 12/03 R –	RID 05-02-73
BSG , Beschl. v. 20.10.2004 – B 6 KA 13/04 B –	RID 05-02-67
BSG , Urt. v. 20.10.2004 – B 6 KA 15/04 R –	RID 05-02-72
BSG , Urt. v. 20.10.2004 – B 6 KA 26/03 R –	RID 05-02-65
BSG , Urt. v. 20.10.2004 – B 6 KA 30/03 R –	RID 05-02-64
BSG , Urt. v. 20.10.2004 – B 6 KA 31/03 R –	RID 05-02-66
BSG , Urt. v. 20.10.2004 – B 6 KA 41/03 R –	RID 05-02-69
BSG , Urt. v. 20.10.2004 – B 6 KA 65/03 R –	RID 05-02-70
BSG , Urt. v. 20.10.2004 – B 6 KA 67/03 R –	RID 05-02-71
BSG , Urt. v. 24.11.2004 – B 3 KR 10/04 R –	RID 05-02-177
BSG , Urt. v. 24.11.2004 – B 3 KR 16/03 R –	RID 05-02-179
BSG , Urt. v. 24.11.2004 – B 3 KR 23/04 R –	RID 05-02-178
BSG , Urt. v. 07.12.2004 – B 1 KR 38/02 R –	RID 05-02-165
BSG , Beschl. v. 09.12.2004 – B 6 KA 70/04 B –	RID 05-02-42
BSG , Beschl. v. 09.12.2004 – B 6 KA 71/04 B –	RID 05-02-68
BSG , Urt. v. 20.01.2005 – B 3 KR 21/04 R –	RID 05-02-180
BSG , Urt. v. 20.01.2005 – B 3 KR 22/03 R –	RID 05-02-182
BSG , Urt. v. 20.01.2005 – B 3 KR 33/04 R –	RID 05-02-181
BSG , Urt. v. 26.01.2005 – B 12 P 4/02 R –	RID 05-02-183
BSG , Beschl. v. 01.02.2005 – B 6 KA 70/04 B –	RID 05-02-63
BSG , Urt. v. 16.02.2005 – B 1 KR 18/03 R –	RID 05-02-176
BVerfG , 1. Sen., 2. Ka., Beschl. v. 29.12.2004 – 1 BvR 2820/04 u. 2851/04 –	RID 05-02-184
BVerfG , Beschl. v. 08.03.2005 – 1 BvR 2561/03 –	RID 05-02-213
BVerfG , 2. Sen., 1. Ka., Beschl. v. 29.03.2005 – 2 BvR 1610/03 –	RID 05-02-212
BVerwG , Urt. v. 09.12.2004 – 3 C 11.04 –	RID 05-02-188
EuGH , Urt. v. 12.04.2005 – C-145/03 –	RID 05-02-105
EuGH , Urt. v. 12.05.2005 – C-444/03 –	RID 05-02-201
EuGH , Urt. v. 31.05.2005 – C-212/03 –	RID 05-02-203
EuGH , Urt. v. 31.05.2005 – C-438/02 –	RID 05-02-202
Generalanwalt EuGH , Antrag v. 03.02.2005 – C-211, 299, 316, 317 u. 318/03 –	RID 05-02-204
Generalanwalt EuGH , Antrag v. 17.03.2005 – C-437/03 –	RID 05-02-190
LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 25.01.2005 – L 11 KR 3880/04 –	RID 05-02-90
LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 08.03.2005 – L 11 KR 1913/04 –	RID 05-02-124
LSG Bayern , Urt. v. 29.09.2004 – L 3 KA 504/02 –	RID 05-02-28
LSG Bayern , Urt. v. 29.09.2004 – L 3 KA 506/03 –	RID 05-02-20
LSG Bayern , Urt. v. 29.09.2004 – L 3 KA 514/01 –	RID 05-02-27
LSG Bayern , Urt. v. 29.09.2004 – L 3 KA 515/01 –	RID 05-02-26
LSG Bayern , Urt. v. 29.09.2004 – L 3 KA 522/01 –	RID 05-02-25
LSG Bayern , Urt. v. 06.10.2004 – L 12 KA 41/03 –	RID 05-02-48
LSG Bayern , Urt. v. 06.10.2004 – L 12 KA 110/02 –	RID 05-02-43
LSG Bayern , Urt. v. 27.10.2004 – L 12 KA 89/03 –	RID 05-02-05
LSG Bayern , Urt. v. 10.11.2004 – L 12 KA 26/03 –	RID 05-02-06
LSG Bayern , Urt. v. 11.11.2004 – L 4 KR 282/03 –	RID 05-02-123
LSG Bayern , Urt. v. 25.11.2004 – L 4 KR 97/03 –	RID 05-02-134
LSG Bayern , Urt. v. 08.12.2004 – L 4 KR 121/02 –	RID 05-02-97
LSG Bayern , Urt. v. 15.12.2004 – L 12 KA 172/01 –	RID 05-02-02
LSG Bayern , Urt. v. 15.12.2004 – L 12 KA 228/04 –	RID 05-02-01
LSG Bayern , Urt. v. 20.01.2005 – L 4 KR 25/02 –	RID 05-02-87
LSG Bayern , Urt. v. 15.12.2004 – L 12 KA 3/04 –	RID 05-02-54
LSG Bayern , Urt. v. 15.12.2004 – L 12 KA 283/04 –	RID 05-02-38
LSG Bayern , Urt. v. 22.12.2004 – L 12 KA 221/04 –	RID 05-02-47
LSG Bayern , Urt. v. 20.01.2005 – L 4 KR 28/04 –	RID 05-02-136
LSG Bayern , Urt. v. 20.01.2005 – L 4 KR 209/02 –	RID 05-02-82
LSG Bayern , Urt. v. 10.02.2005 – L 4 KR 145/02 –	RID 05-02-92
LSG Bayern , Urt. v. 10.02.2005 – L 4 KR 241/04 –	RID 05-02-86
LSG Bayern , Urt. v. 24.02.2005 – L 4 KR 7/03 –	RID 05-02-102

LSG Bayern, Urt. v. 24.02.2005 – L 4 KR 228/03 –	RID 05-02-93
LSG Bayern, Urt. v. 24.02.2005 – L 4 KR 257/04 –	RID 05-02-163
LSG Bayern, Beschl. v. 30.04.2004 – L 4 B 62/04 KR ER –	RID 05-02-80
LSG Berlin , Beschl. v. 22.06.2004 – L 9 B 10/04 KR ER –	RID 05-02-157
LSG Berlin, Urt. v. 04.08.2004 – L 9 KR 305/01 –	RID 05-02-91
LSG Berlin, Urt. v. 11.08.2004 – L 7 KA 32/01 –	RID 05-02-31
LSG Berlin, Urt. v. 11.08.2004 – L 7 KA 56/02 –	RID 05-02-41
LSG Berlin, Beschl. v. 17.08.2004 – L 15 B 64/04 KR –	RID 05-02-164
LSG Berlin, Urt. v. 25.08.2004 – L 9 KR 130/02 –	RID 05-02-118
LSG Berlin, Urt. v. 15.09.2004 – L 9 KR 56/03 –	RID 05-02-101
LSG Berlin, Urt. v. 15.09.2004 – L 9 KR 94/04 –	RID 05-02-84
LSG Berlin, Urt. v. 15.09.2004 – L 9 KR 103/02 –	RID 05-02-95
LSG Berlin, Urt. v. 20.10.2004 – L 7 KA 22/01 –	RID 05-02-10
LSG Berlin, Urt. v. 20.10.2004 – L 7 KA 64/01 –	RID 05-02-33
LSG Berlin, Urt. v. 03.11.2004 – L 7 KA 2/04 –	RID 05-02-18
LSG Berlin, Urt. v. 03.11.2004 – L 7 KA 4/04 –	RID 05-02-14
LSG Berlin, Urt. v. 03.11.2004 – L 7 KA 257/03 –	RID 05-02-15
LSG Berlin, Urt. v. 03.11.2004 – L 7 KA 258/03 –	RID 05-02-16
LSG Berlin, Urt. v. 03.11.2004 – L 7 KA 259/03 –	RID 05-02-17
LSG Berlin, Beschl. v. 04.11.2004 – L 9 B 190/04 KR ER –	RID 05-02-120
LSG Berlin, Beschl. v. 02.12.2004 – L 9 B 249/04 KR ER –	RID 05-02-156
LSG Berlin, Urt. v. 15.12.2004 – L 9 KR 101/02 –	RID 05-02-119
LSG Berlin, Beschl. v. 27.01.2005 – L 9 B 6/05 KR –	RID 05-02-160
LSG Berlin, Beschl. v. 27.01.2005 – L 9 B 11/05 KR –	RID 05-02-161
LSG Brandenburg , Urt. v. 10.11.2004 – L 5 KA 35/01 –	RID 05-02-03
LSG Brandenburg, Urt. v. 25.01.2005 – L 24 KR 47/03 –	RID 05-02-135
LSG Brandenburg, Urt. v. 25.01.2005 – L 24 KR 47/04 –	RID 05-02-145
LSG Brandenburg, Urt. v. 25.01.2005 – L 24 KR 69/03 –	RID 05-02-103
LSG Brandenburg, Urt. v. 09.03.2005 – L 24 KR 5/04 –	RID 05-02-96
LSG Brandenburg, Urt. v. 09.03.2005 – L 24 KR 57/02 –	RID 05-02-104
LSG Hamburg , Urt. v. 15.12.2004 – L 1 KR 95/04 –	RID 05-02-110
LSG Hamburg, Urt. v. 19.01.2005 – L 1 KR 94/04 –	RID 05-02-107
LSG Hamburg, Urt. v. 09.02.2005 – L 2 KA 11/03 –	RID 05-02-39
LSG Hamburg, Urt. v. 09.02.2005 – L 2 KA 12/04 –	RID 05-02-46
LSG Hamburg, Urt. v. 09.02.2005 – L 2 KA 19/03 –	RID 05-02-57
LSG Hamburg, Urt. v. 16.02.2005 – L 1 KR 18/03 –	RID 05-02-130
LSG Hamburg, Beschl. v. 28.02.2005 – L 1 B 7/05 ER KR –	RID 05-02-79
LSG Hamburg, Beschl. v. 16.03.2005 – L 1 KR 128/04 –	RID 05-02-89
LSG Hessen , Urt. v. 03.03.2005 – L 1 KR 380/03 –	RID 05-02-154
LSG Hessen, Urt. v. 17.03.2005 – L 8/14 KR 1189/02 –	RID 05-02-88
LSG Hessen, Beschl. v. 13.04.2005 – L 8 KR 38/05 ER –	RID 05-02-111
LSG Hessen, Beschl. v. 26.04.2005 – L 4 KA 13/05 ER –	RID 05-02-53
LSG Hessen, Urt. v. 03.05.2005 – L 1 KR 712/99 –	RID 05-02-85
LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 09.02.2005 – L 3 KA 253/02 –	RID 05-02-45
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 09.02.2005 – L 3 KA 290/03 –	RID 05-02-44
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 09.02.2005 – L 3 KA 360/03 –	RID 05-02-52
LSG Niedersachsen-Bremen, B. v. 10.01.2005 – L 4 B 31/04 KR –	RID 05-02-162
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 15.02.2005 – L 4 KR 25/01 –	RID 05-02-81
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 15.02.2005 – L 4 KR 44/01 –	RID 05-02-112
LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 17.02.2005 – L 3 KA 218/04 ER –	RID 05-02-19
LSG Niedersachsen-Bremen, B. v. 21.02.2005 – L 4 KR 138/03 –	RID 05-02-132
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 16.03.2005 – L 4 KR 17/02 –	RID 05-02-109
LSG Niedersachsen-Bremen, B. v. 16.03.2005 – L 3 KA 367/04 ER –	RID 05-02-55
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 23.03.2005 – L 3 KA 160/03 –	RID 05-02-29
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 27.04.2005 – L 3 KA 30/04 –	RID 05-02-22
LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 04.11.2004 – L 5 KR 161/03 –	RID 05-02-150
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 08.12.2004 – L 10 KA 5/04 –	RID 05-02-34
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 19.01.2005 – L 11 KA 103/03 –	RID 05-02-61
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 20.01.2005 – L 5 KR 227/03 –	RID 05-02-76
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.01.2005 – L 11 KA 172/03 –	RID 05-02-24
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 27.01.2005 – L 16 KR 90/03 –	RID 05-02-153
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 27.01.2005 – L 16 KR 137/03 –	RID 05-02-126
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 03.02.2005 – L 5 KR 1/04 –	RID 05-02-147
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 03.03.2005 – L 5 KR 169/04 –	RID 05-02-115
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 10.02.2005 – L 16 KR 161/04 –	RID 05-02-94
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 16.02.2005 – L 11 KA 108/03 –	RID 05-02-04
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 17.02.2005 – L 16 KR 292/04 –	RID 05-02-152
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 24.02.2005 – L 16 KR 313/04 –	RID 05-02-117
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.02.2003 – L 11 KA 88/01 –	RID 05-02-59
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.02.2003 – L 11 KA 95/01 –	RID 05-02-60
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 09.03.2005 – L 10 KA 10/04 –	RID 05-02-32
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 17.03.2005 – L 16 KR 99/04 –	RID 05-02-133
LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 18.11.2004 – L 5 KA 11/03 –	RID 05-02-30
LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 03.05.2005 – L 1 ER 11/05 KR –	RID 05-02-159
LSG Saarland , Urt. v. 07.10.2004 – L 4 KN 42/03 KR –	RID 05-02-129
LSG Sachsen-Anhalt , Urt. v. 20.10.2004 – L 4 KA 6/02 –	RID 05-02-08
LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 20.10.2004 – L 4 KA 7/02 –	RID 05-02-09
LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 31.01.2005 – L 4 KR 30/01 –	RID 05-02-151
LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 15.02.2005 – L 5 KR 122/04 –	RID 05-02-137

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 15.03.2005 – L 5 KR 84/03 –	RID 05-02-155
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 15.03.2005 – L 5 KR 105/03 –	RID 05-02-128
LG Karlsruhe , Urt. v. 09.02.2005 – 14 O 17/05 KfH III –	RID 05-02-207
LG München I , Urt. v. 04.08.2004 – 9 O 12563/02 –	RID 05-02-196
LG München I, Urt. v. 02.03.2005 – 9 O 6741/98 –	RID 05-02-194
OLG Frankfurt a. M. , Urt. v. 17.02.2005 – 26 U 56/04 –	RID 05-02-211
OLG Hamm , Urt. v. 22.12.2004 – 3 Ss 431/04 –	RID 05-02-191
OLG Karlsruhe , Urt. v. 22.12.2004 – 7 U 4/03 –	RID 05-02-193
OLG Koblenz , Urt. v. 22.02.2005 – 4 U 813/04 –	RID 05-02-210
OLG Köln , Urt. v. 12.01.2005 – 5 U 96/03 –	RID 05-02-197
OLG Schleswig , Urt. v. 10.09.2004 – 4 U 31/97 –	RID 05-02-195
OVG Niedersachsen , Urt. v. 08.07.2004 – 11 ME 12/04 –	RID 05-02-206
OVG Niedersachsen, Urt. v. 19.01.2005 – 8 ME 181/04 –	RID 05-02-185
OVG Nordrhein-Westfalen , Beschl. v. 01.07.2004 – 13 B 2436/03 – MedR 2005, 102RID 05-02-185	
OVG Saarland , Beschl. v. 31.03.2005 – 1 Q 75/04 –	RID 05-02-187
SG Aachen , Urt. v. 29.11.2004 – S 6 KR 118/03 –	RID 05-02-74
SG Aachen, Urt. v. 19.04.2005 – S 13 KR 21/04 –	RID 05-02-122
SG Augsburg , Urt. v. 20.04.2005 – S 10 KR 320/04 –	RID 05-02-158
SG Aurich , Urt. v. 08.02.2005 – S 8 KR 84/04 –	RID 05-02-113
SG Berlin , Beschl. v. 30.03.2005 – S 79 KA 67/05 ER –	RID 05-02-13
SG Chemnitz , Gerichtsb. v. 24.11.2004 – S 13 KR 648/04 –	RID 05-02-141
SG Dortmund , Urt. v. 22.09.2003 – S 8 KR 184/02 –	RID 05-02-77
SG Dortmund, Urt. v. 25.02.2004 – S 13 KR 208/03 –	RID 05-02-75
SG Dortmund, Urt. v. 03.03.2005 – S 40 KR 402/04 –	RID 05-02-116
SG Dortmund, Urt. v. 17.03.2005 – S 44 KR 6/04 –	RID 05-02-121
SG Dresden , v. 09.12.2004 – S 18 KR 295/02 –	RID 05-02-99
SG Dresden, Urt. v. 22.12.2004 – S 11 KA 369/03 –	RID 05-02-07
SG Dresden, Gerichtsb. v. 03.01.2005 – S 18 KR 1174/04 –	RID 05-02-142
SG Dresden, Urt. v. 26.01.2005 – S 25 KR 1233/04 –	RID 05-02-139
SG Dresden, Urt. v. 26.01.2005 – S 25 KR 1319/04 –	RID 05-02-138
SG Dresden, Gerichtsb. v. 10.02.2005 – S 11 KA 260/04 –	RID 05-02-35
SG Duisburg , Urt. v. 28.01.2005 – S 19 KA 15/01 –	RID 05-02-51
SG Duisburg, Urt. v. 28.01.2005 – S 19 KA 20/04 –	RID 05-02-50
SG Duisburg, Urt. v. 16.02.2005 – S 7 KR 273/02 –	RID 05-02-83
SG Duisburg, Urt. v. 28.02.2005 – S 11 KR 133/04 –	RID 05-02-143
SG Duisburg, Urt. v. 21.03.2005 – S 7 KR 79/04 –	RID 05-02-149
SG Düsseldorf , Urt. v. 21.07.2004 – S 14 KA 260/02 –	RID 05-02-40
SG Düsseldorf, Urt. v. 15.12.2004 – S 14 KA 172/04 –	RID 05-02-49
SG Düsseldorf, Urt. v. 01.03.2005 – S 8 KR 321/04 –	RID 05-02-114
SG Düsseldorf, Urt. v. 22.03.2005 – S 34 KR 269/04 –	RID 05-02-146
SG Gießen , Urt. v. 03.02.2005 – S 21 KR 207/04 –	RID 05-02-106
SG Hamburg , Gerichtsb. v. 05.01.2005 – S 27 KA 238/02 –	RID 05-02-62
SG Hamburg, Urt. v. 09.02.2005 – S 27 KA 5/02 –	RID 05-02-12
SG Hamburg, Urt. v. 09.02.2005 – S 27 KA 569/99 u. 496/03 –	RID 05-02-21
SG Hamburg, Urt. v. 06.05.2005 – S 32 KR 666/01 –	RID 05-02-125
SG Karlsruhe , Gerichtsb. v. 29.4.2005 – S 1 KA 4638/03 –	RID 05-02-58
SG Leipzig , Gerichtsb. v. 09.05.2005 – S 8 KR 49/03 –	RID 05-02-100
SG Mainz , Urt. v. 30.03.2005 – S 8 KA 570/04 –	RID 05-02-56
SG Marburg , Urt. v. 22.02.2005 – S 6 KR 240/01 –	RID 05-02-108
SG Marburg, Beschl. v. 23.03.2005 – S 12 KA 15/05 ER –	RID 05-02-23
SG Marburg, Beschl. v. 18.05.2005 – S 12 KA 30/05 ER –	RID 05-02-36
SG Marburg, Beschl. v. 19.05.2005 – S 12 KA 375 ER –	RID 05-02-11
SG Marburg, Beschl. v. 25.05.2005 – S 12 KA 43/05 ER –	RID 05-02-37
SG München , Urt. v. 22.04.2004 – S 18 KR 557/02 –	RID 05-02-131
SG München, Urt. v. 21.12.2004 – S 2 KR 82/03 –	RID 05-02-148
SG München, Urt. v. 09.02.2005 – S 47 KR 1491/04 –	RID 05-02-144
SG München, Urt. v. 23.05.2003 – S 44 KR 525/01 –	RID 05-02-78
SG Münster , Urt. v. 31.08.2004 – S 11 KR 2/03 –	RID 05-02-127
SG Reutlingen , Urt. v. 20.01.2005 – S 3 KR 3431/04 –	RID 05-02-140
VG Koblenz , Urt. v. 09.03.2005 – 2 K 2847/04.KO –	RID 05-02-200
VG Köln , Urt. v. 13.08.2004 – 19 K 8973/02 –	RID 05-02-198
VG Köln, Urt. v. 10.11.2004 – 9 K 4647/02 –	RID 05-02-189
VG Lüneburg , Urt. v. 13.04.2005 – 1 A 413/04 –	RID 05-02-199
VG für das Saarland , Urt. v. 22.09.2004 – 1 K 160/02 –	RID 05-02-186
VGH Baden-Württemberg , Urt. v. 02.03.2005 – 9 S 216/04 –	RID 05-02-209

ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT

Stand: 11.04.2005: 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
Mengenbegrenzungsregelung: Einbeziehung der unbudgetierten Leistungen	10/05	Verstößt eine Regelung im Rahmen eines Honorarverteilungsmaßstabes, die eine Mengenbegrenzungsregelung unter Einbeziehung auch der unbudgetierten Leistungen und der nicht der Praxisbudgetierung unterliegenden Fachgruppen eingeführt hat, gegen höherrangiges Recht?	LSG Brandenburg , Urt. v. 10.11.2004 - L 5 KA 35/01 -	05-02-03 (S. 8)
"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	LSG Nordrhein-Westfalen ,	05-01-06

		Honorarbegrenzungsregelungen vornimmt, gegen höherrangiges Recht?	Urt. v. 21.07.2004 - L 10 KA 5/02 -	
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	LSG Niedersachsen-Bremen , 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?	LSG Brandenburg , 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?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 21.05.2003, - L 10 KA 52, 47/02 u. 3/03 -, - L 11 KA 243/03 -	04-01-09 bis 12
Einheitlicher Honorartopf für Fachärzte	5/04	Ist eine Regelung im Rahmen eines Honorarverteilungsmaßstabes rechtmäßig, die alle Fachärzte in einem Honorartopf zusammenfasst?	SG Reutlingen , 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?	LSG Sachsen , 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?	SG Hamburg , 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?	LSG Baden-Württemberg , 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 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?	SG Dortmund , Urt. v. 04.11.2003 - S 9 KA 94/02, 225/00, 33/03, 39/03 -	04-03-26 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
Regelleistungsvolumen:	8 u. 9/05	Musste bei der Festlegung eines Regelleistungsvolumens nach § 85 Abs 4 S 6 SGB 5 idF vom 19.12.1998 zwischen Kieferorthopäden und Allgemeinzahnärzten differenziert	LSG Sachsen-Anhalt , Urt. v. 20.10.2004	05-02-08 05-02-09

Kieferorthopäden u. Allgemein Zahnärzte		werden?	- L 4 KA 6/02 u. 7/02 -	
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 Schilddrüsenultraschografie anzuheben, wenn bei dem betroffenen Vertragsarzt die damit zusammenhängenden Leistungen ca 55 % der Gesamthonorarforderung ausmachen?	LSG Hessen , Urt. v. 03.03.2004 - L 7 KA 1233/01 -	04-03-11
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	LSG Brandenburg , Urt. v. 25.08.2004 - L 5 KA 4/01 -	05-01-15

		Abrechnung von Gesprächsleistungen einer geringen Patientenzahl gegenübersteht?		
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
Wiederholte Berichtigung	12/05	Kann eine Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung einen Honorarbescheid hinsichtlich des Ansatzes einzelner Gebührensätze ohne Berücksichtigung von Vertrauensschutzgesichtspunkten berichtigen, wenn zuvor bereits hinsichtlich anderer Gebührensätze ein Berichtigungsverfahren durchgeführt und abgeschlossen wurde?	LSG Bayern , Urt. v. 29.09.2004 - L 3 KA 506/03 -	05-02-20 (S. 15)
Praxisgemeinschaft: Rechtsmissbräuchliche Fallzahlerhöhung	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
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
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
Nephrologe und Nr. 273 EBM	44/04 vgl. Termin am 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				
Prüfungscompetenz einer KV bei Eintragung als Psychologischer Psychotherapeut	27/04	Beschränkt sich die Prüfungscompetenz einer Kassenzahnärztlichen 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	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 12.11.2003 - L 10 KA 76/02 -	04-02-50

		erforderlichen Fall- bzw. Stundenzahlen erreicht sind?		
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
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
Genehmigung Kernspintomografie	1/05	Zum Anspruch eines Arztes für Innere Medizin/Kardiologie auf Genehmigung der Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Kernspintomografie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung unter Berücksichtigung der Kernspintomografie-Vereinbarung idF vom 16.3.2001	SG Berlin , Urt. v. 11.02.2004 - S 79 KA 99/02 -	

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 Regelprüfungsmethode 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 Termin: 27.04.2005	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 Termin: 27.04.2005	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
Zahnärzte: Vergleichsgruppe bei Oralchirurgen	3, 4, 5, 6/05	Sind die Prüfungsgremien im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 Abs 2 S 1 Nr 1 SGB 5 (in der Fassung des GSG vom 21.12.1992) verpflichtet, bei Vertragszahnärzten mit der Gebietsbezeichnung "Oralchirurgie" eine verfeinerte Vergleichsgruppe zu bilden, obwohl das Berufsrecht keine Beschränkung der zahnärztlichen Tätigkeit auf dieses	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 13.10.2004 - L 11 KA 34, 35, 36, 37/03 -	05-01-51, 50, 52, 49

		Gebiet vorsieht, oder genügt die Berücksichtigung als Praxisbesonderheit?		
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?	<i>SG für das Saarland</i> , Urt. v. 06.10.2004 - S 2 KA 15/04 -	05-01-60

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 Kassenärztlichen 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?	<i>LSG Berlin</i> , 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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 14.07.2004 - L 11 KA 4/04 u. 174/03	04-04-41 u. 42

Zulassung und Ermächtigung

Rückwirkende Verlegung des Vertragsarztsitzes	7/05	Kann eine Verlegung des Vertragsarztsitzes nur mit Wirkung für die Zukunft genehmigt werden?	<i>SG Düsseldorf</i> , Urt. v. 15.12.2004 - S 14 KA 172/04 -	05-02-49 (S. 27)
Zulassungskriterien nach Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen	66/03	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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , 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?	<i>LSG Thüringen</i> , 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?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 26.05.2004 - L 7 KA 34/04 -	05-01-74
Ermächtigung: Leistungsangebot in benachbarten Planungsbereichen	14/05	Sind die Zulassungsgremien befugt - ggf unter welchen Voraussetzungen - bzw gar verpflichtet, bei der Prüfung des Ermächtigungsantrages eines Krankenhausarztes in atypischen Fällen auch das Leistungsangebot in benachbarten Planungsbereichen in ihre Beurteilung mit einbeziehen?	<i>LSG Niedersachsen-Bremen</i> , Urt. v. 09.02.2005 - L 3 KA 253/02 -	05-02-45 (S. 25)
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	<i>SG Dortmund</i> , Urt. v. 23.10.2003	04-02-92

		Überweisung durch niedergelassene Gebietsärzte (hier: Allgemeinchirurgen) rechtmäßig?	- S 14 KA 208/01 -	
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 -	03-04-66 03-04-67
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
Verzugszinsen für verspätet geleistete Abschlagszahlungen	2/05	Hat eine Kassenärztliche Vereinigung einen Anspruch auf Verzugszinsen gegenüber einer Krankenkasse für verspätet geleistete Abschlagszahlungen?	SG Karlsruhe , Gerichtsbb. v. 21.12.2004 - S 1 KA 4638/03 -	05-02-58 (S. 31)
Zahnärzte: Beitragssatzstabilität bei Punktwertfestsetzung – Jahr 2000	22 u. 23/04 Termin: 27.04.2005	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 Termin: 27.04.2005	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 Termin: 27.04.2005	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
---	-------	--	--	----------

ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG (LEISTUNGSRECHT)

Stand: 11.04.2005

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				
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 Termin: 22.03.2005	Hat eine Krankenkasse die Kosten für eine in-vitro-Fertilisation mittels intrazytoplasmatischer 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
ICSI - Privat versichertem Ehemann	B 1 KR 3/04 R Termin: 22.03.2005	Hat eine Krankenkasse die Kosten einer künstlichen Befruchtungsmaßnahme in Form einer extrakorporalen Befruchtung (IVF) mit intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI) zu übernehmen, wenn die Ursache der Sterilität bei dem privat versicherten Ehemann liegt?	<i>SG Regensburg</i> , Urt. v. 24.09.2003 - S 2 KR 191/03	juris
ICSI nach Sterilisation	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 - 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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 27.09.2004 - L 16 KR 167/03 -	04-04-85
Kosten für stationäre Behandlung				
Zusatzkosten (Knochenzellentransplantat)	B 1 KR 25/04 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten für die Anzucht 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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , 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?	<i>SG Altenburg</i> , 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?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , 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 deutschen Krankenversicherungsträger?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 08.01.2004 - L 16 KR 185/02 -	04-02-166
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 Termin: 10.05.2005	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 1/05 R Termin: 10.05.2005	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 Berlin , Urt. v. 15.12.2004 - L 9 KR 101/02 -	05-02-119 (S. 52)
	B 1 KR 25/03 R Termin: 10.05.2005	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 28/04 R Termin: 10.05.2005	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 -	05-02-118 (S. 52)
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				
Speedy-Tandem	B 3 KR 8/05 R	Hat eine Krankenkasse einem geistig und körperlich behinderten zehnjährigen Kind eine Rollstuhl-Fahrradkombination (Speedy-Tandem) als Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 27.01.2005 - L 16 KR 137/03 -	05-02-126 (S. 55)

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
Behandlungssicherungspflege: Blutzuckermessung	B 3 KR 4/05 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten von ärztlich verordneten täglichen Blutzuckermessungen (hier: Ersteinstellung und Weiterbehandlung mit dem Hinweis "Insulin nach Schema"), die von einem Pflegedienst durchgeführt wurden, im Rahmen der häuslichen Krankenpflege zu übernehmen?	LSG Bayern , Urt. v. 25.11.2004 - L 4 KR 97/03 -	05-02-134 (S. 58)

Häusliche Krankenpflege/Hospizversorgung

Behandlungspflege/Grundpflege	B 3 KR 9/04 R Termin: 17.03.2005	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 Termin: 17.03.2005	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 Termin: 17.03.2005	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
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 Grundverrichtung "Gehen" nach § 14 Abs 4 Nr 3 SGB 11 zu berücksichtigen?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. L 2 KN 76/04 KR	04-04-127
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	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 09.09.2003 - L 1 KR 81/03 -	04-03-146
------------------------------------	----------------	--	---	-----------

		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?		
Sterbegeld				
	B 1 KR 4/05 R B 1 KR 2/05 R	Besteht auch nach Inkrafttreten des GMG zum 1.1.2004 ein Anspruch auf Sterbegeld, wenn der Versicherte im Jahr 2004 verstirbt?	SG Dresden , Urt. v. - S 25 KR 1319/04 -; SG Reutlingen , Urt. v. 20.01.2005 - S 3 KR 3431/04-	05-02-138 05-02-139 (S. 59)
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 Termin: 12.05.2005	Zur Notwendigkeit der weiteren Krankenhausbehandlung, wenn der Versicherte im Anschluss an eine Hüftgelenkoperation 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 11/04 R Termin: 17.03.2005	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
	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
Stundenweise Aufnahme eines Neugeborenen	B 3 KR 18/04 R Termin: 12.05.2005	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
Verjährung	B 3 KR 32/04 R Termin: 12.05.2005	Sind für Vergütungsansprüche wegen stationärer Krankenhausbehandlung in der GKV seit 1.1.2000 die Verjährungsvorschriften des BGB anzuwenden?	SG Marburg , Urt. v. 27.05.2004 - S 6 KR 902/02 -	04-03-153
Weitere Leistungserbringer				
Rehabilitationseinrichtung: Prozeßzinsen	B 3 KR 6/05 R	Kann eine Rehabilitationseinrichtung in einem Rechtsstreit mit der Krankenkasse um einen vertraglichen Vergütungsanspruch Prozeßzinsen analog § 291 BGB verlangen?	LSG Thüringen , Urt. v. 26.04.2004 - L 6 KR 276/02 -	
Apotheke:	B 3 KR 2/05 R	Hat die Krankenkasse der abgebenden Apotheke ein aus der Schweiz importiertes	LSG Rheinland-Pfalz ,	03-04-101

Importarzneimittel (Tasmar) bei Verkehrsverbot infolge Ruhens der erteilten Zulassung	(vormals B 1 KR 21/03 R) Termin: 17.03.2005	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?	Urt. v.05.06.2003 - L 5 KR 99/02 -	
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?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 14.06.2004 - L 16 KR 297/03 -	04-03-116
Apotheker: Retaxierung	B 3 KR 7/05 R	Hat eine Krankenkasse das Recht bei vertragswidrigem Verhalten eines Apothekers (hier: Abweichung zwischen Verordnungsmenge und Packungsinhalt) eine Retaxierung vorzunehmen?	LSG Sachsen-Anhalt , Urt. v. 31.01.2005 - L 4 KR 30/01 -	05-02-151
Heilmittelerbringer: Auswirkungen einer Vertragskündigung	B 3 KR 3/04 R	Zu den Auswirkungen der Kündigung eines Vertrages zwischen einem Heilmittelerbringer und den Bundesverbänden der Ersatzkassen bezüglich der Erbringung von ambulanten orthopädisch-traumatologischen Rehabilitationsleistungen.	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 21.10.2003 - L 1 KR 10/03 -	04-02-192
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
	B 3 KR 5/05 R	Hat ein privates Kranken- und Rettungstransportunternehmen gegen die Krankenkassen einen Vergütungsanspruch in der Höhe, wie sie nach kommunalrechtlichen Satzungsbestimmungen für Einsätze der Feuerwehr zu zahlen ist?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 12.08.2004 - L 16 KR 81/03 -	04-04-159
Sonstiges				
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

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	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