

Rechtsprechungsinformationsdienst 05-03

A. Vertragsarztrecht	5
I. Honorarverteilung	5
1. Fachgebietsübergreifende Gemeinschaftspraxis und Fallzahlbegrenzungsregelung	5
2. Getrennte Honorarbereiche: Haus-/fachärztliche Versorgung	6
3. Anspruch auf "Nachverhandlung" der Gesamtvergütungshöhe	6
4. Anästhesist: Wegegeld bei Schmerztherapie in Patientenwohnung	6
5. Radiologen: Begrenzung der Gesamtscanzahlen	7
6. Belegärztliche Nuklearmedizin (Radiojodtherapie): Abschlag	7
7. Vergütung für ambulante Notfallbehandlungen	7
8. Zahnärzte	8
a) Individualbudget und Neugründer-Praxis	8
b) Kein Anspruch auf Vergütung von Neufällen nach § 95b SGB V	9
II. Praxis- und Zusatzbudgets	10
1. Zusatzbudget "Allergologie (Zusatzbezeichnung)" für Hautärzte	10
2. Bemessung von Zusatzbudgets in Gemeinschaftspraxis	11
III. Sachlich-rechnerische Berichtigung und Gebührenrecht	11
1. Doppelbehandlung in Praxisgemeinschaft	12
2. Kinderchirurg: Nrn. 1 und 2 EBM	12
3. Verweilgebühr im Rettungsdienst (Nr. 40 EBM)	13
4. Farbcodierte Duplex-Sonografie (Nr. 689 EBM)	13
5. Nr 4066 EBM: Bestimmung von Stickstoff und Wasser im Stuhl	13
6. Parenterale Polychemotherapie mit "Aredia"	14
7. Zahntechnische Leistungen/Vertrag Zahntechniker-Krankenkassen	14
IV. Arztregistereintragung/Fachkunde/Genehmigungen	14
1. Fachfremdheit nach Änderung der WBO (Dermatohistologie)	15
2. Interventionell-radiologische Verfahren fachfremd für Angiologen	15
3. Kernspintomografie-Vereinbarung	16
a) Bedeutung der Herstellergarantie	16
b) Rechtmäßigkeit trotz fachlicher Veränderungen	16
4. Qualitätssicherung bei Mammographien	17
5. Notfalldienst: Ungeeignetheit eines Pathologen	17
6. Vorbereitungsassistenten mit Zahnheilkundeerlaubnis	18
V. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Schadensersatzanspruch	19
1. Prozessunterbrechung bis zur Prüfungsmienbesetzung nach GMG	19
2. Einzelleistungsvergleich der Nr. 565 EBM	19
3. Sprechstundenbedarfsregress/Verspätetes Vorbringen	20
4. Arzneikostenregress und Off-Label-Use (Immunglobuline)	20
5. Regressforderung: Zahnprothetische Versorgung	21
VI. Verpflichtung zur Eröffnung eines Disziplinarverfahrens	22
VII. Zulassungsrecht	22
1. Psychotherapeuten	23
a) Zeitfenster in England	23
b) Approbationserfordernis verfassungsgemäß	23
2. Krankenhaustätigkeit als Zulassungshindernis (Facharzt für Humangenetik)	24
3. Auslauffrist für Psychotherapeuten nach Zulassungsende	24

4. Gleichzeitige Teilnahme an der haus- und fachärztl. Versorgung	25
a) Beurteilungsspielraum/Angrenzende Planungsbereiche	25
b) Nervenarzt	25
5. Altersgrenze von 68 Jahren: EU-Recht, MRK	25
6. Kein Anordnungsgrund für Wiederzulassung nach kollektivem Verzicht	26
7. Zulassungsentziehung und „Wohlverhalten“	26
8. Ermächtigung bei bestehender Institutsermächtigung	27
VIII. Wahl zum Vorstand der KZV Rheinland-Pfalz	27
IX. Verfahrensrecht: Rechtsweg gegen Insolvenzverwalter	27
X. Regelstreitwert bei Budgetklage	27
XI. Entscheidungen des BSG	28
1. Honorarverteilung	28
a) Verfassungsgemäße Grundlagen der Honorarverteilung (Radiologen)	28
b) Mehrvergütung nach Modellvereinbarung und Honorarbescheid (§§ 86, 96 SGG)	28
2. Laborreform '99: Wirtschaftlichkeitsbonus (Nr. 3452 EBM)	29
3. Sachlich-rechnerische Berichtigung	29
a) Hemmung der Aufhebungsfrist bei Schiedsverfahren über Gesamtvergütung	29
b) Nr. P 200 Bema-Z	29
4. Wirtschaftlichkeitsprüfung	29
a) Reproduktionsmedizinische Praxis und Beratungsleistungen (Nr. 17, 18 EBM)	29
b) Nr. 10 EBM und anthroposophische Ausrichtung	29
5. Zulassungsrecht	30
a) Anfechtungsbefugnis bei Gemeinschaftspraxis	30
aa) Aufhebung der Genehmigung zur Teilnahme an Gemeinschaftspraxis	30
bb) Zulassungsentziehung/Widerspruchsbegründung	30
b) Beendigung mit Vollendung des 68. Lebensjahrs und EU-Recht	30
B. Krankenversicherungsrecht	31
I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung	31
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	31
a) Brachytherapie	31
aa) Interstitielle Brachytherapie mit permanenter Seed-Implantation	31
bb) Interstitielle Brachytherapie (Kostenerstattung: Fehlende Kausalität)	31
b) Epidurales Injektionsverfahren nach Racz als Wahlleistung	32
c) LDL-Apherese	32
d) Kapselendoskopie mit sog. "PillCam"	33
e) Neuropsychologische Therapie (Einstweilige Anordnung)	33
f) Behandlung eines Mammacarcinoms	33
2. Ausgeschlossene Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	34
a) Balneo-Phototherapie	34
b) Implantologische Leistungen	34
3. Anspruch auf kieferorthop. Behandlung (§ 95b SGB V)	35
II. Kostenerstattungsanspruch: Privatärztlich erbrachte Leistungen	35
III. Kosten für stationäre Behandlung	35
1. Operative Geschlechtsumwandlung in Privatklinik	35
2. Krankheitsbegriff	36
a) Bauchdeckenplastik	36
b) Brustverkleinerung/Mammareduktionsplastik	36

IV. Behandlung im Ausland	36
1. Sachleistungsanspruch eines EU-Residenten in Deutschland	36
2. Ambulante Zahnbehandlung in Österreich	37
3. Methode Dr. Kozijavkin	37
4. Doman-Delacato-Therapie (DDT) in Italien	37
5. Sprachheilbehandlung am Del Ferro-Institut Amsterdam	38
V. Arzneimittel	38
1. Off-Label-Use	39
a) Seroquel (Quetiapin) zur Behandlung eines Tremors	39
b) Immunglobulin zur Behandlung der Multiplen Sklerose	39
2. Thymuspeptid-Therapie mit Organhydrolysat	39
3. Lebensmittel/Kosmetische Mittel ("Aloe Vera")	40
4. Hydrolysat-Nahrung	40
VI. Heilmittel: Krankengymnastik in Doppelstunden	40
VII. Hilfsmittel	40
1. Festbetragsfestsetzung für Hörgeräte	41
a) Gestufte Darlegungs- und Beweislast	41
b) Volle Kostenübernahme bei notwendiger Versorgung	41
2. Austausch mit Hinter-dem-Ohr Sprachprozessor	42
3. Kein Wahlrecht auf Liegerad	42
4. Motorgetriebenes Rollstuhlzuggerät	42
5. Wiedereinsatz eines Elektrorollstuhls/Neues Elektromobil	42
6. Fremdkraftbetriebener Beintrainer	43
7. Braillezeile ohne Vorteil gegenüber Lese-Sprech-Gerät	43
8. Bildtelefon	43
9. Weichlagerungsmatratze	44
10. Vojta-Liege	44
11. Versorgung mit Haarersatz bei Männern	44
VIII. Häusliche Krankenpflege	44
1. Rechtswidriger Leistungsausschluss durch Richtlinie (Einmalkatheterisierung)	44
2. Zeitaufwand für die Überwachung der Beatmung	45
3. Behandlungspflege in der Berufsausbildung	45
4. An- und Ausziehen von Stützstrümpfen bis 2003	46
IX. Rehabilitationsleistungen: Intensiv-Trainingsmaßnahmen	46
X. Sterbegeld bei Tod nach dem 31.12.2003	46
XI. Beziehungen zu Leistungserbringern	46
1. Beziehungen zu Krankenhäusern: Krankenhauskosten	47
a) Zahlungsanspruch und Prüfverfahren	47
b) Lückenhafte Dokumentation des Behandlungsverlaufs	48
c) Fallpauschale Nr. 9.011 und Sonderentgelt Nr. 21.01	48
2. Vertragsabschließungsmonopol der Apothekerverbände	48
3. Prozesszinsen für Vergütungsanspruch	49
XII. Krankenversicherungspflicht bei Bezug von Alg II	49
XIII. Verfahrensrecht	50
1. Fortsetzungsfeststellungsklage: Arzneimittel und Versandhandel	50
2. Unzulässige Aufteilung bei Klagehäufung ("Nummern machen")	50
3. Beschwerde gegen Unterlassung einer Terminbestimmung	50
4. Gegenvorstellungen gegen unanfechtbare Entscheidung	51

XIV. Entscheidungen des BSG	51
1. Vertragsärztliche Behandlung	51
a) ICSI bei Sterilisation	51
b) Antragserfordernis und selbst beschaffte Leistung	51
2. Beziehungen zu Leistungserbringern	51
a) Krankenhausträger	51
aa) Abgrenzung stationäre/ambulante Behandlung	51
bb) Abgrenzung Krankenhausbehandlung und stationäre Rehabilitation	52
b) Apotheken: Importarznei (Tasmar)/Ruhe der Zulassung	52
3. Aufsichtsmaßnahme - Kostenerstattung für außervertragliche Leistungen	52
 C. Entscheidungen anderer Gerichte	 53
I. Ärztliches Berufsrecht	53
1. Widerruf einer ärztlichen Approbation	53
a) Unwürdigkeit: Verurteilung wegen Betrugs in 142 Fällen	53
b) Zuzahlungsverlangen	53
c) Zuzahlungsverlangen und Abrechnungsbetrug	54
2. BVerfG: Werbeverbot und Informationswerbung	55
3. Klinikprivileg und Entgelt für Patientenzuweisung	55
4. Mitgliedschaft der Ärztekammer im Verband Freier Berufe	55
II. BGH: Arzthaftung	56
1. Fehlende Aufklärung über unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten	56
2. Darlegungslast bei unzureichender Aufklärung über Behandlungsalternative	56
3. Beweislast bei alternativem Kausalverlauf	56
4. Persönliche Anhörung bei Entscheidungskonflikt	56
III. Private Krankenversicherung: Zahnärzte	57
1. Blockkrone nach 12-stündiger Behandlung/Schmerzensgeld	57
2. Teure Therapie bei günstigerer Methode	57
IV. Inverkehrbringen von Red Rice Kapseln (Nahrungsergänzung)	57
V. Verschiedenes	57
1. Weitere Entscheidungen des BVerfG	57
a) Dinglicher Arrest bei Honorarrückforderung („Strohmannverhältnis“)	57
b) Beitragspflicht zur Anwaltsversorgung während Kindererziehungszeiten	58
2. Weitere Entscheidungen des BGH	58
a) Infektion durch Infusion: Ehepartner	58
b) Schutz der Heimbewohner im Pflegeheim	59
c) Krankenhausvertrag bei fehlender gesetzlicher Versicherung	59
d) Optometrische Leistungen III	59
3. Erstattung von Rechtsanwaltskosten für Behördenvertretung	60
4. Kosten für amtsärztliche Einstellungsuntersuchungen	60
Editorische Hinweise	60
Redaktion	60
Verzeichnis der Entscheidungen	61
Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht	63
Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung (Leistungsrecht)	70
Anhang III: Beim BVerfG anhängige Verfahren aus dem Bereich der GKV	75

A. VERTRAGSARZTRECHT

I. HONORARVERTEILUNG

S. zuletzt zur Zulässigkeit eines **Honorartopfs** für alle **fachärztlich** erbrachten Leistungen **BSG**, Urt. v. 22.06.2005 – B 6 KA 5/04 R – (vgl. Presse-Mitteilung Nr. 29/05); **BSG**, Urt. v. 22.06.2005 – B 6 KA 80/03 R – zu einer **Mengenbegrenzungsregelung** im HVM (nach Maßgabe des Fallpunktzahldurchschnitts seiner Arztgruppe, Begrenzung des Mengenzuwachses im Vergleich zur eigenen Abrechnung des Arztes im Vorjahresquartal); zur Rechtmäßigkeit des **Wirtschaftlichkeitsbonus bei Laborleistungen** (Nr. 3452 EBM) **BSG**, Urt. v. 23.02.2005 – B 6 KA 55/03 R –; **BSG**, Urt. v. 09.12.2004 – B 6 KA 44/03 R – GesR 2005, 307 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; **BSG**, Urt. v. 20.10.2004 – **B 6 KA 26/03** u. **30/03 R** –, BSGE = SozR 4-2500 § 85 Nr. 12 = ZMGR 2005, 112 = GesR 2005, 267 = MedR 2005, 366, 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 31/03 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.

Nach **BSG**, Urt. v. 22.06.2005 – B 6 KA 19/04 R – (vgl. Presse-Mitteilung Nr. 29/05) ist eine materielle **Ausschlussfrist** hinsichtlich **verspätet eingereichter Abrechnungen** mit der Folge der Nichtvergütung unwirksam; verspätet eingereichte Abrechnungen wegen der **Nachreichung von Krankenschein** bzw. Chipkarte sind zulässig; ein Ausschluss im HVM ausgeschlossen ist wegen Verstoßes gegen die höherrangigen Regelungen der Bundesmantelverträge unwirksam.

Zur **Aufhebung bestandskräftiger Honorarbescheide** s. **BSG**, Urt. v. 22.06.2005 – B 6 KA 21 u. 24/04 R – (vgl. Presse-Mitteilung Nr. 29/05), wonach für die **Ermessensausübung** nach § 44 II 2 SGB X der Hinweis auf die hohe finanzielle Belastung der Gesamtvergütung für das laufende Quartal, die mit der Nachvergütung der betroffenen Psychotherapeuten eintreten würde, und auf den damit zwangsläufig verbundenen Verwaltungsaufwand ausreichend ist; 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. FACHGEBIETSÜBERGREIFENDE GEMEINSCHAFTSPRAXIS UND FALLZAHLBEGRENZUNGSREGELUNG

SG München, Urt. v. 13.04.2005 – S 38 KA 535/04 – (rechtskräftig)

RID 05-03-01

Fallzahlbegrenzungsregelung, Gemeinschaftspraxis, fachgebietsübergreifend, Radiologe, Neurologe
SGB V § 85 IV

Sieht eine Fallzahlbegrenzungsregelung für Gemeinschaftspraxen vor, dass für jeden Arzt die Fallzahl gilt, die sich durch Teilung der Gesamtfallzahl der Praxis durch ihre Mitgliederzahl ergibt, so setzt dies voraus, dass die Arztgruppe überhaupt der Fallzahlbegrenzungsregelung unterfällt. Für eine fachgebietsübergreifende Gemeinschaftspraxis, in der nur ein Arzt (Neurologe) der Fallzahlbegrenzungsregelung unterfällt, nicht aber der andere (Radiologe), fehlt es daher an einer Fallzahlbegrenzungsregelung. Es handelt sich möglicherweise um eine Regelungslücke, die auszufüllen dem Gericht verwehrt ist.

Die klagende fachübergreifende Gemeinschaftspraxis besteht aus einem Neurologen und einem Radiologen. Sie wandte sich gegen die Fallzahlbegrenzung in den Quartalen III u. IV/02, weil es an einer Regelung im HVM fehle. Die KV war der Auffassung, die Praxis sei unter einer neurologischen Abrechnungsnr. geführt worden, was mit erheblichen Vorteilen verbunden gewesen sei. Das **SG** hob die Honorarbescheide insoweit auf und verpflichtete die KV, die Honorare unter Außerachtlassung der Fallzahlbegrenzungsregelung festzusetzen und zur Auszahlung zu bringen.

Zur Zuordnung einer fachgebietsübergreifenden Gemeinschaftspraxis zu einem Honorartopf s. RID 04-04-A I 9 (S. 11 f.); zur Berechnung von Zusatzbudgets in einer Gemeinschaftspraxis mit einem Arzt mit Doppelzulassung s. **LSG Niedersachsen-Bremen**, Urt. v. 25.05.2005 – L 3 KA 60/03 – RID 05-03-12.

2. GETRENNTE HONORARBEREICHE: HAUS-/FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 07.04.2005 – L 5 KA 30/04 – juris

RID 05-03-02

Revision anhängig: B 6 KA 29/05 R

Punktwert, haus- und fachärztliche Versorgung, Stützung, Stützungsverpflichtung, Bewertungsausschuss

SGB V § 85 IV, IVa; GG Art. 12 I

Die Verteilung der Gesamtvergütungen getrennt für die Bereiche der haus-/fachärztlichen Versorgung (§ 85 IV u. IVa SGB V) sowie deren Umsetzung durch den Beschluss des Bewertungsausschusses v. 16.02.2000 (DÄ 2000, A-555 ff) und den ab 01.01.2000 geltenden HVM der Bekl. sind rechtmäßig.

Ein HVM muss nicht die Punktwerte im hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich im Sinne einer Stützung bei einem Abfall des Punktwertes um 15% verklammern.

Die aus der Trennung der Versorgungsbereiche bzgl. der Vergütung resultierende unterschiedliche Entwicklung der Punktwerte ist der Regelung immanent und unter Berücksichtigung ihres Zwecks, vorher zu Lasten der Hausärzte bestehende Einkommensunterschiede zu verringern, auch gewollt.

Die Kl., Orthopäden in Gemeinschaftspraxis, erhielten 325.659,67 DM im Quartal I/00 auf die im Primär- und Ersatzkassenbereich abgerechneten 2.732 Fälle mit einem Punktzahlvolumen von 4.361.371,7 Punkten. Im Vergleich zum Quartal I/99 bedeutete dies, trotz eines Anstiegs der Fallzahl um 2,1% und des Punktzahlvolumens um 6,1% einen Rückgang des Honorars um 9,9%, des Honorars pro Fall um 11,7% sowie des praxisinternen Punktwertes um 15,1%. Die Kläger erhoben gegen den Honorarbescheid erfolglos Widerspruch, weil die Bekl. wegen der gesetzlich vorgegebenen Änderungen ab dem 01.01.2000 mit einer Aufteilung der Gesamtvergütung getrennt nach haus- und fachärztlichem Versorgungsbereich eine Punktwertminderung von lediglich 4,5% für die Fachärzteschaft prognostiziert habe. *SG Mainz*, Urt. v. 24.03.2004 – S 1 KA 182/01 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Parallelentscheidung: *SG Mainz*, Urt. v. 21.04.2004 – S 6 KA 201/02 – für Quartal I/01

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 07.04.2005 – L 5 KA 38/04 – juris

RID 05-03-03

Revision anhängig: B 6 KA 30/05 R

3. ANSPRUCH AUF "NACHVERHANDLUNG" DER GESAMTVERGÜTUNGSHÖHE

LSG Sachsen, Urt. v. 31.03.2004 – L 1 KA 4/01 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-04

Vergütungsanspruch, Gesamtvertrag, Gesamtvergütung, subjektives Recht

SGB V §§ 84, 85 IV

Es besteht weder ein subjektiver Anspruch eines Vertragsarztes gegenüber der KV auf "Nachverhandlung" der Gesamtvergütungshöhe (hier: des Jahres 1992 als Basisjahr der Folgejahre) mit den Krankenkassen noch darauf, die Sach- oder Rechtswidrigkeit von Gesamtvertragsverhandlungen im Rahmen eines die Vergütungsverteilung betreffenden Rechtsstreits i. S. einer Inzidenzkontrolle zu prüfen. Die Höhe der Gesamtvergütung ist kein unabwendbares "Schicksal", sondern das auf der Grundlage der gesetzlichen Vorschriften erzielte Ergebnis der Verhandlungen des Partner der vertragsärztlichen Versorgung (so ausdrücklich BSG SozR 3-2500 § 85 Nr. 30; st. Rspr.).

§ 84 III SGB V kommt keine gegenüber dem Vertragsarzt drittschützende Bedeutung zu.

SG Dresden, Urt. v. 18.10.2000 – S 11 KA 357/98 – wies die Klage eines Facharztes für Allgemeinmedizin ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. ANÄSTHESIST: WEGEGELD BEI SCHMERZTHERAPIE IN PATIENTENWOHNUNG

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 11.05.2005 – L 11 KA 5/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-05

Wegegeld, Fahrtkostenerstattung, Anästhesist, Schmerztherapie

SGB V § 85 IV

Bestimmt ein HVM, dass Ärzte für Besuche eine Wegegeldpauschale bzw. ein Wegegeld erhalten und dass abweichend hiervon zugelassene oder ermächtigte Ärzte für Anästhesie anstelle eines Wegegeldes Fahrtkostenerstattung erhalten, so gilt der Wegegeldanspruch auch bei schmerztherapeutischen Behandlungen eines Anästhesisten in der Wohnung eines Patienten. Der Ausnahmetatbestand soll nur dann eingreifen, wenn ein Arzt für Anästhesie Anästhesien/Narkosen bei operativen Eingriffen gemäß D II des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) erbringt.

SG Düsseldorf, Gerichtsbb. v. 01.12.2003 – S 17 KA 89/02 – verurteilte die KV antragsgemäß, das *LSG* wies die Berufung zurück.

5. RADIOLOGEN: BEGRENZUNG DER GESAMTSCHANZAHLEN

SG Hamburg, Urt. v. 16.03.2005 – S 27 KA 299 u. 300 /02 –

RID 05-03-06

Gesamtschanzahl, Gesamtsequenzzahl, CT-Leistung, MRT-Leistung
SGB V §§ 85 IV, 87

Die Begrenzung der Gesamtschanzahlen und der Gesamtsequenzzahlen bei CT- und MRT-Leistungen sind rechtmäßig (hier: Quartale IV/97 u. I/98). Sie stellen „kleine Budgets“ dar, die von der Gestaltungsfreiheit des EBM-Normgebers gedeckt sind und deren Bemessung nicht allein unter fachmedizinischen Aspekten beurteilt werden kann (vgl. BSG, Urt. v. 20.10.2004 – B 6 KA 31/03 R –).

6. BELEGÄRZTLICHE NUKLEARMEDIZIN (RADIOJODTHERAPIE): ABSCHLAG

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 27.04.2005 – L 3 KA 177/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-07

Revision zugelassen

SGB V §§ 85 IV 1 u. 2, 87 I u. II, 121 III, 123 III 2

Radiojodtherapie, Nuklearmedizin

Ein HVM kann vorsehen, dass die belegärztlich erbrachten Leistungen des Kapitels T (Strahlentherapie) mit 30% der Punktzahlen des EBM vergütet werden, sofern das Honorar nicht im übrigen stationären Bereich abgegolten ist. Mit der Reduzierung der Punktzahl um 70% - d.h. von den bei der EBM-Ziffer 7050 vorgesehenen 3.800 Punkten auf 1.140 Punkte - wird die vom Bewertungsausschuss vorgegebene Punktzahlbewertung im Rahmen der Honorarverteilung modifiziert. Dies ist nicht nur grundsätzlich zulässig (BSG SozR 3-2500 § 85 Nr. 4), sondern wegen § 121 III 2 SGB V geboten.

Eine weitgehende Gestaltungsfreiheit bei der Abfassung eines HVM nach § 85 IV 1 u. 2 SGB V kommt unter der ab 01.07.2004 bestehenden Rechtslage nunmehr der KV und den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Verbänden der Ersatzkassen als Vertragspartner des HVM zu.

Der Kl. ist Arzt für Nuklearmedizin und Belegarzt. Seine belegärztliche Tätigkeit besteht im Wesentlichen aus der Durchführung von Radiojodbehandlungen benigner Schilddrüsenerkrankungen. Dabei nimmt der Patient eine Kapsel mit radioaktivem Jod ein, das sich über die Blutbahn teilweise in der Schilddrüse einlagert, wo die beim Zerfall des Radiojods freigesetzte Strahlung auf das erkrankte Gewebe einwirkt. Im EBM in der bis März 2005 geltenden Fassung ist der Radiojodbehandlung unter der Ziffer 7050 (im Abschnitt: "T. Strahlentherapie") eine Punktzahl von 3.800 zugeordnet worden. Der HVM der Bekl. vom 31.05.1997 – der gemäß den Vereinbarungen mit den Kassenverbänden vom 01.07.2004 bis zum 31.03.2005 weiter galt - sieht vor, dass die Leistungen des Kapitels T (Strahlentherapie) bei belegärztlicher Erbringung mit 30% der Punktzahlen des EBM vergütet werden, sofern das Honorar nicht im übrigen stationären Bereich abgegolten ist. *SG Hannover*, Urt. v. 09.04.2003 – S 16 KA 126/00 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

7. VERGÜTUNG FÜR AMBULANTE NOTFALLBEHANDLUNGEN

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 19.01.2005 – L 10 KA 11/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-08

Revision anhängig: B 6 KA 31/05 R

Notfallbehandlung, Krankenhaus, Vergütung, Notfallvergütung, ambulante Notfallbehandlung

SGB V §§ 75 I 2, 76 I 2, 85 IV, 115 I u. II 2

Enthält eine Vertragsklausel eine dynamische Verweisung für die Vergütung für ambulante Notfallbehandlungen im Krankenhaus auf die für niedergelassene Vertragsärzte geltenden Vergütungssätze und werden diese wiederum durch den jeweiligen HVM definiert, so ist in einem ersten Schritt zunächst die Vergütungshöhe nach Maßgabe des HVM zu bestimmen und hiervon sodann in einem zweiten Schritt der vereinbarte Abschlag um 10 v. H. vorzunehmen. Als entsprechender für Vertragsärzte geltender Punktwert ist der im HVM bestimmte ungestützte Punktwert ("roter Bereich") zu Grunde zu legen. Dies folgt daraus, dass § 3 II 2 des Vertrages auf die für Vertragsärzte "geltenden Vergütungssätze" verweist. Das sind die freien Leistungen des sog. roten Bereichs.

Die Vergütungssätze für den organisierten Notfalldienst der niedergelassenen Ärzte sind nicht maßgebend.

Als ein die Ungleichbehandlung rechtfertigender Grund ist der Umstand anzusehen, dass nicht die Krankenhäuser, sondern die niedergelassenen Ärzte und in niedergelassener Praxis angestellten Ärzte

(§ 1 I NFDO) und davon im wesentlichen die Vertragsärzte an der Kostentragung für Organisation und Durchführung des von der KV organisierten ärztlichen Notfalldienstes beteiligt sind. Die Krankenhäuser hingegen sind an der Vorhaltung und Finanzierung des organisierten Notfalldienstes nicht beteiligt. Die Versorgung ambulanter Patienten, die aus medizinischen Gründen einer umgehenden Behandlung bedürfen und in deren Fall ein fachlich zuständiger Vertragsarzt nicht in der gebotenen Eile herbeigerufen oder aufgesucht werden kann und die deswegen die Notfallambulanz eines Krankenhauses aufsuchen, macht nicht die Vorhaltung von speziellem Personal erforderlich. Denn der ärztliche Bereitschaftsdienst in einem Krankenhaus ist im Hinblick darauf, dass dort in erster Linie stationäre Patienten versorgt werden, ohnehin auf eine Versorgung rund um die Uhr ausgerichtet.

Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, die KVen Nordrhein und Westfalen-Lippe sowie die Verbände der Primär- und Ersatzkassen schlossen am 10.05.1994 - mit Wirkung vom 01.01.1994 - einen **Vertrag gemäß § 115 I SGB V** zur Regelung der **ambulanten Notfallbehandlung im Krankenhaus**. Nach § 3 II des Vertrages rechnet die zuständige KV die durch das Krankenhaus im Rahmen der ambulanten Notfallbehandlungen erbrachten Leistungen nach den Bestimmungen des EBM ab. Bei der Honorierung sind 90 v. H. der für niedergelassene Vertragsärzte geltenden Vergütungssätze zu Grunde zu legen. Die Auslegung dieser Vergütungsregelung für die Quartale I und III/97 war Gegenstand zweier Rechtsstreite vor dem **LSG Nordrhein-Westfalen**. Mit rechtskräftigen Urten. v. 23.02.2000 (L 11 KA 114/98 - RID 00-03-11 und L 11 KA 204/99) verurteilte das LSG die Beklagte im Krankenhaus erbrachte Notfallbehandlungen mit dem für niedergelassene Vertragsärzte durch den HVM bestimmten ungestützten Punktwert zu vergüten, mithin den Punktwert im sog. "roten Bereich" zu Grunde zu legen. Das **BSG** wies die Revision der Beklagten gegen das Urteil L 11 KA 114/98 zurück (Urten. v. 31.01.2001 - B 6 KA 33/00 R - SozR 3-2500 § 115 Nr. 1). Vor diesem Hintergrund widersprach die Kl. den Honorarabrechnungsbescheiden für I bis IV/99. Nach der BSG-Entscheidung nahm die Bekl. unter Zugrundelegung des ungestützten Punktwertes eine Neuberechnung der Vergütungen vor. Die Kl. hielt ihren Widerspruch aufrecht und machte geltend, da ab dem Quartal I/99 Leistungen im organisierten Notfalldienst mit einem festen Punktwert von 9,0 Pf. vergütet würden, seien Notfallbehandlungen im Krankenhaus in den streitigen Quartalen mit einem Punktwert von 8,1 Pf. (90 v. H. von 9 Pf.) zu vergüten. **SG Düsseldorf**, Urten. v. 26.11.2003 - S 33 KA 241/02 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

8. ZAHNÄRZTE

A) INDIVIDUALBUDGET UND NEUGRÜNDER-PRAXIS

LSG Niedersachsen-Bremen, Urten. v. 22.12.2004 - L 11 KA 23/01 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-09

Revision anhängig: B 6 KA 23/05 R

Individualbudget, Individuelle Bemessungsgrenze, Landesdurchschnitt, Fallzahl

SGB V § 85 IV

Beträgt die individuelle Bemessungsgrenze 263.268 Punkte, der Landesdurchschnitt 283.882 Punkte, haben aber die Fallzahlen der Praxis abgenommen, so besteht kein Anspruch auf Erhöhung des Individualbudgets. Die Anknüpfung an die Fallzahl wird den Besonderheiten einer Neugründer-Praxis gerecht und ist die Fallzahlsteigerung, die auf einem echten Patientenzuwachs beruht, ein legitimer Grund für die Steigerung der Leistungen bzw. des Umsatzes. Demgegenüber wäre eine Regelung, die eine Steigerung der abgerechneten Leistungsmenge ohne entsprechenden Fallzahlzuwachs zuließe, nicht sachgerecht, denn sie würde eine unwirtschaftliche Behandlungsweise begünstigen.

Der Kl. zu 2. ist seit III/93, die Kl. zu 1 seit IV/94 zugelassen, seitdem bildeten sie eine Gemeinschaftspraxis, die zum 01.01.1999 in eine Praxisgemeinschaft umgewandelt wurde. Für das Jahr 1998 setzte die Bekl. das Honorar auf 256.636 Punkte fest auf der Grundlage der Quartale IV/95 bis III/97. In diesen acht Quartalen wurden insgesamt 596.173 Punkte von den Kl. abgerechnet, unter Abzug des Sicherheitsabschlages in Höhe von 15 % verblieben danach 506.747 Punkte. Auf das Jahr umgerechnet ergab dies 253.374 Punkte, unter Anrechnung eines Zuschlages in Höhe von 3.262 Punkten ermittelte die Beklagte die HVM-Bemessungsgrenze in Höhe von 256.636 Punkten. Bis zu dieser Grenze garantierte die Beklagte die Vergütung zu einem festen Punktwert. Die Bekl. hob die Bemessungsgrenze auf **263.268 Punkte** an, weil eine Ausnahme bzw. eines Härtefalls im Sinne von Nr. 3, 4 der Anlage II zum HVM vorliege. Deshalb habe man das Quartal I/96 und das Quartal III/97 nicht in die Berechnung der Bemessungsgrenze einbezogen. **SG Bremen**, Urten. v. 10.10.2001 - S 1 KA 68/98 - verurteilte die Bekl. zur Neuberechnung; nach BSG, Urten. v. 21.10.1998 - B 6 KA 71/97 R - BSGE 83, 57, das sich mit dem HVM der Bekl. des Jahres 1995 beziehe, verstießen solche Regelungen gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, die Neugründer-Praxen faktisch daran hinderten, ihren Umsatz durch einen Zugewinn von Patienten zumindest bis zum durchschnittlichen Umsatz der

Zahnarztgruppe zu steigern. Nach dem geänderten HVM werde zwar die Bemessungsgrenze – höchstens bis zum jeweiligen Landesdurchschnitt – um denjenigen prozentualen Umfang erhöht, in dem die Zahl der Patienten in den Quartalen I – IV/98 gegenüber der jahresdurchschnittlichen Zahl der Patienten im einbezogenen Bemessungszeitraum zugenommen habe. Da der Fall der Kläger im Zeitpunkt des 31.08.1999 noch nicht rechtskräftig entschieden worden sei, sei diese Regelung auch auf die Berechnung der Bemessungsgrundlage für das Jahr 1998 anzuwenden. Unbegründet sei die Klage indessen insoweit, als die Kläger die Anhebung der Bemessungsgrenze auf 310.000 Punkte begehren. Mit der Berufung begehren die Kl. weiterhin die Erhöhung der Bemessungsgrundlage auf 310.000 Punkte. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

B) KEIN ANSPRUCH AUF VERGÜTUNG VON NEUFÄLLEN NACH § 95b SGB V

SG Hannover, Urt. v. 08.06.2005 – S 35 KA 56/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-10

Zulassungsverzicht, Ermächtigung, Zulassungsverzicht, Verzicht, Sicherstellungsauftrag, Krankenkasse

SGB V §§ 13 III 6, 69, 72a III, IV, 76 I, 95, 95b; BGB §§ 267, 414, 611

Ein Anspruch auf **Vergütung von zahnärztlichen Leistungen**, die nicht auf der Grundlage eines genehmigten Behandlungsplanes vorgenommen wurden bzw. die kein Notfall i. S. d. § 76 I 2 SGB V darstellen, besteht nicht. Ein Anspruch besteht auch nicht aus § 95b III 1 SGB V.

Gem. § 95b I SGB V ist mit den **Pflichten eines Vertrags(zahn)arztes** nicht vereinbar, in einem mit anderen Ärzten aufeinander abgestimmten Verfahren oder Verhalten auf die Zulassung als Vertrags(zahn)arzt zu verzichten.

In der Gesamtschau kann das zeitliche, inhaltsgleiche und massenhafte Zusammentreffen der Zulassungsverzichte sowie die zahlreichen, gemeinsam von den Kieferorthopäden und den zahnärztlichen und fachzahnärztlichen Berufsvertretungen öffentlichkeitswirksam im Allgemeinen und gegenüber den betroffenen Patienten im Besonderen erkennbar gewordenen Erklärungen und Meinungsäußerungen die Annahme zulassen, dass das Verhalten der Kieferorthopäden als ein **aufeinander abgestimmtes Verhalten** zu bewerten ist. Nach dem Sinn und Zweck des § 95b I SGB V sind darunter gelenkte kollektive Aktionen von Vertragszahnärzten in großer Zahl zu verstehen, die darauf angelegt sind, die Sicherstellung und Durchführung der vertragszahnärztlichen Versorgung zu gefährden bzw. die Funktionsfähigkeit des vertragszahnärztlichen Systems in Frage zu stellen, zu destabilisieren oder gar zu zerstören.

Die Leistung nach § 95b III SGB V ist eine Leistung auf eine Schuld des Versicherten (Dienstvertrag nach § 611 BGB) in Form einer **Schuldübernahme**. Die Norm begründet somit keinen Anspruch des Vertragszahnarztes auf Vergütung von Leistungen, die von Versicherten in Anspruch genommen wurden.

Der Versicherte hat **kein Recht** i. S. d. § 76 I 1 SGB V auf **freie Wahl eines Zahnarztes**, der auf seine Zulassung verzichtet hat. Ein solches Recht folgt auch nicht aus § 95b III SGB V.

Auch aus den **Gesetzesmaterialien** (BT-Drucks. 12/3608, S. 94 ff.) lässt sich ein Anspruch des kollektiv verzichtenden Zahnarztes gegen die Krankenkasse losgelöst von den Bindungen des Vertragsarztrechtes nicht herleiten.

Würde man mit der Rechtsprechung des **LSG Niedersachsen-Bremen** den kollektiv auf eine Zulassung verzichtenden Zahnärzten einen von den Regeln des Vertragsarztrechts freigestellten Anspruch auf Vergütung gewähren, wären sowohl die finanziellen Grundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung bei unbudgetierten Vergütungsansprüchen gefährdet, wie auch die Interessen der Versicherten, da die auf Qualitätssicherung gerichteten Normen und vertraglichen Beziehungen die Nichtvertrags(zahn)ärzte nicht binden. Dies würde **entgegen dem Regelungszweck** das Ende des vertragsärztlichen Versorgungssystems darstellen, da der Widerspruch zwischen unbudgetierten Ansprüchen kollektiv ausgeschiedener Zahnärzte und der begrenzten Ansprüche der Vertragsärzte das System auf längere Zeit nicht aushalten würde.

Weiterer Zweck des § 95b SGB V ist die **Sanktion pflichtwidrigen Verhaltens** der kollektiv aus dem vertrags(zahn)ärztlichen Versorgungssystem ausgeschiedenen Zahnärzte. Beispielhaft für diesen Zweck ist die sechsjährige Zahlungssperre in § 95b II SGB V, die in ihrer Härte als Sanktionsnorm beispiellos ist. Der Gesetzeszweck würde bei einer Interpretation des § 95b III SGB V als Anspruchsnorm in sein Gegenteil verkehrt, da nicht der Pflichtenkreis des kollektiv ausscheidenden Zahnarztes erweitert würde, sondern seine Rechtsposition.

Gegen die Auslegung des **LSG Niedersachsen-Bremen** sprechen zudem **verfassungsrechtliche Bedenken**, da sie die kollektiv aus dem vertragszahnärztlichen System ausgeschiedenen Zahnärzte ohne nachvollziehbaren sachlichen Grund gegenüber den übrigen Zahnärzten privilegieren würde.

Eine verfassungsgemäße Auslegung führt dazu, dass § 95b III SGB V nur dann den Schuldübergang zu Lasten der Krankenkasse regelt, wenn ein **Notfall** i. S. d. § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V vorliegt. Ein solcher Notfall liegt nicht vor, wenn im Umkreis von 55 km weitere 14 Fachzahnärzte für Kieferorthopädie oder KFO-Erklärer zur kieferorthopädischen Behandlung bereit stehen. **Anfahrtswege von bis zu 55 km** sind in ländlichem Raum nicht unüblich und deshalb noch zumutbar. Unter dem Begriff des **Notfalls** sind auch solche Fälle zu subsumieren, in denen die kieferorthopädische Behandlung seitens der Krankenkasse bereits **genehmigt** wurde (§ 29 III 2 SGB V), bevor der Zahnarzt aus dem vertragszahnärztlichen Versorgungssystem ausgeschieden ist. Dies kann auch dann gelten, wenn sich die Behandlung über mehrere Jahre erstreckt, da in diesen Fällen dem Versicherten nicht zugemutet werden kann, die einmal aufgenommene Behandlung abubrechen und bei einem anderen Zahnarzt fortzusetzen.

Die klagende Fachzahnärztin für Kieferorthopädie gab ihre Ermächtigung zum 30.06.2004 zurück. Das Niedersächsische Ministerium stellte mit Bescheid gem. § 72a I SGB V fest, dass drei Planungsbereichen 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 verzichtet haben und dadurch die kieferorthopädische Versorgung nicht mehr sichergestellt ist. Die sofortige Vollziehung dieser Entscheidung wurde angeordnet. Die Kl. rechnete in III/03 ihre Leistungen auf der Grundlage des 1,0-fachen Gebührensatzes der GOZ ab und übersandte ihre Rechnungen direkt an die Bekl. Für sog. Neufälle, d. h. Behandlungen, die nach dem 01.07.2004 begonnen wurden, wies die Bekl. die geltend gemachten Ansprüche zurück. Das **SG** wies die Klage ab.

Nach **LSG Niedersachsen-Bremen**, Beschl. v. 05.01.2005 – L 3 KA 237/04 ER - RID 05-01-85 ist eine Vertragszahnärztin, die nach § 95b SGB V auf ihre Zulassung verzichtet, grundsätzlich berechtigt, auch weiterhin beginnende Behandlungen von Versicherten nach Abs. 3 durchzuführen; ebs. **SG Hannover**, Urt. v. 26.04.2005 – S 43 KA 18/05 ER – RID 05-03-42 ; nach **SG Hildesheim**, Beschl. v. 04.05.2005 – S 20 KR 435/04 ER – RID 05-03-86 besteht auch ein Anspruch auf Übernahme von sog. Neufällen durch die ausgeschiedenen Vertragszahnärzte und haben kollektiv ausgeschiedene Vertragszahnärzte weiterhin Versicherte zu Lasten der Krankenkassen zu behandeln; zur fehlenden Anfechtungsbefugnis einer Zahnärztin gegen die Feststellung eines kollektiven Zulassungsverzichts s. **LSG Niedersachsen-Bremen**, B. v. 16.03.2005 – L 3 KA 367/04 ER – RID 05-02-55.

II. PRAXIS- UND ZUSATZBUDGETS

1. ZUSATZBUDGET "ALLERGOLOGIE (ZUSATZBEZEICHNUNG)" FÜR HAUTÄRZTE

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 27.04.2005 – L 3 KA 17/01 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-11

Zusatzbudget "Allergologie (Zusatzbezeichnung)", Hautarzt
SGB V §§ 85 IV, 87 II u. IIa; EBM Nr. 4.3 Allg. Best. Teil B

Bei der Umsetzung der Entscheidung zugunsten von Untergruppen innerhalb des Zusatzbudgets "Allergologie" hat die Berechnung der Fallpunktzahlen für das unterteilte Zusatzbudget "Allergologie" in der gleichen Weise zu erfolgen wie bei dem einheitlichen Zusatzbudget. Wenn demnach in beiden Konstellationen die falldurchschnittliche Punktzahlanforderung der Dermatologen mit Zusatzbezeichnung um die "entsprechende" Punktzahlanforderung der Dermatologen ohne Zusatzbezeichnung zu vermindern ist, bedeutet dies, dass auch bei der Bildung von Untergruppen der überdurchschnittlichen bzw. unterdurchschnittlichen Punktzahlanforderung der Hautärzte mit Zusatzbezeichnung die jeweilige überdurchschnittliche bzw. unterdurchschnittliche Anforderung der Hautärzte ohne Zusatzbezeichnung gegenüberzustellen war.

SG Hannover, Urt. v. 17.01.2001 – S 10 KA 364/98 – verurteilte zu Neubescheidung, auf Berufung d. Bekl. verurteilte das **LSG** d. Bekl., über den Antrag der Klägerin auf Zubilligung des Zusatzbudgets "Allergologie (Zusatzbezeichnung)" unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut zu entscheiden und wies im Übrigen die Berufung zurück und die Klage ab.

Zur Rspr. d. **BSG** s. RID 04-01-A II (S. 15) und zuletzt **BSG**, Urt. v. 22.06.2005 – B 6 KA 80/03 R – (vgl. Presse-Mitteilung Nr. 29/05) zur Berechnung der regionalisierten Fallpunktzahlen unter Zugrundelegung des teilbudgetierten Gesamtleistungsbedarfs der ersten zwei Quartale des Jahres 1996; zur **Instanzenpraxis** s. zuletzt RID 05-02-12 (S. 12), RID 05-01-A II (S. 15), RID 04-04-16 (S. 14), RID 04-03-A II (S. 11), RID 04-02-A II (S. 19) und RID 04-01-A II (S. 16) m.w.N.

2. BEMESSUNG VON ZUSATZBUDGETS IN GEMEINSCHAFTSPRAXIS

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 25.05.2005 – L 3 KA 60/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-12

Fallpunktzahl, Härtefallregelung, Doppelzulassung, Gemeinschaftspraxis

SGB V §§ 85 IV, 87

Ziffer 4.4 der Allgemeinen Bestimmungen Teil B EBM kann auf zwei Orthopäden einer Gemeinschaftspraxis, von denen einer eine Doppelzulassung als Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin hat, nicht mit der Maßgabe angewandt werden, dass ein Arzt mit der Fallpunktzahl (FPZ) 0 in die Berechnung eingeht. Diese Möglichkeit eröffnet auch nicht die Anwendung der Ziffer 1.6.2 der Allgemeinen Bestimmungen Teil B des EBM, wonach die Höhe der arztgruppenbezogenen FPZ für einen Arzt, der seine vertragsärztliche Tätigkeit unter mehreren Gebietsbezeichnungen ausübt, als arithmetischer Mittelwert der entsprechenden arztgruppenbezogenen FPZen errechnet wird.

Die Kl. ist eine Gemeinschaftspraxis von zwei Ärzten, einer Fachärztin für Orthopädie und einem Facharzt für Orthopädie sowie für Physikalische und Rehabilitative Medizin. Der Honorarbescheid der Beklagten für das Quartal II/99 wies zugunsten der Kl. ein ausgezahltes Gesamthonorar in Höhe von 249.186,42 DM aus, dem die Behandlung von insgesamt 1.963 Fällen zugrunde lag. Für die orthopädischen Leistungen war zum einen ein Praxisbudget mit Fallpunktzahlen (FPZen) von 654,7 (M/F) bzw. 968,6 (R) in Ansatz gebracht; zum anderen waren für beide Ärzte qualifikationsgebundene Zusatzbudgets in den Bereichen Chirotherapie, physikalische Therapie und Teilradiologie (jeweils mit überdurchschnittlichen FPZen in Höhe von 154,0, 142,3 bzw. 326,5) sowie Sonographie (unterdurchschnittliche FPZ: 26,4) anerkannt. Die 276 Fälle, die Dr. G. im Bereich physikalisch-rehabilitative Medizin behandelt hatte, blieben – den Vorgaben des EBM entsprechend – unbudgetiert. Zum Quartal III/99 änderte die Bekl. ihren HVM in der Weise, dass auch für nicht nach dem EBM budgetierte Arztgruppen Praxisbudgets unter entsprechender Anwendung diesbezüglicher EBM-Vorschriften eingeführt wurden. Der der Kl. gegenüber erlassene Honorarbescheid für III/99 wies – bei insgesamt 2.015 Fällen – danach nur noch ein ausgezahltes Gesamthonorar von 184.131,21 DM aus, wobei ein Praxisbudget mit FPZen von 848,2 (M/F) bzw. 1.141,8 (R) ausgewiesen worden war. Die FPZen der Zusatzbudgets Chirotherapie, physikalische Therapie und Teilradiologie waren gegenüber der Abrechnung von II/99 halbiert (auf 77,0, 71,2 bzw. 163,3), während für das Zusatzbudget Sonographie eine FPZ von 35,1 in Ansatz gebracht wurde. Die Halbierung war das Ergebnis einer Berechnung des arithmetischen Mittelwerts der FPZen für die orthopädischen Zusatzbudgets, wobei die Beklagte den Arzt Dr. G. aufgrund seiner Doppelzulassung mit 0 ansetzte. Außerdem enthielt der Honorarbescheid die sachlich-rechnerische Berichtigung mehrerer EBM-Ziffern. *SG Hannover*, Urt. v. 18.12.2002 – S 16 KA 1557/00 – RID 03-03-12 verurteilte unter Aufhebung des Honorarbescheids für das Quartal III/99 zur Neubewertung, soweit der Zuschuss des Zusatzbudgets d. Kl. zu 1. betroffen ist, und wies im Übrigen die Klage der beiden Ärzte einer Gemeinschaftspraxis ab, das *LSG* wies die Berufung der bekl. KV zurück.

Zur Zuordnung einer fachgebietsübergreifenden Gemeinschaftspraxis zu einem Honorartopf s. RID 04-04-A I 9 (S. 11 f.); zu einer fachgebietsübergreifende Gemeinschaftspraxis und Fallzahlbegrenzungsregelung s. *SG München*, Urt. v. 13.04.2005 – S 38 KA 535/04 – RID 05-03-1

III. SACHLICH-RECHNERISCHE BERICHTIGUNG UND GEBÜHRENRECHT

BSG, Urt. v. 30.06.2004 - B 6 KA 34/03 R – BSGE 93, 69 = SozR 4-2500 § 85 Nr. 11 = GesR 2004, 522 = MedR 2005, 52 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 05-02-14 (S. 12 f.), 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 kinesiologische Untersuchung durch Prüfung der Lagereaktionen bei kleinen Kindern); v. 08.09.2004 - B 6 KA 32/03 R – (Neurologe und Dopplersonographische Untersuchungen der Arteria subclavia).

1. DOPPELBEHANDLUNG IN PRAXISGEMEINSCHAFT

LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 30.05.2005 – L 5 ER 17/05 KA – <http://cms.justiz.rlp.de/justiz>
Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft, Honorarberichtigung, Fallzahlerhöhung
SGB V § 85 IV; SGG § 86a I Nr. 2

RID 05-03-13

Ein Honoraranspruch entfällt und eine sachlich-rechnerische Berichtigung ist vorzunehmen, wenn und soweit der Arzt die Leistungsvoraussetzungen treuwidrig herbeigeführt hat. Ein solches treuwidriges Zusammenwirken kommt in Betracht, wenn zwei Ärzte planmäßig darauf hinwirken, dass Patienten sie in einem Quartal beide konsultieren, obwohl die Patienten von sich aus keinen Anlass dazu sehen und die Doppelbehandlung nicht aus medizinischen Gründen geboten ist (LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 22.04.2004 – L 3 KA 12/04 ER -RID 04-03-12 <MedR 2004, 512>; LSG Baden-Württemberg, 28.02.1997 - L 5 Ka 192/97 - MedR 1997, 563; LSG Baden-Württemberg v. 12.05.1999 - L 5 KA 94/99 -).

Bereits Einzelfälle einer (zumindest grob fahrlässigen) Falschabrechnung führen dazu, dass die vom Vertragsarzt für das jeweilige Abrechnungsquartal abgegebene Sammelerklärung ihre sog. Garantiefunktion verliert. Dies hat zur Folge, dass der Vertragsarzt die objektive Beweislast für die vollständige und ordnungsgemäße Erbringung der abgerechneten Leistungen trägt und die KV den unter Berücksichtigung dieser Beweislastregel verbleibenden Honoraranspruch zu schätzen hat (BSG, 17.9.1997, 6 RKa 86/95, SozR 3-5550 § 35 Nr. 1). Ob diese Rechtsprechung, die für die Fälle der Abrechnung nicht erbrachter Leistungen entwickelt worden ist, auch für die Fälle der treuwidrigen Fallzahlerhöhung heranzuziehen ist, ist bisher nicht höchststrichterlich geklärt. Der Senat ist der Auffassung, dass vieles dafür spricht, diese Frage zu bejahen (ebenso LSG Niedersachsen-Bremen, aaO, MedR 2004, 515). Würde man die im Rahmen der Abrechnung nicht erbrachter Leistungen geltenden Grundsätze entsprechend anwenden, hätte dies zur Folge, dass der Antragsteller für ein Prüfquartal, in dem für einige Fälle ein treuwidriges Verhalten nachgewiesen ist, grundsätzlich in allen Fällen einer Doppelbehandlung darzulegen und nachzuweisen hat, dass ein triftiger Grund für die Inanspruchnahme beider Ärzte bestand (LSG Niedersachsen-Bremen, aaO.).

Der Umstand, dass in einer Vielzahl von Fällen Versicherungskarten unter demselben Datum mit identischen Diagnosen bzw. Diagnoseblöcken bei beiden Ärzten einer Praxisgemeinschaft eingelesen worden sind, stellt ein gravierendes Indiz für ein treuwidriges Verhalten der Ärzte dar.

Der Ast., ein Allgemeinmediziner, war in den Quartale III/00 bis IV/03 in Praxisgemeinschaft mit seinem Vater (hausärztlicher Internist) tätig. Für die strittigen Quartale III/00 bis II/03 machte die Ag. auf der Grundlage einer durchgeführten Plausibilitätsprüfung eine Honorarrückforderung von 33.234,81 € geltend. Es bestehe ein hoher Anteil gemeinsamer Patienten, den der Ast. zusammen mit seinem Vater gehabt habe (zwischen 30,07 % und 49,75 %). Zur Abrechnung des Rückforderungsbetrages werde angenommen, dass ein Anteil von 15 % gemeinsamer Patienten in einer Praxisgemeinschaft nachvollziehbar sei. Diese Annahme beruhe auf einer Aufstellung aus dem Quartal IV/00; für alle Praxisgemeinschaften im Bereich der KV Koblenz habe sich ein durchschnittlicher Anteil an gemeinsamen Patienten von 19 % ergeben. Um auszuschließen, dass rein rechnerisch betrachtet Patienten als nicht behandelt gälten, werde beim Ast. nur die halbe Anzahl der beanstandeten Behandlungsfälle für die Neuberechnung des Budgets herangezogen. **SG Mainz**, Beschl. v. 01.03.2005 ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage des Ast. gegen die Honorarkürzung an, das **LSG** wies den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage die Berufung zurück.

Vgl. neben zuletzt **LSG Niedersachsen-Bremen**, Beschl. v. 22.04.2004 – L 3 KA 12/04 ER -RID 04-03-12 zur **verdeckten Gemeinschaftspraxis SG Düsseldorf**, Urt. v. 04.08.2003 – S 2 KA 103/03 ER – RID 04-02-34 (Zulässiger Abzug von Doppelbehandlungen im Rahmen eines Time-sharing Modells); **SG München**, Urt. v. 29.04.2003 – S 42 KA 1133/02 - RID 04-01-29 (Fehlerhafte Abrechnungssammelerklärung wegen gemeinschaftlicher Praxisausübung ohne Genehmigung sowie eines darin liegenden Verstoßes gegen die Überweisungsregeln), dort (S. 20) m.w.N.

2. KINDERCHIRURG: NRN. 1 UND 2 EBM

LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 19.01.2005 – L 4 KA 22/01 – www.sozialgerichtsbarkeit.de
Revision anhängig: B 6 KA 11/05 R

RID 05-03-14

Kinderchirurg, Chirurg, Ordinationsgebühr, Konsultationsgebühr
SGB V § 87; EBM Nr. 1, 2

Ein Kinderchirurg gehört nicht zu den Chirurgen. Die Ordinationsgebühr nach Nr. 1 EBM ist deshalb für einen Kinderchirurgen nach der Gruppe der nicht genannten Arztgruppen (180 Punkte), nicht der Chirurgen (285 Punkte) abzurechnen. Der Beruf des Kinderchirurgen wurde erst 1994 geschaffen,

weshalb bei Schaffung der Ordinationsgebühr keine Abrechnungsdaten vorlagen. Die Bewertung der Ordinationsgebühr mit 180 Punkten ist unter Berücksichtigung der Tatsache, dass Kinderchirurgen nicht der Budgetierung unterliegen, nicht unzulässig.

Das Fehlen einer Konsultationsgebühr für Kinderchirurgen, das bedeutet, dass telefonische und mittelbare Arzt-Patienten-Kontakte sowie Nachschautermine neben anderen Leistungen nicht abrechnungsfähig sind, ist nicht zu beanstanden.

Der klagende Kinderchirurg wandte sich gegen eine sachlich-rechnerische Berichtigung in den Quartalen II u. III/98, weil die KV die Nr. 1 nur mit 180 Punkten bewertete und die Nr. 2 absetzte. *SG Magdeburg*, Urt. v. 12.09.2001 – S 17 KA 214/99 – gab der Klage statt, weil der Ausschluss der Kinderchirurgen aus der Gruppe Chirurgen hier sachlich nicht gerechtfertigt sei. Das *LSG* wies die Klage ab.

3. VERWEILGEBÜHR IM RETTUNGSDIENST (NR. 40 EBM)

LSG Hessen, Urt. v. 27.04.2005 – L 6/7 KA 610/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-15

Revision anhängig: B 6 KA 35/05 R

Verweilgebühr, Rettungsdienst
EBM Nr. 40

Bei der Fahrt des Arztes hinter einem Krankentransportwagen kann schon begrifflich nicht von einem Verweilen beim Patienten gesprochen werden und ist die Nr. 40 EBM nicht abrechenbar. In dem Ausschluss der Nr. 40 EBM für die Rückfahrt nach dem Notfalleinsatz liegt auch keine willkürliche Benachteiligung des im Notfalldienst tätigen Arztes gegenüber dem behandelnden Arzt; der Ausschluss beruht auch nicht auf sachfremden Erwägungen, weshalb auch eine ausnahmsweise zulässige Korrektur des Bewertungsmaßstabes durch die Gerichte im vorliegenden Fall nach Auffassung des erkennenden Senates zu unterbleiben hat.

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 26.03.2003 – S 5 KA 4034/99 - RID 04-01-36 gab der Klage statt, das *LSG* wies sie ab.

Vgl. bereits *SG Frankfurt a. M.*, Urt. v. 12.03.2003 – S 29 KA 3659/00 - RID 04-01-35.

4. FARBCODIERTE DUPLEX-SONOGRAFIE (NR. 689 EBM)

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 27.04.2005 – L 3 KA 515/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-16

Revision anhängig: B 6 KA 32/05 R

Duplex-Sonographie
EBM Nr. 689

Der mehrfache Ansatz der Nr. 689 EBM ist auch in den Fällen zulässig, in denen die zugrunde liegende duplex-sonografischen Untersuchungen der Gefäße der Extremitäten und des Körperstammes am selben Tag durchgeführt worden sind.

Der Kl., ein Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Angiologie, wandte sich ohne Erfolg gegen die sachlich-rechnerische Berichtigung von Leistungen der farbcodierten Duplex-Sonografie (II bis IV/00). *SG Hannover*, Urt. v. 12.11.2003 – S 16 KA 433/01 – gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück. **Parallelentscheidung** zu *LSG Niedersachsen-Bremen*, Urt. v. 27.04.2005 – L 3 KA 30/04 – RID 05-02-22.

5. NR 4066 EBM: BESTIMMUNG VON STICKSTOFF UND WASSER IM STUHL

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 07.04.2005 – L 5 KA 31/04 – <http://cms.justiz.rlp.de/justiz>

RID 05-03-17

Stickstoff, Wasser, Stuhl, Eigenlabor, Labor
SGB V §§ EBM Nrn. 4054, 4066

Die Ähnlichkeit nach Nr. 4066 EBM muss, wie sich aus der Systematik des Katalogs ergibt, zu den Nrn. 4051 bis 4062 EBM bestehen. Anzuwenden sind die Grundsätze nach dem BSG (v. 25.08.1999 - B 6 KA 39/98 R - BSGE 84, 247 ff; v. 26.01.2000 - B 6 KA 59/98 R -).

Stuhluntersuchungen auf den Stickstoff- und Wassergehalt sind der Nr. 4066 EBM zuzuordnen.

SG Mainz, Urt. v. 17.03.2004 wies die Klage der Gemeinschaftspraxis (Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie) bzgl. der noch streitigen Quartale ab, das *LSG* hob die Bescheide der Beklagten (Quartale IV/97 bis I/00, 13.404,36 €.) auf.

6. PARENTERALE POLYCHEMOTHERAPIE MIT "AREDIA"

SG München, Urt. v. 13.03.2005 – S 38 KA 1341/02 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-03-18**
Bisphosphonate, Zytostatikum, Onkologievereinbarung, Aredia, Chemotherapie
EBM Nr. 16; Nr. 8561

Für die Abrechnung der Nr. 8561 ist es unschädlich, dass es sich bei dem verabreichten Medikament nicht um ein Zytostatikum im herkömmlichen Sinn handelt. Es gehört zu den Bisphosphonaten und wurde zunächst ausschließlich als Ostolyse-Hemmstoff eingesetzt. Daraus erklärt sich auch, dass "Aredia" in der "Roten Liste" unter B.1.3. in die Gruppe der Osteoporosemittel und Kalziumstoffwechselregulatoren aufgenommen wurde. Die Zuordnung bestimmter Präparate in der Roten Liste ist ohne Bedeutung für die Frage, ob es sich um ein Zytostatikum handelt oder nicht.

Dem Sinn und Zweck der Nr. 8561 entsprechend unter Berücksichtigung der Onkologievereinbarung genügt für den Ansatz der Ziffer jedoch nicht, dass es sich um ein Mittel handelt, dem zytostatische Wirkung beizumessen ist. Es soll der betriebswirtschaftliche Aufwand vergütet werden. "Aredia" kann nur mit einem vergleichbaren Aufwand verabreicht werden, wie dies bei dem Einsatz von herkömmlichen Zytostatika der Fall ist.

Mit der Nr. 16 EBM ist die spezielle Chemotherapie mittels Einsatz von Zytostatika nicht abgedeckt, so dass der gleichzeitige Ansatz der Nrn. 16 und 8561 als zulässig zu erachten ist.

Das *SG* hob auf Klage der internistischen Gemeinschaftspraxis mit onkologischem Schwerpunkt den angefochtenen Bescheid (Quartal IV/00) insoweit auf, als die Nr. 8561 bei der Angabe des Mittels "Aredia" abgesetzt wurde und verurteilte die Bekl., diese abgesetzten Leistungen anzuerkennen und nachzuvergüten.

Nr. 8651 lautet: "Parenterale Polychemotherapie (das verwendete Arzneimittel ist in der Abrechnung angegeben), pro Behandlungsfall zusätzlich zu dem Betrag nach Nr. 8650".

7. ZAHNTECHNISCHE LEISTUNGEN/VERTRAG ZAHNTECHNIKER-KRANKENKASSEN

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.01.2005 – L 11 KA 167/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-03-19**
Labor, Eigenlabor, Laborpreis, Kieferorthopädie, Zahntechniker
SGB V §§ 88 II 1; GWB § 19 IV Nr. 3; GG Art. 3 I, 12 I

Die KZV hat sich an den Rahmen der nach § 88 II 1 SGB V zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Innungsverbänden der Zahntechniker vereinbarten Vergütungen für die nach dem bundeseinheitlichen Verzeichnis abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen zu orientieren. Auch trotz Nichtbeteiligung der KZV besteht eine Bindungswirkung des öffentlich-rechtlichen Vertrages (BSG v. 11.12.2002 - 6 KA 21/01 R - m. w. N.).

Die Absenkung der Höchstpreise für zahntechnische Leistungen gewerblicher Laboratorien in Westfalen-Lippe im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung um 7,5 v. H. gegenüber den Preisen im Jahre 1999 verstößt nicht gegen das Gleichbehandlungsgebot.

Die bekl. KV nahm auf Antrag der beigel. Krankenkasse bei der kl. Praxis für Kieferorthopädie mit praxis eigenem Labor in II und III/00 eine Honorarberichtigung (258,75 Euro) vor, weil die ab 01.01.2000 gültigen Laborpreise für kieferorthopädische Maßnahmen nicht berücksichtigt worden seien, so dass die entsprechenden Differenzen hätten gekürzt werden müssen. *SG Münster, Urt. v. 10.11.2003* – S 2 KA 72/01 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

IV. 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. FACHFREMDHEIT NACH ÄNDERUNG DER WBO (DERMATOHISTOLOGIE)

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 27.04.2005 – L 3 KA 373/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 05-03-20
Revision anhängig: B 6 KA 34/05 R

Dermatohistologie, Dermatologe, Pathologe, Hautarzt, Fachfremdheit, Fachkunde, Weiterbildungsordnung
Nieders. WBO

Dermatohistologische Leistungen sind für Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten fachfremd, solange sie nicht die mit Wirkung zum 01.02.2002 eingeführte Fachkunde Dermatohistologie erworben haben. Demgegenüber umfasste das Gebiet der Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten nach der bis zum 31.01.2002 geltenden Fassung der Nds. WBO auch dermatohistologische Untersuchungen.

Die Aufnahme einer Fachkunde beinhaltet zugleich eine normative Entscheidung der Ärztekammerversammlung, wonach die von der Fachkunde erfassten Gegenstände der ärztlichen Tätigkeit nicht (mehr) zum Gebiet im engeren – bereits durch die Facharztprüfung als solche begründeten – Sinne zählen. Eine Zugehörigkeit zum Gebiet vermittelt dessen Erweiterung wird vielmehr erst dadurch begründet, dass der betroffene Arzt seinerseits die Fachkunde erwirbt. Dies ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden.

Der seit Januar 1999 als Dermatologe zugelassene Kläger wandte sich gegen einen Bescheid der Bekl., wonach ihm die Berechtigung zur Abrechnung dermatohistologischer Leistungen, die er bereits umfangreich vor seiner Niederlassung erbracht hatte, fehlen soll. Vor seiner Niederlassung ließ sich der Kl. auf Anregung der Bekl. durch den beratenden Arzt Dr. G. und den Abrechnungsleiter H. beraten. In seiner Praxis richtete der Kl. mit Kosten von ca. 80.000 DM ein dermatohistologisches Labor ein. In den ersten Quartalen seiner vertragsärztlichen Tätigkeit wurden dermatohistologische Leistungen nach den Ziffern 4900 ff. EBM ohne Beanstandungen von der Beklagten honoriert. Ab dem Quartal IV/00 berichtete die Bekl. nach Ankündigung die Leistungen nach den Ziffern 4900 ff. EBM sachlich-rechnerisch als fachfremd.

Im November 2001 beschloss die beigel. **Ärztekammer eine Änderung der Nds. WBO**, wonach im Abschnitt 11. Haut- und Geschlechtskrankheiten unter Ziffer 11.A.5 eine weitere **Fachkunde** "Dermatohistologie" mit dem Inhalt "Vermittlung, Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse und Erfahrungen und Fertigkeiten der normalen und pathologischen Histologie der Haut, ihrer Anhangsgebilde und der hautnahen Schleimhäute" eingeführt wurde. Die Weiterbildungszeit wurde auf ein Jahr festgelegt. Dem Beschluss der Kammerversammlung lag eine von ihren Ausschüssen Ärztliche Weiterbildung I. und II. Instanz am 24.10.2001 beschlossene Empfehlung zugrunde. Diese Empfehlung ihrerseits basierte auf einer vom Justiziar der Beigel. zu 1. erarbeiteten Sitzungsvorlage. Letztere haben sich die Ausschüsse nach Mitteilung der Beigeladenen zu 1. einstimmig zu eigen gemacht. In dieser Sitzungsvorlage hieß es: "Zwischen allen beteiligten Kreisen besteht inzwischen Einvernehmen darüber, dass Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten bei entsprechender fachlicher Qualifikation Dermatohistologie betreiben dürfen. Im gemeinsamen Fachkundeausschuss der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist vor einigen Jahren die Einführung einer entsprechenden Fachkunde diskutiert und mit der Begründung verworfen worden, dass eine entsprechende Absprache zwischen den Berufsverbänden der Dermatologen und der Pathologen bestehe. Dabei ist verkannt worden, dass eine solche privatrechtliche Vereinbarung im öffentlich-rechtlichen System des Weiterbildungsrechts unerheblich ist. Eine Umsetzung in Satzungsrecht der Ärztekammer Niedersachsen war jedoch lange deswegen unmöglich, weil der Weiterbildungsgang von Seiten der Bundesärztekammer noch nicht formuliert war. Das ist nunmehr für einen zukünftigen Befähigungsnachweis geschehen. Aus der Sicht des Weiterbildungsausschusses kann die Dermatohistologie daher jetzt als Fachkunde eingeführt werden." Die Änderungen der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Niedersachsen vom 10.11.2001 sind im Nds. Ärzteblatt 2002, S. 53, bekannt gegeben worden und zum 01.02.2002 in Kraft getreten.

SG Hannover, Urt. v. 25.06.2003 – S 16 KA 1524/00 – wies die Klage ab, das LSG stellte fest, dass der Kl. zur vertragsärztlichen Abrechnung dermatohistologischer Leistungen dem Grunde nach bis zum 31.01.2002 berechtigt gewesen ist und wies im Übrigen die Klage ab.

2. INTERVENTIONELL-RADIOLOGISCHE VERFAHREN FACHFREMD FÜR ANGIOLOGEN

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 11.05.2005 – L 11 KA 130/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 05-03-21

Angiologie, Radiologie, Internist

EBM Nrn. 5100, 5103; EBM 2000 plus Nrn. 34283, 34286; Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren

Interventionell-radiologische Verfahren gehören nicht zur Angiologie, sondern zur Radiologie. Für einen Arzt mit der Fachgebietsbezeichnung Internist mit Schwerpunkt Angiologie und Kardiologie sind daher Leistungen nach Nrn. 5100 und 5103 EBM fachfremd.

Der Kläger ist seit 1997 als Internist mit dem Schwerpunkt Kardiologie und Angiologie in einer Gemeinschaftspraxis tätig. Sein Antrag u. a. auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Leistung im Rahmen des ambulanten Operierens "perkutane, transluminale Dilatation und Rekanalisation der Arterien mit Ausnahme der Coronararterien, einschließlich der Kontrastmitteleinbringung und Durchleuchtung während des Eingriffs (PTA)" blieb erfolglos. Die Ärztekammer Nordrhein hatte mitgeteilt, dass für Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung Angiologie die Erbringung von Leistungen nach den streitigen EBM-Ziffern fachfremd sei, da nach der Weiterbildungsordnung (WBO) 1994 eingehende Kenntnisse und Erfahrungen nur in "Indikationsstellung zu operativen und interventionellen radiologischen Eingriffen" für die Angiologie gefördert würden. *SG Düsseldorf*, Urt. v. 03.01.2000 – S 25 KA 479/98 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

3. KERNSPINTOMOGRAFIE-VEREINBARUNG

A) BEDEUTUNG DER HERSTELLERGARANTIE

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 27.04.2005 – L 5 KA 1570/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-22

Kernspintomografie-Vereinbarung, Gewährleistung, Hersteller, Wartungsvertrag

SGB V §§ 95 III 3, 135 II; Kernspin-Vb

Die Gewährleistung des Herstellers nach der Kernspintomografie-Vereinbarung entfällt erst zu dem Zeitpunkt, zu dem ihr Entzug gegenüber der KV bekanntgegeben wird.

Eine Genehmigung nach der Kernspintomografie-Vereinbarung stellt einen Dauerverwaltungsakt dar, der für die gesamte Dauer seiner Gültigkeit an bestimmte Voraussetzungen anknüpft, und zwar sowohl hinsichtlich der fachlichen Qualifikation des Arztes als auch hinsichtlich des Nachweises der technischen Anforderungen an das eingesetzte Gerät. Daraus folgt, dass Leistungen der Kernspintomografie solange abgerechnet werden können, wenn und soweit eine entsprechende Gewährleistungserklärung des Herstellers vorliegt.

Ein Wartungsvertrag ist nicht zwingende Genehmigungsvoraussetzung nach der Kernspintomografie-Vereinbarung. Es ist dem Arzt überlassen, ob er Störungen durch Einzelauftrag beseitigen lässt.

Der klagende Facharzt für radiologische Diagnostik/Neuroradiologie besaß seit 1990 eine widerrufliche Genehmigung zur Ausführung der Kernspintomografie. Ab 24.11.1999 erbrachte er keine Leistungen wegen eines technischen Defektes. Bis dahin hatte das Gerät funktioniert. Unabhängig davon teilte am 25.11.1999 die Herstellerfirma gegenüber der bekl. KV mit, die Garantie sei erloschen und mit Wirkung zum 30.09.1999 habe sie den Wartungsvertrag gekündigt und gegen den Kl. die Einleitung eines Insolvenzverfahrens beantragt. Die Abrechnung für das Quartal IV/99 nahm die KV nicht mehr vor, weil die Voraussetzungen für die Kernspintomografie ab dem 01.10. nicht mehr vorgelegen hätten. *SG Stuttgart*, Urt. v. 28.03.2003 – S 5 KA 4133/00 – gab der Klage bzgl. des im Berufungsverfahren noch streitigen Quartals IV/99 statt, das *LSG* wies die Berufung der Bekl. mit der Maßgabe zurück, dass die Bekl. die Vergütung nicht mit der Begründung versagen darf, die technischen Voraussetzungen oder die Herstellergarantie hätten nicht vorgelegen; klarstellend führt der Senat hierzu aus, mit der Tenorierung werde nicht entschieden, ob andere Ablehnungsgründe vorlägen.

B) RECHTMÄßIGKEIT TROTZ FACHLICHER VERÄNDERUNGEN

SG Berlin, Urt. v. 11.02.2004 – S 79 KA 99/02 – juris

RID 05-03-23

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 1/05 R

Abrechnung, kernspintomografische Leistung, Ermächtigungsgrundlage, Kernspintomografie-Vereinbarung

SGB V §§ 135 II 1

§ 135 Abs. 2 Satz 1 SGB V stellt eine hinreichend bestimmte Ermächtigungsgrundlage für die Kernspintomografie-Vereinbarung dar.

Der Nachweis eines Arztes, dass er die Kernspintomografie des Herzens mit entwickelt hat und dementsprechend über hohe Qualifikationen verfügt, ist für die von der Kernspintomografie-Vereinbarung vorausgesetzten Nachweise nicht entscheidend.

Es ist zwar richtig, dass in der Kernspintomografie-Vereinbarung unter Umständen eine bereits in der Entwicklung begriffenen Veränderung nicht mehr gerecht wird, dies kann aber nicht dazu führen, dass die dort normierten Voraussetzungen gänzlich unbeachtet bleiben können und ein Arzt, der unstreitig diese Voraussetzungen nicht erfüllt, eine Abrechnungsgenehmigung erhalten kann. Die in der Kernspintomografie-Vereinbarung aufgeführten Voraussetzungen sollen einen Qualitätsstandard sichern, der zur Sicherung des Allgemeinwohls dient. Es mag zwar richtig sein, dass bestimmte Entwicklungen in der medizinischen Forschung weitere Maßstäbe zur Genehmigung nach der

Kernspintomografie-Vereinbarung entstehen lassen, zum Zeitpunkt, über den hier zu urteilen ist, sind aber die noch in der Kernspintomografie aufgeführten Voraussetzungen sinnvoll.

Der Kl., ein ermächtigter Arzt für Innere Medizin/Kardiologie in einem Universitätsklinikum, beantragte im April 2001 erfolglos eine **Abrechnungsgenehmigung für kernspintomografische Leistungen** des Herzens und der peripheren Gefäße. Die Bekl. führte u. a. aus, d. Kl. habe keine Zeugnisse oder Bescheinigungen eingereicht, die den Nachweis einer mindestens 24-monatigen ganztägigen Tätigkeit in der kernspintomografischen Diagnostik enthalten würden. Mit der **Klage** machte d. Kl. geltend, die Kernspintomografie-Vereinbarung sei die einzige, bei der ausschließlich eine einzige Gruppe von Ärzten, nämlich die Gruppe der Radiologen und der Nuklearmediziner, eine Abrechnungsgenehmigung erhalten könne. Sie eröffne keine Möglichkeit, Abrechnungsgenehmigungen nur für die Diagnostik bei bestimmten Organen und Teilen des menschlichen Körpers zu erlangen. Die derzeitige Lage würde dazu führen, dass möglicherweise derjenige Arzt eine generelle Abrechnungsgenehmigung erhalte, der z. B. in dem einen Jahr, das in der Radiologie als Weiterbildungszeit für den Bereich der Kernspintomografie ausreiche, keinerlei Erfahrung mit Kernspintomografieuntersuchungen am Herzen besitze, weil er diese Erfahrung lediglich in anderen medizinischen Gebieten gewonnen habe. Ein Arzt hingegen, der möglicherweise jahrelang ausschließlich kardiologische Untersuchungen mit Hilfe der Kernspintomografie durchgeführt habe, habe danach aber keine Chance eine Abrechnungsgenehmigung zu erhalten. § 4 I Nr. 1 a u. b der Kernspintomografie-Vereinbarung sei mit Art. 12 GG nicht vereinbar. Die Vereinbarung verstoße auch gegen das Deutsche Kartellrecht. Das **SG** wies die Klage ab.

4. QUALITÄTSSICHERUNG BEI MAMMOGRAPHIEN

LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 28.06.2005 – L 5 ER 25/05 KA – <http://cms.justiz.rlp.de/justiz>

RID 05-03-24

Qualitätssicherung, Mammographie

SGB V § 135 II

Die auf § 135 II SGB V gestützte **Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie** – einschließlich der hierin geregelten Widerrufsmöglichkeit – ist nicht zu beanstanden (ebs. **LSG Niedersachsen-Bremen**, Beschl. v. 28.01.2004 – L 3 KA 427/03 ER – RID 04-04-39 <Breithaupt 2004, 275>).

Das Ergebnis einer **Wiederholungsprüfung** nach dieser Vereinbarung ist nicht deshalb wegen eines Verfahrensfehlers unverwertbar, weil der Vertragsarzt zuvor nur einen eintägigen **Vorbereitungskurs** besucht hat. Der Grundsatz der Chancengleichheit verlangt nicht, dass die Prüflinge hinsichtlich der Voraussetzungen der Prüfungsteilnahme in jeder Beziehung die gleichen Anforderungen erfüllen müssen (BVerwG v. 23.12.1993 - 6 B 19/93 - Buchholz 421.0 Prüfungswesen Nr. 326). Aus der Vereinbarung folgt kein subjektives Recht des Arztes auf einen zwingenden Inhalt der Fortbildungskurse oder auf die Ermöglichung einer Teilnahme an einem Kurs mit einem bestimmten Mindestinhalt zu einem konkreten Zeitpunkt.

Der **Abwehr von Gefahren für die Gesundheit** und körperliche Integrität der Patientinnen kommt höheres Gewicht zu als den beruflichen und finanziellen Interessen eines Vertragsarztes, bis zur endgültigen Klärung in der Hauptsache mammographische Leistungen weiter erbringen und abrechnen zu dürfen.

Dem Ast., einem Frauenarzt, wurde erstmals 1984 eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung mammographischer Leistungen erteilt. Aufgrund der zum 01.04.2002 in Kraft getretenen Änderung Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie müssen Ärzte, die eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung mammographischer Leistungen in der vertragsärztlichen Verordnung beantragen, eine geforderte Anzahl von Mammographieaufnahmen einer Fallsammlung zutreffend beurteilt haben. Nach dem Übergangsrecht (Anlage IV § 9) behalten die Ärzte die Genehmigung, wenn sie bis zum 30.09.2003 erfolgreich an einer Beurteilung einer Fallsammlung teilgenommen haben. Einer solchen Beurteilung unterzog sich der Ast. zweimal ohne Erfolg. Die KV widerrief die Genehmigung und ordnete die sofortige Vollziehung an. **SG Mainz**, Beschl. v. 14.03.2005 gab dem Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Klage statt, das **LSG** lehnte den Antrag ab.

5. NOTFALLDIENST: UNGEEIGNETHEIT EINES PATHOLOGEN

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 16.02.2005 – L 11 KA 42/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-25

Notfalldienst, Pathologe, Fortbildungspflicht, Zulassungsentziehung

SGB V § 75 I 2; Heilberufsg NRW § 30

Ungesegnet für eine qualifizierte Durchführung des ärztlichen Notfalldienstes ist ein 61jähriger Pathologe, der seit ca. 34 ½ Jahren allein pathologisch tätig. Aufgrund seiner langjährigen

ausschließlichen pathologischen Tätigkeit und seines Lebensalters ist er jetzt nicht mehr in der Lage, binnen angemessener Zeit die Kenntnisse und Fertigkeiten wieder zu erlangen, die erforderlich sind, um den Notfallpatienten die notwendige Notfallversorgung zukommen zu lassen.

Kommt ein Arzt seiner Pflicht, sich für den Notfalldienst fortzubilden, nicht nach, so hat die KV zur Aufrechterhaltung des Notfalldienstes durch geeignete Maßnahmen, insb. disziplinarrechtlich auf den Vertragsarzt einzuwirken, um ihn zur Einhaltung dieser grundlegenden Pflicht zu bewegen. Im Einzelfall kann bei hartnäckiger Verweigerung der Fortbildung trotz entsprechender Disziplinarmaßnahmen in der Weigerung eines Vertragsarztes auch eine gröbliche Pflichtverletzung gesehen werden, die den Entzug der Zulassung rechtfertigen kann.

Die Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung bewirkt unter Berücksichtigung der Verpflichtung zur Weiterbildung keinesfalls, dass der entsprechende Vertragsarzt nach einiger Zeit nicht mehr in der Lage ist, am allgemeinen ärztlichen Notfalldienst teilzunehmen.

Der Kl. ist 61 Jahre alt und seit 1980 als Facharzt für Pathologie in Gemeinschaftspraxis zugelassen. Er beantragte ohne Erfolg im November 2001 seinen Ausschluss vom ärztlichen Notfalldienst, hilfsweise die Befreiung. Zur Begründung führte er aus, dass er als Facharzt für Pathologie völlig ungeeignet sei, den Notfalldienst qualifiziert durchzuführen. Er habe seit seiner Approbation im Jahre 1970 ununterbrochen in der Pathologie gearbeitet; im Jahre 1980 habe er sich niedergelassen, ein Institut für Pathologie in C aufgebaut und keine ärztliche Tätigkeit außerhalb der Pathologie ausgeübt. *SG Düsseldorf*, Urt. v. 17.03.2004 – S 14 KA 184/02 – wies die Klage ab, das *LSG* schloss unter Abweisung des Feststellungsantrages den Kläger vom Notfalldienst aus.

Zur Teilnahme am organisierten ärztlichen Notfalldienst s. zuletzt RID 05-02-A V 5 (S. 19 f.: Ärztliche Psychotherapeuten und Fachärztlicher Bereitschaftsdienst); 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.

6. VORBEREITUNGSASSISTENTEN MIT ZAHNHEILKUNDEERLAUBNIS

LSG Hessen, Beschl. v. 14.07.2005 – L 4 KA 21/05 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-26

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

Die Beschäftigung eines Vorbereitungsassistenten setzt nicht die Approbation des Assistenten voraussetzt.

Einer KZV ist es verwehrt, den Ausbildungs- und Kenntnisstand eines Vorbereitungsassistenten, der eine heilkundliche Erlaubnis nach § 13 ZHG besitzt, - nochmals und eigenständig - zu überprüfen.

Der Ast ist Zahnarzt. Der Beigel. ist russischer Staatsangehöriger. Er studierte nach einer erfolgreichen Ausbildung als Zahntechniker von September 1994 bis Juli 1999 das Fach Zahnmedizin an der Staatlichen Medizinischen B-Akademie in Russland, das er mit der Note "sehr gut" abschloss. Anschließend war er in der Zeit von August 1999 bis September 2001 als Zahnarzt in der Ärztlichen Gebietsfürsorgestelle in Russland tätig. Das Hessische Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen erteilte ihm eine Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung der Zahnheilkunde gemäß § 13 ZHG für die Zeit vom 18.04.2005 bis zum 17.04.2007. Diese Erlaubnis wurde mit der Einschränkung versehen, dass sie nur zu einer nicht selbständigen Tätigkeit in fachlich abhängiger Stellung unter Leitung eines approbierten Zahnarztes berechtige. Die KZV lehnte wegen der fehlenden Approbation und damit der fehlenden Zulassungsfähigkeit eine Genehmigung zur Beschäftigung des Beigel. als Vorbereitungsassistenten ab. Es widerspreche auch ihrem Sicherstellungs- und Gewährleistungsauftrag, eine vertragszahnärztliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien der Bundesausschüsse zu garantieren, wenn Zahnärzte tätig würden, die nicht über ausreichende Kenntnisse oder aber eine abgeschlossene gleichwertige Ausbildung verfügen würden, es sei denn, dass die Gleichwertigkeit von der Sachverständigenkommission der Landes Zahnärztekammer nach einer Prüfung bescheinigt worden sei. *SG Marburg*, Beschl. v. 25.05.2005 – S 12 KA 43/05 ER – RID 05-02-37 verpflichtete die Ag., dem Ast. vorläufig eine Genehmigung zur Beschäftigung des Beigel. als Vorbereitungsassistenten, längstens bis zu einer bestandskräftigen Verwaltungsentscheidung oder einer erstinstanzlichen gerichtlichen Entscheidung, zu erteilen; das *LSG* wies die Beschwerde der KZV zurück.

V. 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** – SozR 4-2500 § 106 Nr. 7, wonach der Beschwerdeausschuss die Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise 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** – SozR 4-2500 § 106 Nr. 6, 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.

1. PROZESSUNTERBRECHUNG BIS ZUR PRÜFGREMIENBESETZUNG NACH GMG

LSG Bayern, Urt. v. 09.03.2005 – **L 3 KA 5005/04** – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-27

Gerichtsverfahren, Mangel, Prüfungsausschuss, Beschwerdeausschuss, Unterbrechung
SGB V i.d.F. GMG § 106; ZPO § 241

Leidet ein Gerichtsverfahren an einem wesentlichen Mangel, ist der Rechtsstreit zurückzuverweisen. Das ist der Fall, wenn das Verfahren im Urteilszeitpunkt unterbrochen war.

Nach dem GMG muss der Prüfungs- und Beschwerdeausschuss von einem unparteiischen Vorsitzenden geleitet werden, dessen Stimme bei Abstimmungen im Falle der Stimmengleichheit den Ausschlag gibt (§ 106 IV 2 und 4 SGB V n. F.). Im gerichtlichen Verfahren über die Rechtmäßigkeit von Prüfbescheiden aus der Zeit bis Ende 2003 hat der Vorsitzende, der auf der Grundlage der ab 01.01.2004 geltenden Vorschriften bestimmt worden ist, den Ausschuss gerichtlich zu vertreten. Solange dieser noch nicht bestellt ist, ist das Gremium prozessual nicht handlungsfähig (so BSG vom 28.04.2004, B 6 KA 8/03 R). Bis dahin ist das gerichtliche Verfahren unterbrochen gemäß § 241 I Hs. 1 ZPO i.V.m. § 202 SGG.

Der Kl., ein MKG-Chirurg, wandte sich gegen eine Wirtschaftlichkeitsprüfung in den zehn Quartalen III/93 bis IV/95 (886.287,66 Euro). Vorausgegangen waren Beschwerdeentscheidungen, die keinen Bestand hatten, nachdem das BSG, Urt. v. 27.06.2001 - B 6 KA 43/00 R - zur Neubescheidung verpflichtet hatte. **SG München**, Urt. v. 21.01.2004 – S 38 KA 5006/03 – verpflichtete zur Neubescheidung. Dagegen haben die Beigeladenen zu 1), 2), 6) und 7) Berufungen eingelegt, weil der Bekl. infolge des GMG seit dem 01.01.2004 nicht existent gewesen sei und der Fortsetzung des Verfahrens ein Prozesshindernis entgegengestanden habe. Das **LSG** hob das Urt. auf und verwies den Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das SG zurück.

2. EINZELLEISTUNGSVERGLEICH DER NR. 565 EBM

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 18.05.2005 – **L 11 KA 97/03** – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-28

Horizontalvergleich, Kostenvergleich, Hautarzt, Allergologe, Einzelleistungsvergleich
SGB V § 106; EBM Nrn. 564, 565

Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung der Nr. 565 EBM im Wege des sog. Horizontalvergleichs ist rechtmäßig. Bei der Nr. 565 EBM handelt es sich nicht um eine Zuschlagsleistung, sondern um eine selbständige ärztliche Leistung. In der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist diese Leistungserbringung daher als Einzelzifferkürzung zulässig.

SG Dortmund, Urt. v. 24.04.2003 – S 14 KA 195/00 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. SPRECHSTUNDENBEDARFSREGRESS/VERSPÄTETES VORBRINGEN

LSG Nordrhein-Westfalen, Ur. v. 18.05.2005 – L 11 KA 93/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-29

Sprechstundenbedarfsregress, Berufungsverfahren

SGB V § 106

Der erstmalige Vortrag in einem Verfahren über einen Sprechstundenbedarfsregress im Berufungsverfahren kann schon deshalb nicht erfolgreich sein, da es dem Beklagten nicht möglich war, sich mit diesem Argument auseinanderzusetzen.

Der klagende Arzt für Neurologie und Psychiatrie wandte sich erfolglos gegen Sprechstundenbedarfsregresse für die Quartale I/94 bis IV/96 (23.885,17 DM). Der Bekl. wies darauf hin, dass die Anzahl der abgerechneten Infusionsleistungen nicht mit der Anzahl der bezogenen Infektionsbestecke korreliere; darüber hinaus sei auffällig, dass Mittel, die nur für einen Patienten bestimmt seien, über Sprechstundenbedarf abgerechnet worden seien. Der vom Kläger geltend gemachte hohe Ausländeranteil stelle keine Praxisbesonderheit dar, denn es gebe keinen Erfahrungssatz, dass Patienten mit mangelnden deutschen Sprachkenntnissen einen erhöhten Sprechstundenbedarf aufwenden würden. Eine Kompensation durch Minderaufwendungen in anderen Bereichen lägen nicht vor; im Übrigen sei dem Kl. im Vergleich zur Gebietsgruppe ein Mehraufwand von 100 % zugestanden worden. *SG Dortmund*, Ur. v. 14.03.2001 – S 9 KA 74/00 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. ARZNEIKOSTENREGRESS UND OFF-LABEL-USE (IMMUNGLOBULINE)

LSG Bayern, Ur. v. 02.03.2005 – L 12 KA 107/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-30

Immunglobulin, Intraglobin F, Octagam, Intrimun, Off-Label-Use, sonstiger Schaden

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 31 I, 106

Eine **eingeschränkte Einzelfallprüfung** ist jedenfalls dann zulässig, wenn der Schwerpunkt des Regressverfahrens in der generellen Unzulässigkeit einer Verordnung (hier: von Immunglobulinen bei erwachsenen AIDS-Patienten) liegt.

Für die Festsetzung eines **Regresses** wegen Verstoßes gegen die Arzneimittelrichtlinien bzw. wegen der Verordnung nichtverordnungsfähiger Arzneimittel kommt es - anders als bei einem Schadensersatzanspruch - auch nicht darauf an, dass der Vertragsarzt seine vertragsärztlichen Pflichten **schuldhaft** verletzt haben muss.

An der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Arzneitherapie fehlt es, wenn das verwendete **Medikament** nach den Vorschriften des Arzneimittelrechts der **Zulassung** bedarf und die Zulassung nicht erteilt worden ist (vgl. BSG, Ur. v. 23.07.1998 - B 1 KR 19/96 - SozR 3-2500 § 31 Nr. 5). Gleiches hat für die Fälle zu gelten, wenn die Entscheidung der Behörde noch aussteht, sei es, weil der Hersteller des Medikaments die Zulassung nicht beantragt hat oder weil das Zulassungsverfahren noch nicht abgeschlossen ist. Eine fehlende Zulassung eines zulassungspflichtigen Arzneimittels schließt die Verordnungsfähigkeit stets aus (BSG, a.a.O.; BSG, Ur. v. 08.03.1995, SozR 3-2200 § 182 Nr. 17 und SozR 3-2500 § 31 Nr. 3). In Fortführung dieser Rechtsprechung dürfen Arzneimittel, auch wenn sie zum Verkehr zugelassen sind, nicht zu Lasten der Krankenversicherung in einem Anwendungsgebiet verordnet werden, auf das sich die Zulassung nicht erstreckt (sog. Off-Label-Use). Die Verordnung der Medikamente Intraglobin F, Octagam und Intrimun bei erwachsenen AIDS-Patienten erfolgen außerhalb der arzneimittelrechtlichen Zulassung. Die Anwendung von **intravenösen Immunglobulinen bei Erwachsenen mit HIV-Infektionen** betrifft ein erweitertes Anwendungsgebiet, das gemäß § 29 Abs.3 Nr.3 AMG einer Neuzulassung bedürfte.

Es ist rechtlich nicht zu beanstanden, wenn ein Gericht auf der Grundlage von **Stellungnahmen des Paul-Ehrlich-Instituts sowie des gemeinsamen Bundesausschusses** zu der Auffassung gelangt, dass die streitgegenständlichen Medikamente außerhalb der Zulassung verordnet worden sind (vgl. hierzu BVerfG, Beschl. v. 29.11.2004 - 1 BvR 2571/04 -).

Ein nicht zugelassenes Arzneimittel kann ausnahmsweise verordnet werden, wenn es um die Behandlung einer schwerwiegenden (lebensbedrohlichen oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigenden) Erkrankung geht, keine andere Therapie verfügbar ist, und auf Grund der Datenlage die begründete Aussicht besteht, dass mit dem betreffenden Präparat ein Behandlungserfolg (kurativ oder palliativ) erzielt werden kann. Ein **Nachweis über den Behandlungserfolg** bei der Gabe von Immunglobulinen bei der Behandlung von erwachsenen AIDS-Patienten liegt nicht vor.

Der Kläger, ein praktischer Arzt, wies in einem Prüfverfahren bzgl. der ärztlichen Handlungsweise in III/97 auf den **Schwerpunkt** seiner ärztlichen Tätigkeit in der Behandlung und Betreuung von **HIV-Infizierten** und AIDS-Patienten hin. Der **Prüfungsausschuss** setzte einen **Regress** bei den Einzelverordnungen in Höhe von

DM 189.379,61 fest. Der Kl. überschreite mit einem Arzneikostenfallwert von DM 2.067,46 den Fallwert der Arztgruppe mit DM 78,04 um + 2.549,1 %. Der **Bekl.**, der ein Gutachten des Leiters der Klinischen Abteilung eines Tropeninstituts eingeholt hatte und dem ein weiteres, vom Kl. eingeholtes Gutachten vorlag, reduzierte den Regress auf DM 127.032,48. Er führte eine **Einzelfallprüfung** durch und bestätigte den Regress in 23 von 24 Fällen. er führte u. a. aus, nicht der hohe Preis der IVIG-Therapie, sondern der fehlende Wirksamkeitsnachweis für die Indikation HIV bei Erwachsenen ohne Thrombozytopenie und Antikörpermangel würden diese Therapie unwirtschaftlich machen. Eine unkritische, über Monate bzw. Quartale gehende regelmäßige Substitution ohne jeglichen Anhaltspunkt für die therapeutische Wirksamkeit sei nicht geeignet, die Kriterien dieser Zulassung auch nur im Geringsten zu erfüllen. Die Kriterien des BSG (Urt. v. 19.03.2002 - B 1 KR 37/00 R -) zum Off-Label-Use seien nicht erfüllt. **SG München**, Urt. v. 19.05.2005 – S 45 KA 2209/01 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Zu Gesichtspunkten eines **Vertrauensschutzes** wegen Berliner Besonderheiten vgl. **SG Berlin**, Urt. v. 10.11.2004 – S 71 KA 12/03 – RID 05-01-47, zur krankenversicherungsrechtlichen Instanzenpraxis s. zuletzt **SG Berlin**, Urt. v. 12.04.2005 – S 81 KR 323/99 – RID 05-03-97 m.w.N.; zur **BSG**-Rspr. s. RID 03-03-B IV 1 (S. 64).

5. REGRESSFORDERUNG: ZAHNPROTHETISCHE VERSORGUNG

LSG Berlin, Urt. v. 20.10.2004 – L 7 KA 62/01 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-31

Schadensersatzanspruch, Prothetik, Nachbesserung, Neuanfertigung, Kronenrand
EKV-Z § 12 Nr. 6

Ein **öffentlich-rechtlicher Schadensersatzanspruch** entsteht bereits dann, wenn ein Vertragszahnarzt aufgrund schuldhaften Verhaltens gegenüber einer Krankenkasse einen Schaden verursacht hat. War in einem solchen Falle das zahnärztliche Arbeitsergebnis **vollständig unbrauchbar** und eine Nachbesserung nicht möglich, so ist der Schaden in der Weise zu berechnen, dass die Differenz der Kosten zu ermitteln ist, die die Krankenkasse bei einer vertragsgemäßen Behandlung zu tragen gehabt hätte, verglichen mit den Kosten, die sie letztlich tatsächlich aufgebracht hat. Dieser Schadensersatz wird der Höhe nach nur dann mit dem von der Krankenkasse anteilig getragenen zahnärztlichen Honorar gleichzusetzen sein, wenn die Leistung des Zahnarztes einerseits völlig unbrauchbar war, aber andererseits auch keine weiteren Schäden mit sich gebracht hat. War die Leistung hingegen **teilweise brauchbar**, können dem Zahnarzt nur die zur vertragsgerechten Versorgung erforderlich gewordenen Mehrkosten (Nachbesserungskosten) sowie die durch fehlerhafte Behandlung darüber hinaus entstandenen Zusatzkosten (Mängelfolgeschäden) in Rechnung gestellt werden (BSG, Urteil vom 2. Dezember 1992, 14a/6 RKA 43/91, SozR 3-5555 § 9 Nr. 1).

Ist eine **Nachbesserung** grundsätzlich denkbar, erscheint aber eine Neuanfertigung wegen des Umfangs der notwendigen Korrekturen sinnvoller, so lässt dies nicht den Schluss zu, das Arbeitsergebnis sei in vollem Umfang **unbrauchbar**.

Zur Begründung eines Schadensersatzanspruchs reicht die Feststellung des Sachverständigen, die Schichtdicken an den noch nicht defekten Stellen seien unzureichend, die Kronenränder überdimensioniert, nicht aus, da sich nicht mit hinreichender Klarheit entnehmen lässt, in welchem Ausmaß tatsächlich die **Kronenränder überdimensioniert** waren und ob diese Überdimensionierung tatsächlich geeignet war, den Zahnersatz im Oberkiefer als (endgültig) unbrauchbar erscheinen zu lassen, oder ob ein Einschleifen der Kronen möglich gewesen wäre.

SG Berlin, Urt. v. 22.08.2001 – S 79 KA 1/00 KZA – wies die Klage ab, das **LSG** gab der Klage statt.

LSG Bayern, Urt. v. 09.03.2005 – L 3 KA 520/02 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-32

Schadensersatzanspruch, Prothetik, Nachbesserung, Neuanfertigung, Kronenrand
EKV-Z §§ 4 Nr. 1, 12 Nr. 6

Die Kündigung eines zahnärztlichen Vertrages setzt ein schuldhaft vertragswidriges Verhalten des Zahnarztes voraus; das Verhalten des Zahnarztes muss das Gewicht eines wichtigen Grundes im Sinne des § 626 BGB haben (BSG, Urt. v. 16.01.1991, SozR 3-5555 § 12 Nr.2). Dies ist dann der Fall, wenn das Arbeitsergebnis völlig unbrauchbar und eine Nachbesserung nicht möglich oder dem Versicherten nicht zumutbar ist.

Wird ein Zahnersatz in der Folgezeit mehrfach abgenommen und provisorisch wieder befestigt, so ist nachvollziehbar, dass die Versicherte nicht länger willens ist, den Zahnarzt für weitere Arbeiten an der Prothese aufzusuchen. Ein Vertrauensverlust ist einsehbar.

Der kl. Zahnarzt gliederte bei der Patientin H. am 13.12.1995 eine kombinierte Zahnersatzversorgung im Oberkiefer ein. Der Heil- und Kostenplan wurde mit 3.575,86 DM von der Beigel. zu 1) abgerechnet. Die Versicherte war in der Folgezeit neunmal beim Kl. in Behandlung, am 17.05.1996 das letzte Mal. Am

02.08.1996 führte auf Veranlassung des Klägers Dr. W. eine Resektion am Zahn 23 durch. Zum Legen einer Deckfüllung erschien H. nicht mehr beim Kl., sondern ließ sich von einem anderen Zahnarzt neuversorgen. Die Bekl. setzte den Rückforderungsantrag fest. H. unterlag mit ihrer Klage auf Schadensersatz und Schmerzensgeld im Zivilverfahren. **SG München**, Urt. v. 29.05.2002 – S 42 KA 5268/98 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

VI. VERPFLICHTUNG ZUR ERÖFFNUNG EINES DISZIPLINARVERFAHRENS

LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 19.01.2005 - L 4 KA 7/04 - (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 05-03-83

Disziplinarverfahren, Disziplinarausschuss, Rechtsanwalt

SGB V §§ 75 II, 81 V, 294, 295; BRAO § 3 III

Dem Disziplinarausschuss kommt bei seiner Entscheidung über die Eröffnung eines Disziplinarverfahrens gegenüber dem Vertragsarzt kein Ermessen zu, soweit es sich um das Vorliegen eines Pflichtenverstößes handelt. Was einen "Pflichtenverstoß" darstellt, ist abhängig von der satzungsrechtlichen Regelung. Diese Tatbestandsvoraussetzung ist gerichtlich voll überprüfbar, ohne dass ein Beurteilungsspielraum besteht (vgl. BSG, Urt. v. 03.09.1987 – 6 RKa 30/86 – SozR 2200 § 368m Nr. 3; ebs. LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 23.03.2000 - L 5 KA 22/99 - RID 00-03-19; LSG Bayern, Urt. v. 11.10.2000 - L 12 KA 30/99 - RID 01-01-33). Ermessen kommt dem Disziplinarausschuss bei der Festlegung einer Disziplinarstrafe zu (BSG, Beschl. v. 20.03.1996 – 6 BKa 1/96 -). Bei der Entscheidung über die Eröffnung des Disziplinarverfahrens kann das allenfalls gelten, soweit es sich um ein Bagatelldelikt handelt.

Die Einschaltung eines Rechtsanwaltes kann nicht zum Vorwurf gemacht werden. Sie darf schon deshalb nicht als unerlaubte Verschleppung der Pflichterfüllung bewertet werden.

Die Anforderung sämtlicher Patientenunterlagen eines Quartals – hier 653 Karteikarten - erscheint ungewöhnlich und auch durch den Verdacht des Abrechnungsbetruges, dessen Umfang nicht bekannt ist, der sich aber nur auf die zunächst geprüften vier Karteikarten gestützt haben kann, nicht gerechtfertigt. Hinzukommt, dass die Herausgabe einer derart großen Zahl von Karteikarten für die Praxis der Beigeladenen aufwendig war und die weitere Arbeit erschweren konnte.

Die beigeladenen Zahnärztinnen betreiben eine Gemeinschaftspraxis. Die klagende KZV bat sie, ohne dies zu begründen, um Zusendung aller Original-Karteikarten der Patienten, die im Quartal I/99 bei ihnen behandelt worden waren und für die eine Abrechnung erfolgt war, was sie ablehnten. Die KZV beantragte die Durchführung eines Disziplinarverfahrens, woraufhin die Beigel. die Unterlagen übersandten. Nach Ansicht der KZV rechtfertigte die Zusendung der Behandlungsunterlagen das vorangegangene Verhalten der Beschuldigten nicht. Es hätten sich auch Verdachtsmomente dafür ergeben, dass es sich bei den eingereichten Behandlungsunterlagen nicht um die Originale handele. Der Anforderung weiterer 100 Patientenkarteikarten aus dem Quartal II/99 seien die Beigel. ebf. nur verzögert nachgekommen. Der bekl. Disziplinarausschuss lehnte die Einleitung eines Disziplinarverfahrens ab. **SG Magdeburg**, Urt. v. 30.01.2002 – S 17 KA 71/00 – wies die Klage ab, das **LSG**, Urt. v. 13.11.2002 - L 4 KA 3/02 - RID 03-02-34 die Berufung zurück, weil die Klage unzulässig sei. **BSG**, Urt. v. 28.01.2004 – B 6 KA 4/03 R – verwies die Sache zurück, da es sich um einen zulässigen Insichprozess handle. Das **LSG** wies die Berufung nunmehr als unbegründet zurück.

VII. ZULASSUNGSRECHT

Vgl. zuletzt **BSG**, Urt. v. 23.02.2005 – B 6 KA 81/03 R – („Windhundprinzip“), wonach eine Neuregelung der Nr. 23 Satz 2 BedarfspIRiÄ 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** – BSGE = SozR 4-2500 § 95 Nr. 9 = GesR 2005, 168 = MedR 2005, 311, 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 93, 79 = 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 **Sonderbedarfszulassung** 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 **Auswahlmessen** 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

A) ZEITFENSTER IN ENGLAND

LSG Bayern, Urt. v. 07.07.2004 – L 12 KA 40/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-34

Revision anhängig nach Nichtzulassungsbeschwerde: B 6 KA 21/05 R

Psychotherapeut, bedarfsunabhängig, Zulassung, Zeitfenster
SGB V § 95 X

Die Auffassung, wonach die Forderung nach einer bestimmten Stundenzahl vom Begriff "teilgenommen" in § 95 X 1 Nr. 3 SGB V nicht gedeckt ist und gegebenenfalls eine einzige Stunde ausreicht, ist im Hinblick auf die Rechtsprechung des BSG nicht (mehr) haltbar (vgl. insbesondere BSG v. 08.11.2000 – B 6 KA 52/00 R – BSGE 87, 158 = SozR 3-2500 § 95 Nr. 25).

Ein Anspruch auf bedarfsunabhängige Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung ergibt sich nicht aus einer während des Zeitfensters ausgeübten Tätigkeit als Psychologe im Anstellungsverhältnis in einem anderen Mitgliedstaat (hier: England).

Eine Ausweitung des Besitzstandsschutzes ist nach § 95 XIb SGB V aus verfassungsrechtlichen Gründen (Art 6 GG) nur für den Fall vorgesehen, dass während des Zeitfensters ein minderjähriges Kind unter drei Jahren erzogen wurde.

Die Kl., eine approbierte Diplompsychologin, beantragte erfolglos die bedarfsunabhängige Zulassung an ihrem Praxissitz in V. Nach eigenen Angaben behandelte sie vom 01.09. bis 31.12.1994 75 Stunden. Die DAK hat 25 Stunden bestätigt. Von Januar 1995 bis September 1997 arbeitete sie als klinische Psychologin im University of M. Teaching Hospital und im M. & S. Pain Center in England. Danach kehrte sie nach Deutschland zurück und war von November 1997 bis Dezember 1998 in einer Klinik in Vollzeit angestellt. Mit Schreiben vom 22. Dezember 1998 bestätigte die KV d. Kl., dass sie die Voraussetzungen zur Teilnahme am Delegationsverfahren besitze und teilte ihr eine Abrechnungsnummer zu. Mit Bescheid des Bekl. v. 30.07.2002 wurde ihr eine Sonderbedarfszulassung als Psychologische Psychotherapeutin für den Praxissitz V., beschränkt auf die Versorgung von Patienten des Altlandkreises V., erteilt. **SG München**, Urt. v. 11.12.2002 – S 32 KA 922/02 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

B) APPROBATIONSERFORDERNIS VERFASSUNGSGEMÄß

LSG Bayern, Urt. v. 16.02.2005 – L 12 KA 173/02 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-35

Psychologischer Psychotherapeut, Psychologiestudium, Approbation, Kostenerstatter, Vertrauensschutz
SGB V §§ 13 III, 95 X; PsychThG § 12

Ein Anspruch auf bedarfsunabhängige Zulassung als Psychologischer Psychotherapeut besteht nicht, wenn der Antragsteller über kein abgeschlossenes Psychologiestudium und infolgedessen über keine Approbation verfügt.

Die berufsrechtlich gewählte Begrenzung des Berufsbildes des Psychologischen Psychotherapeuten allein auf Diplom-Psychologen ist verfassungsgemäß.

Die Frage, ob und wann durch die Kostenerstattung im Rahmen von § 13 III SGB V ein schützenswertes Vertrauen begründet wurde, welches durch das PsychThG enttäuscht wurde, ist durch **BSG**, Urt. v. 05.02.2003 – B 6 KA 42/02 R = SozR 4-2500 S.95 Nr.4 geklärt.

Soweit in **BVerwG**, Urt. v. 09.12.2004 – 3 C 11.04 – Breith 2005, 265 die Auffassung anklingt, dass die Entscheidung des BSG vom 05.02.2003 ein Gerechtigkeitsdefizit gegenüber denjenigen Personen aufweise, die ihre Lebensplanung auf die psychotherapeutische Behandlung von gesetzlich Versicherten aufgebaut hätten und nunmehr faktisch an der weiteren Ausübung dieses Berufes gehindert seien, überzeugen die diesbezüglichen Ausführungen des BVerwG nicht und sind nicht geeignet, ein für einen nicht approbierten Psychotherapeuten günstigeres Ergebnis zu begründen.

Der 1951 geb. Kl. schloss das Sozialpädagogikstudium an der Fachhochschule 1982 mit dem Diplom ab. Er ist als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut zugelassen. Seinen weiteren Antrag auf bedarfsunabhängige Zulassung als Psychologischer Psychotherapeut lehnten die Zulassungsgremien ab, da er nicht als solcher approbiert sei. **SG München**, Urt. v. 31.10.2002 – S 22 KA 2998/01 – wies die Klage ab. Mit der Berufung machte d. Kl. u. a. geltend, BVerwG, Urt. v. 09.12.2004 – 3 C 11.04 – habe seinen Rechtsbehelf

abgewiesen; danach richteten sich aber die Fragen des verfassungsrechtlich gebotenen Vertrauensschutzes nicht an das Berufsrecht, sondern an das Sozialversicherungsrecht. Entscheidend sei, dass ihm im Bereich der Erwachsenenpsychotherapie die bisherige legale Beschäftigungsmöglichkeit faktisch entzogen worden sei, ohne dass ihm die Möglichkeit zur Fortführung seiner bisherigen Tätigkeit gegeben werde. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

Aus den Gründen:

„(...) Diesbezüglich ist festzustellen, dass **die vom BVerwG aufgezeigte Lösung** (a.a.O. S.14 am Schluss), wonach die seit langem psychotherapeutisch tätigen Heilpraktiker eine fortlaufende Berücksichtigung durch die gesetzlichen Krankenkassen finden müssten, **mit dem Streitgegenstand** des hiesigen Rechtsstreits, der bedarfsunabhängigen Zulassung des Klägers als Psychologischer Psychotherapeut gemäß § 95 Abs. 10 SGB V, **nichts zu tun hat**. Dem vom BVerwG aufgezeigten Lösungsweg steht im Übrigen bereits die Tatsache entgegen, dass die in § 13 Abs.3 SGB V vorgesehene Möglichkeit der Kostenerstattung keinen eigenen Rechtsanspruch und keine Vertrauensposition des Klägers begründet. Zwar durfte der Kläger aufgrund seiner Heilpraktiker-Erlaubnis für Psychotherapie seine psychotherapeutische Tätigkeit anbieten und ausüben. Zur Behandlung von gesetzlich krankenversicherten Patienten war er aber nie zugelassen, vielmehr konnte er seine Patienten nur als Privatpatienten behandeln und er hatte grundsätzlich nur diesen gegenüber einen Anspruch auf Honorar. Der Kläger unterschied sich daher rechtlich sehr deutlich von den Delegationspsychotherapeuten, die aufgrund eines ärztlichen Auftrags im Rahmen der ärztlichen Behandlung und unter Aufsicht des Arztes tätig wurden und vor allem besondere Ausbildungsanforderungen erfüllten (Psychologiestudium und abgeschlossene Fortbildung an einer zugelassenen privaten Fortbildungsstätte, vgl. Abschnitt F Nr. II Abs.1 Satz 2, Abschnitt G Nr.1 der Richtlinien über die Durchführung der Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung.). Die Möglichkeit der Kostenerstattung in § 13 Abs.3 SGB V begründet aber lediglich einen Rechtsanspruch der Patienten selbst, nicht aber der sie behandelnden, nicht zugelassenen Heilbehandler. Die Heilbehandler wurden daher durch die Möglichkeit der Kostenerstattung gemäß § 13 Abs.3 SGB V nur mittelbar begünstigt und konnten kein Vertrauen auf die Beständigkeit dieses Rechtsreflexes erwerben. Ein schützenswertes Vertrauen des Klägers auf bedarfsunabhängige Zulassung als Psychologischer Psychotherapeut ohne Approbation hat sich beim Kläger daher nicht herausbilden können. Festzuhalten ist, dass der Kläger durch eine im Wege des Übergangsrechts erteilte Zulassung als Psychologischer Psychotherapeut eine bislang noch niemals innegehabte höherwertige Rechtsstellung erhalten würde, die ihn den approbierten, ungleich besser ausgebildeten Psychotherapeuten gleichstellen würde und ihn nicht mehr nur im Erstattungsverfahren, sondern aufgrund eigener vertragspsychotherapeutischer Zulassung tätig werden lassen würde. Eine solche Rechtsstellung hat der Gesetzgeber aber von jeher nur solchen Personen zuerkannt, die ein abgeschlossenes Psychologiestudium aufweisen.(...)“

2. KRANKENHAUSTÄTIGKEIT ALS ZULASSUNGSHINDERNIS (FACHARZT FÜR HUMANGENETIK)

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v.07.04.2005 – L 5 KA 63/04 – juris = <http://cms.justiz.rlp.de/justiz>

RID 05-03-36

Humangenetik, Nichteignung, Nebentätigkeit, Verhältnismäßigkeit, Zulassungsentziehung, Krankenhaus
SGB V §§ 95 VI, 98 II Nr. 10, 101; Ärzte-ZV §§ 20 I, II, 24 II, 27 S. 1; ÄBedarfsplRL

Leitsätze:

1. Ein Vertragsarzt steht nicht in ausreichendem Umfang für die kassenärztliche Versorgung zur Verfügung, wenn er daneben eine Tätigkeit von mehr als 13 Stunden wöchentlich in einem Krankenhaus verrichtet. Dies gilt auch für Ärzte ohne häufigen Patientenkontakt (hier: Facharzt für Humangenetik) und auch dann, wenn die betreffende Arztgruppe nicht der Bedarfsplanung unterliegt.
2. Im Rahmen der Prüfung, ob die Entziehung der Zulassung verhältnismäßig ist, kann der Umstand mitberücksichtigt werden, dass der Arzt nach Beseitigung des Hindernisses für die Zulassung jederzeit erneut eine Zulassung beantragen kann, weil es für die Arztgruppe keine Zulassungssperre gibt.

SG Mainz, Urt. v. 02.06.2004 – S 2 KA 160/01 – wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

3. AUSLAUFRIST FÜR PSYCHOTHERAPEUTEN NACH ZULASSUNGSENDE

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 30.04.2003 – L 5 KA 4280/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-37

Psychotherapeut, Altersgrenze, Zulassungsentziehung, Psychotherapie
SGB V § 95 V, VII

Vertragspsychotherapeuten, bei denen die Ausnahme nach § 95 VII SGB V nicht vorliegt, ist die Zulassung nach Überschreiten des 68. Lebensjahres zu entziehen, auch wenn ihnen vor der Entscheidung des BSG, Urt. v. 08.11.2000 - B 6 KA 55/00 R - BSGE 87, 184 = SozR 3-2500 § 95 Nr. 26 = MedR 2001, 328 die Zulassung noch für 20 Jahre erteilt worden war.

Unter dem Gesichtspunkt des Schutzes der Gesundheit der von einer Vertragspsychotherapeutin aktuell behandelten Patienten ist es angemessen, ihr zur Abwicklung bereits von ihr begonnener Psychotherapien eine geräumige Auslauffrist zu gewähren (hier: bis 31.12.2003) (vgl. dazu BSG Urt. v. 11.09.2002 - B 6 KA 41/01 R).

SG Freiburg, Urt. v. 28.08.2002 – S 11 KA 2334/01 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung mit der Maßgabe zurück, dass die Klägerin berechtigt ist, ihre vertragspsychotherapeutische Praxis noch übergangsweise bis zum 31.12.2003 und beschränkt auf bereits begonnene Psychotherapien fortzuführen.

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

A) BEURTEILUNGSSPIELRAUM/ANGRENZENDE PLANUNGSBEREICHE

LSG Sachsen, Beschl. v. 26.05.2005 – L 1 B 31/05 KA-ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-03-38**

Gastroskopie, hausärztlicher Internist, haus- und fachärztliche Versorgung, KO-Liste
SGB V §§ 73 I, Ia, 87 IIa 4; GG Art. 12 I; EBM Nr. 741

Bei der Frage des "Bedarfs" für eine Leistungserbringung durch hausärztliche Internisten (hier: Gastroskopien nach Nr. 741 EBM) haben die Zulassungsgremien einen gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbaren Beurteilungsspielraum.

Es ist nicht zu beanstanden, wenn die Zulassungsgremien bei der Beurteilung der Bedarfssituation auch die zum Praxissitz angrenzenden Planungsbereiche mit einbeziehen, wenn es sich um Subspezialisierungen einzelner Fachgebiete handelt (BSG, Urt. v. 28.06.2000 - B 6 KA 35/99 R - SozR 3-2500 § 101 Nr. 5 unter Hinweis auf BSG, Urt. v. 19.03.1997 - 6 RKa 43/99 - SozR 3-2500 § 101 Nr. 1 S. 6).

SG Dresden, Beschl. v. 20.01.2005 – S 11 KA 923/04 ER – wies den Antrag auf Erlasses einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück. Das LSG setzte den **Streitwert** auf 27.245,64 EUR fest.

Vgl. zuletzt zur Frage des Planungsbereichs RID 05-02-B VIII 3a (S. 25 f.).

entfällt RID 05-03-39

B) NERVENARZT

LSG Bayern, Urt. v. 24.11.2004 – L 12 KA 269/04 – Breithaupt 2005, 184 **RID 05-03-40**

Nervenarzt, Gastroskopie, hausärztlicher Internist, haus- und fachärztliche Versorgung, KO-Liste
SGB V §§ 73 I, Ia, 87 IIa 4; GG Art. 3 I, 12 I

Leitsatz:

Keine Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung durch einen Nervenarzt.

5. ALTERSGRENZE VON 68 JAHREN: EU-RECHT, MRK

LSG Hessen, Beschl. v. 15.12.2004 – L 7 KA 412/03 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-41

Zulassung, Altersgrenze, Europarecht, Menschenrechtskonvention
SGB V § 95 VII; GG Art. 12; SGG §§ 86a, 86b

Dem auf bloße Feststellung des kraft Gesetzes eingetretenen Endes der Vertragsarztzulassung nach Erreichen der Altersgrenze von 68 Jahren gerichteten Bescheid wohnt keine Vollziehungsanordnung inne, die gem. § 86a III SGG bzw. § 86b I SGG der Aussetzung zugänglich wäre.

§ 95 VII SGB V ist mit dem Grundgesetz vereinbar. Ein Verstoß gegen das Gleichbehandlungsgebot des Art. 3 GG etwa im Hinblick auf die Benachteiligung gegenüber Ärzten aus anderen EU-Ländern liegt nicht vor.

Auf Bestimmungen der Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten kann auch ein Anspruch auf eine - zumindest vorübergehende - Fortführung einer Vertragsarztpraxis über das 68. Lebensjahr hinaus nicht abgeleitet werden.

Die Normen des europäischen Gemeinschaftsrechts werden durch die in § 95 VII SGB V getroffene Altersgrenzenregelung nicht verletzt.

SG Frankfurt a. M., Beschl. v. 18.03.2003 – S 29 KA 51/03 ER – wies den Antrag, den Ast. im Wege der einstweiligen Anordnung weiterhin an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen zu lassen, hilfsweise, ihn bis Ende 2003 zur vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

Vgl. a. zuletzt **BSG**, Beschl. v. 27.04.2005 - B 6 KA 38/04 B – RID diese Ausgabe (juris).

6. KEIN ANORDNUNGSGRUND FÜR WIEDERZULASSUNG NACH KOLLEKTIVEM VERZICHT

SG Hannover, Urt. v. 26.04.2005 – S 43 KA 18/05 ER –

RID 05-03-42

Beschwerde erhoben: LSG Niedersachsen-Bremen – L 3 KA 72/05 ER

Zulassungsverzicht, Zulassung, Wiederzulassung, Anordnungsgrund, Kieferorthopäde
SGB V §§ 95, 95b; SGG § 86b II 2

Für einen Antrag auf Wiederzulassung nach einem Zulassungsverzicht im Rahmen des § 95b SGB V fehlt es an einem Anordnungsgrund, da weiterhin Alt- und Neufälle behandelt werden können und damit der Bestand der Praxis gesichert werden kann (*LSG Niedersachsen-Bremen*, Beschl. v. 05.01.2005 – L 3 KA 237/04 ER - RID 05-01-85).

Die Ast., eine Kieferorthopädin, war 1984 zugelassen worden. Zum 30.06.2004 verzichtete sie auf ihre Zulassung. Das Ende der Zulassung stellte der Zulassungsausschuss dann mit bestandskräftigem Bescheid fest. Das ns. Ministerium erließ einen – bestandskräftigen - Feststellungsbescheid nach § 72a I SGB V über einen kollektiven Verzicht, in dem auch die Ast. genannt wird. Den Antrag auf Neuzulassung zum Oktober 2004 lehnten die Zulassungsgremien ab. Über die Klage ist noch nicht entschieden (S 43 KA 17/05). Den Eilantrag auf vorläufige Zulassung wies das *SG* ab.

S. a. *SG Hannover*, Urt. v. 08.06.2005 – S 35 KA 56/05 – RID 05-03-10 m.w.N, das einen Anspruch auf Vergütung von Neufällen nach § 95b SGB V ablehnt.

7. ZULASSUNGSENTZIEHUNG UND „WOHLVERHALTEN“

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 22.06.2005 – L 11 KA 28/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-43

Zulassungsentziehung, Übermaßverbot, Verhältnismäßigkeitsprinzip, Disziplinarmaßnahme
SGB V §§ 95 VI, 106; Ärzte-ZV § 27 S. 1

Für die Frage der Beurteilung der Rechtmäßigkeit der Zulassungsentziehung ist grundsätzlich die Sachlage im Zeitpunkt der Entscheidung maßgeblich (vgl. BSG, Urt. v. 20.10.2004 - B 6 KA 67/03 R -). In dem Fall, in dem sich bei einer nicht vollzogenen Zulassungsentziehung die Sach- und Rechtslage während des gerichtlichen Verfahrens zu Gunsten des Arztes in einer Weise geändert hat, die eine Entziehung nicht mehr als angemessen erscheinen lässt, ist im Hinblick auf die Bedeutung des Grundrechts aus Art. 12 I GG eine solche Änderung bis zur letzten mündlichen Verhandlung vor dem Tatsachengericht zu berücksichtigen (BSG, aaO.).

Vor einer dauerhaften Entziehung kann es bei wirtschaftlichen Verfehlungen geboten sein, zunächst entsprechende Mahnungen zur Beachtung der vertragsärztlichen Pflichten auszusprechen und sich aus den Verstößen ergebende Konsequenzen aufzuzeigen und/oder Disziplinarmaßnahmen zu verhängen. Ergibt eine Berücksichtigung des Verhaltens in einem fünf Jahre anhängigen Verfahren, dass Pflichtverletzungen irgendwelcher Art nicht feststellbar sind, so hat ein Vertragsarzt seine Eignung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung wiederhergestellt.

Der 1949 geb. Kl. ist seit Juli 1992 zugelassen und nimmt seit Januar 1996 als hausärztlich tätiger Internist an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Im Zusammenhang mit einer durchgeführten Plausibilitätsprüfung wurde zunächst im Juli 1999 mit dem Kl. ein Beratungsgespräch geführt, dessen Gegenstand die fortlaufend unwirtschaftliche Behandlungsweise war. Ein weiteres Gespräch fand im Oktober 1999 statt, in dem erörtert wurde, dass die erforderliche Dokumentation der Leistungserbringung bei verschiedenen Behandlungsfällen unzureichend sei. Über die Folgerungen daraus wurde im Verfahren L 11 KA 83/04 gestritten, siehe Senatsurteil vom heutigen Tage. Auf Antrag der Beigel. zu 7) entzog der Zulassungsausschuss dem Kl. die Zulassung, weil er fortgesetzt (rechtskräftig gewordene Kürzungen in 15 Quartalen von I/96 bis II/99) gegen das Gebot der wirtschaftlichen Behandlungsweise verstoßen und somit seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt habe. Der Widerspruch d. Kl. blieb ohne Erfolg. *SG Duisburg*, Urt. v. 28.01.2005 – S 19 KA 15/01 – RID 05-02-51 hob die Beschlüsse des Zulassungsausschusses und des Bekl. auf, das *LSG* wies die Berufung der Beigel. zu 7) zurück und verwies im Wesentlichen auf die Gründe der Vorinstanz.

8. ERMÄCHTIGUNG BEI BESTEHENDER INSTITUTSERMÄCHTIGUNG

LSG Bayern, Urt. v. 02.03.2005 – L 12 KA 355/04 –

RID 05-03-44

Ermächtigung, Institutsermächtigung, Methadon-Substitutionen
SGB V §§ 116, 118; Ärzte-ZV § 31

Sind ärztliche Leistungen bereits Gegenstand der in § 118 II SGB V kraft Gesetzes vorgesehenen Ermächtigung, so kommt eine Ermächtigung auf der Grundlage des § 31 I Ärzte-ZV nicht in Betracht. Die gesetzliche Ermächtigung des § 118 II SGB V wird näher definiert und begrenzt durch den auf der Grundlage des § 118 II 2 SGB V zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der KBV auf Bundesebene abgeschlossenen Vertrages vom 14.02.2001 (DÄ 2001, A-566). Zum Leistungsspektrum nach dieser Vereinbarung gehören für die Behandlung der Personengruppe der Suchtkranken mit Komorbidität auch die Methadon-Substitutionen.

Die Ausführungen in einer Institutsermächtigung, dass noch ein Bedarf an Ärzten bestehe, welche die Voraussetzungen zur Drogensubstitutionsbehandlung erfüllten, sind unzureichend. Sie lassen keinerlei nachprüfbare Tatsachen erkennen. Es fehlt auch eine Auseinandersetzung mit dem Nachrang einer Institutsermächtigung gegenüber persönlichen Ermächtigungen.

SG Nürnberg, Urt. v. 16.03.2004 – S 6 KA 14/03 – wies die Klage der KV ab, das *LSG* stellte fest, dass die Ermächtigung des Klinikums zur Drogensubstitutionstherapie rechtswidrig war.

VIII. WAHL ZUM VORSTAND DER KZV RHEINLAND-PFALZ

SG Mainz, Urt. v. 20.04.2005 – S 2 KA 588/04 – <http://cms.justiz.rlp.de/justiz>

RID 05-03-45

Vertreterversammlung, Vorstand, KV, Ladungsfrist, Wahl, Wahlanfechtungsklage
SGB V §§ 80 Ia, 81

Die Wahl zum Vorstand der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz ist gültig.

Vgl. bereits *SG Mainz, Urt. v. 30.03.2005 – S 8 KA 570/04 –* RID 05-02-56. entfällt RID 05-03-46

IX. VERFAHRENSRECHT: RECHTSWEG GEGEN INSOLVENZVERWALTER

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 26.05.2004 – S 11 SF 18/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-47

Insolvenzverwalter, Rechtsweg, Insolvenzgericht
InsO §§ 1-3, 36, 80, 148; SGG § 51; GVG § 17a

Für die Klage eines Vertragsarztes gegen den Insolvenzverwalter, der dessen erwirtschaftete Honorarforderungen von der KV einzieht, ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten nicht eröffnet, sondern zu dem Amtsgericht als Insolvenzgericht. Zu entscheiden haben die für sonstige Streitsachen zuständigen Spruchkörper, nicht die für Streitigkeiten des Vertragsarztrechts.

SG Köln, Beschl. v. 17.03.2004 – L 16 B 4/04 SF – erklärte den zu ihm beschrittenen Rechtsweg für unzulässig und verwies den Rechtsstreit an das Amtsgericht Köln, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

X. REGELSTREITWERT BEI BUDGETKLAGE

LSG Bayern, Beschl. v. 07.10.2004 – L 12 B 134/03 KA – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-48

Regelstreitwert, Punktwert, Budget, Peaxisbudget, Budgetierung
BRAGO in der bis zum 31.12.2001 geltenden Fassung §§ 8, 116 II

Das wirtschaftliche Interesse einer auf eine Neufestsetzung des Honorars gerichteten Klage kann nicht auf der Grundlage der Menge der im Honorarbescheid ausgewiesenen Punkte, die infolge der Budgetregelung nicht zur Auszahlung gelangten (hier: 545.382,6 Punkte in III/98 und 460.013,5 Punkte in IV/98), bestimmt werden. Vielmehr ist der gestellte Antrag und die dazu gegebene Begründung daraufhin zu würdigen, welche Rechtsauffassung bei der neuerlichen Verbescheidung nach Auffassung der Klägersseite zu Grunde zu legen ist und welche wirtschaftlichen Folgen daraus abzuleiten sind. Fehlt es an einer Klagebegründung, dann ist davon auszugehen, dass wenn die Budgetierung nicht zur Anwendung gelangt wäre, die Menge der insgesamt im streitigen Quartal abgerechneten Punkte erheblich höher gewesen wäre, sodass der Punktwert bei gedeckelter Gesamtvergütung sehr viel niedriger ausgefallen wäre. Was für ein Honoraranspruch dabei insgesamt herausgekommen wäre, ist für das Gericht nicht abschätzbar, sodass auf den Regelgegenstandswert zurückzugreifen ist.

SG München, Beschl. v. 08.11.2002 – S 32 KA 1194/00 – setzte den Streitwert für die verbundenen Verfahren auf 8.000 DM fest, das *LSG* auf jeweils 8.000 DM.

XI. ENTSCHEIDUNGEN DES BSG

1. HONORARVERTEILUNG

A) VERFASSUNGSGEMÄßE GRUNDLAGEN DER HONORARVERTEILUNG (RADIOLOGEN)

BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 44/03 R -

RID 05-03-49

Leitsätze:

1. Die Ermächtigungsgrundlagen des SGB 5 für die Honorarverteilungsmaßstäbe der Kassenärztlichen Vereinigungen und den Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen genügen dem Parlamentsvorbehalt und dem verfassungsrechtlichen Bestimmtheitsgebot.
2. Die gesetzliche Regelung über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab als Normsetzungsvertrag ist mit dem Demokratieprinzip des Grundgesetzes vereinbar.
3. Die Partner der Bundesmantelverträge verfügen über eine ausreichende demokratische Legitimation zur untergesetzlichen Normsetzung.
4. Die gesetzlich vorgegebenen Strukturen des vertragsärztlichen Vergütungssystems sind mit dem Grundrecht des einzelnen Vertragsarztes aus Art 12 Abs 1 GG vereinbar.
5. Das in § 72 Abs 2 SGB 5 normierte Ziel angemessener Vergütung vertragsärztlicher Leistungen ist eine von mehreren Vorgaben für die Regelung der gesamtvertraglichen Beziehungen zwischen den vertragsärztlichen Institutionen. Ein Anspruch auf Vergütung in bestimmter Höhe kann daraus nicht hergeleitet werden.
6. Die Zuerkennung höheren Honorars kommt auf Grund des Art 12 Abs 1 GG iVm dem Gesichtspunkt angemessener Vergütung erst dann in Betracht, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen gefährdet wird (Bestätigung von BSG vom 20.10.2004 - B 6 KA 30/03 R = zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen).
7. Praxisindividuelle Kostenbelastungen Einzelner sind für die erforderliche generelle Beurteilung nicht maßgebend. Sie können bei Entscheidungen über Sonderzahlungen in Härtefällen und aus Gründen der Sicherstellung der Versorgung zu berücksichtigen sein.
8. Die Regelungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen über die Altersversorgung in Form der Erweiterten Honorarverteilung können wegen deren statusrelevanten Charakters nicht incidenter in einem Honorarstreitverfahren auf ihre Rechtmäßigkeit überprüft werden.

Parallelverfahren:

BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 50/02 R -
BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 28/03 R -
BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 36/03 R -
BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 38/03 R -
BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 40/03 R -
BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 42/03 R -
BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 4/04 R -
BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 9/04 R -
BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 12/04 R -
BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 13/04 R -
BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 29/04 R -
BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 30/04 R -
BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 39/04 R -
BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 84/03 R -
BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 71/03 R -
BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 73/03 R -
BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 83/03 R -
BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 40/04 R -

RID 05-03-50
RID 05-03-51
RID 05-03-52
RID 05-03-53
RID 05-03-54
RID 05-03-55
RID 05-03-56
RID 05-03-57
RID 05-03-58
RID 05-03-59
RID 05-03-60
RID 05-03-61
RID 05-03-62
RID 05-03-63
RID 05-03-64
RID 05-03-65
RID 05-03-66
RID 05-03-67

B) MEHRVERGÜTUNG NACH MODELLVEREINBARUNG UND HONORARBESCHEID (§§ 86, 96 SGG)

BSG, Urt. v. 23.02.2005 - B 6 KA 45/03 R -

RID 05-03-68

Leitsätze:

Eine Änderung, Ersetzung oder Modifizierung des Quartalshonorarbescheides iS der § 86, § 96 Abs 1 SGG ist nicht gegeben, wenn zusätzlich zu diesem ein weiterer Bescheid eine Mehrvergütung gemäß einer Modellvereinbarung gewährt. Auch eine "entsprechende" Anwendung der § 86, § 96 Abs 1 SGG kommt nicht in Betracht.

2. LABORREFORM '99: WIRTSCHAFTLICHKEITSBONUS (NR. 3452 EBM)

BSG, Urt. v. 23.02.2005 - B 6 KA 55/03 R -

RID 05-03-69

Leitsätze:

1. Die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM-Ä) seit dem 1.7.1999 vorgeschriebene Abhängigkeit einer besonderen Vergütung für die wirtschaftliche Erbringung und Veranlassung von Laboruntersuchungen von den Kosten der erbrachten und veranlassten Laborleistungen einer Praxis (Wirtschaftlichkeitsbonus) ist von § 87 SGB V gedeckt und verstößt auch nicht gegen das Grundgesetz.
2. Zur Notwendigkeit von praxisindividuellen Ausnahmeregelungen im EBM-Ä bei der Einführung mengensteuernder Bewertungsformen.

3. SACHLICH-RECHNERISCHE BERICHTIGUNG

A) HEMMUNG DER AUFHEBUNGSFRIST BEI SCHIEDSVERFAHREN ÜBER GESAMTVERGÜTUNG

BSG, Beschl. v. 27.04.2005 - B 6 KA 46/04 B - juris

RID 05-03-70

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.04.2004 – L 11 KA 150/03 - RID 04-03-14 wird zurückgewiesen.

Der Lauf der Vier-Jahres-Frist zur Aufhebung eines Honorarbescheides ist in entsprechender Anwendung des § 45 II SGB I bis zum bestandskräftigen Abschluss des Schiedsverfahrens hinsichtlich der Gesamtvergütung gehemmt.

B) NR. P 200 BEMA-Z

BSG, Beschl. v. 27.04.2005 - B 6 KA 79/04 B - juris

RID 05-03-71

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 01.09.2004 - L 5 KA 3947/03 - RID 05-01-35 wird zurückgewiesen.

Chirurgische Maßnahmen sind dem Zahnarzt vorbehalten. Der Leistungsinhalt der Nr. P 200 Bema-Z in der bis zum 31.12.2003 geltenden Fassung kann nie allein durch die Leistungserbringung einer Dentalhygienikerin erbracht werden.

4. WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG

A) REPRODUKTIONSMEDIZINISCHE PRAXIS UND BERATUNGSLEISTUNGEN (NR. 17, 18 EBM)

BSG, Urt. v. 27.04.2005 - B 6 KA 39/04 R -

RID 05-03-72

Leitsatz:

Der Arzt, der Maßnahmen der künstlichen Befruchtung durchführt, darf bei Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes die allgemeinen Beratungsleistungen nach Nr 17, 18 EBM-Ä nur im Ausnahmefall erbringen und berechnen. Die Voraussetzungen eines derartigen Ausnahmefalles muss der Arzt gegenüber den Gremien der vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung darlegen.

B) NR. 10 EBM UND ANTHROPOSOPHISCHE AUSRICHTUNG

BSG, Urt. v. 23.02.2005 - B 6 KA 79/03 R -

RID 05-03-73

Leistungen nach **Nr. 10 EBM** können Gegenstand einer statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung sein.

Die pauschale Behauptung einer als "anthroposophisch/ganzheitlich/umweltmedizinisch" gekennzeichneten der Behandlungsweise kann keine **Praxisbesonderheit** begründen.

Bei Arztgruppen mit engem Leistungsspektrum darf die **Grenzziehung zum offensichtlichen Missverhältnis** schon bei einem Überschreiten der Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe um 40 % oder weniger vorgenommen werden. Möglich sind niedrigere Grenzwerte ferner, wenn es um genau umrissene, nicht anders ersetzbare Einzelleistungen innerhalb einer hinreichend homogenen Vergleichsgruppe geht. Es bestehen selbst gegen Grenzwerte von unter 40 % keine Bedenken, wenn die

Prüfgremien Besonderheiten der Praxis von vornherein mitberücksichtigt haben, es also um eine Grenzwertfestsetzung geht, die erfolgt, nachdem die statistische Vergleichsprüfung der Wirtschaftlichkeit bereits um anzuerkennende individuelle Umstände des Arztes "bereinigt" worden ist.

Bei typisierender Betrachtungsweise ist es nicht zu beanstanden, dass der Beschwerdeausschuss rechnerisch die Abrechnungsfrequenz eines Vertragsarztes bei der Nr. 10 EBM im gleichen Umfang kürzt, wie dessen Gesamthonorarforderung für Leistungen aus dem **Praxisbudget** nach Anwendung der einschlägigen Bestimmungen vermindert worden ist.

Auch nach der Einführung von **Praxis- und Zusatzbudgets** durch den EBM zum 1.7.1997 unterliegen die von den Budgets erfassten Leistungen der **Wirtschaftlichkeitsprüfung**.

5. ZULASSUNGSRECHT

A) ANFECHTUNGSBEFUGNIS BEI GEMEINSCHAFTSPRAXIS

AA) AUFHEBUNG DER GENEHMIGUNG ZUR TEILNAHME AN GEMEINSCHAFTSPRAXIS

BSG, Urt. v. 23.02.2005 - B 6 KA 70/03 R -

RID 05-03-74

Leitsatz:

Wird gegenüber einem Mitglied einer Gemeinschaftspraxis die Genehmigung zur Teilnahme an der Gemeinschaftspraxis widerrufen oder zurückgenommen, so sind dessen Partner grundsätzlich zur Anfechtung befugt. Eine Ausnahme gilt dann, wenn dem ein Zulassungsverzicht oder eine bestandskräftige Zulassungsentziehung zu Grunde liegt.

BB) ZULASSUNGSENTZIEHUNG/WIDERSPRUCHSBEGRÜNDUNG

BSG, Urt. v. 23.02.2005 - B 6 KA 69/03 R -

RID 05-03-75

Leitsätze:

1. Wird einem der Partner einer Gemeinschaftspraxis die Zulassung entzogen, so sind dessen Partner nur dann zur Anfechtung der Zulassungsentziehung befugt, wenn der Bescheid die Entziehung für einen zurückliegenden Zeitraum vorsieht.
2. Das Erfordernis, Widersprüche in Zulassungsangelegenheiten binnen eines Monats mit Angabe von Gründen einzulegen, ist verfassungskonform einschränkend auszulegen. Für Drittbetroffene, die nicht zum Verwaltungsverfahren hinzugezogen wurden, gilt es nicht (einschränkende Klarstellung zu BSG vom 9.6.1999 - B 6 KA 76/97 R = SozR 3-5520 § 44 Nr. 1).

B) BEENDIGUNG MIT VOLLENDUNG DES 68. LEBENSJAHRS UND EU-RECHT

BSG, Beschl. v. 27.04.2005 - B 6 KA 38/04 B - juris

RID 05-03-76

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 31.03.2004 – L 3 KA 4/03 ZVW - wird zurückgewiesen.

Art 6 II EUV steht der Regelung über die Beendigung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit mit Vollen- dung des 68. Lebensjahrs nicht entgegen, und zur Entscheidung dieser Rechtsfrage bedarf es keiner Vorlage an den EuGH. Auf der Grundlage der bisherigen Rechtsprechung des EuGH zu den Grund- rechten des Gemeinschaftsrechts gibt es keinen Anlass, eine gemeinschaftsrechtliche Dimension der in Art 33 § 1 GSG bzw. § 95 VII SGB V für Vertragszahnärzte eingeführten Altersgrenze von 68 Jahren anzunehmen. Da diese Altersgrenze nicht auf der Grundlage oder in Ausführung des europäischen Rechts festgesetzt worden ist, vermag sie nicht gegen gemeinschaftsrechtliche Grundrechte zu verstoßen.

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 bereitzuhalten. 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 –; **BSG**, Urt. v. 21.06.2005 – B 8 KN 1/04 KR R – (kein Anspruch bei früherer Sterilisation); 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** – BSGE 93, 236 = SozR 4- = ZMGR 2005, 186 = GesR 2005, 322 (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) BRACHYTHERAPIE

AA) INTERSTITIELLE BRACHYTHERAPIE MIT PERMANENTER SEED-IMPLANTATION

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 24.02.2005 – **L 1 KR 13/04** – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-77

Revision anhängig: B 1 KR 12/05 R

Brachytherapie, Behandlungsmethode, Anordnungsgrund

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

Der Anspruch auf Erstattung der Kosten ist ausgeschlossen, wenn der gesetzlich vorgesehene Beschaffungsweg nicht eingehalten worden ist.

Die interstitielle Brachytherapie mittels Permanent-Seeds stellte im Mai 2002 eine neue Behandlungsmethode im Sinne von § 135 I SGB V dar. Die Nr. 7046 EBM erfasst zwar die interstitielle Brachytherapie, allerdings nicht die Brachytherapie mit Permanent-Seeds.

SG Mainz, Urt. v. 20.01.2004 – S 6 KR 76/02 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Nach **LSG NRW**, Beschl. v. 11.11.2004 – L 16 B 101/04 KR ER – RID 05-01-113 ist bereits zweifelhaft, ob es sich bei der permanenten Brachytherapie überhaupt um eine neue Behandlungsmethode handelt; nach **SG Dortmund**, Urt. v. 25.02.2004 – S 13 KR 208/03 – RID 05-02-75 handelt es sich um eine "neue" Behandlungsmethode.

BB) INTERSTITIELLE BRACHYTHERAPIE (KOSTENERSTATTUNG: FEHLENDE KAUSALITÄT)

LSG Bayern, Urt. v. 24.02.2005 – **L 4 KR 102/04** – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-78

Brachytherapie, Behandlungsmethode, Anordnungsgrund, Kostenerstattungsanspruch

SGB V §§ 13 III, 27, 116b III Nr. 1, 135; SGG § 86b II

Die Frage, ob die Brachytherapie mit Permanent-Seed eine Leistung ist, die als Sachleistung zu erbringen ist, weil sie gemäß EBM über die Nrn. 7040 bis 7046 ambulant vertragsärztlich abrechenbar ist, kann im Rahmen eines Kostenerstattungsanspruchs dahinstehen, wenn die Kasse vor Inanspruchnahme der Behandlung mit dem Leistungsbegehren nicht befasst wurde, obwohl dies möglich gewesen wäre.

SG München, Urt. v. 17.03.2004 – S 3 KR 819/02 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

B) EPIDURALES INJEKTIONSVERFAHREN NACH RACZ ALS WAHLEISTUNG

LSG Hessen, Urt. v. 19.05.2005 – L 8/14 KR 166/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-79

Epidurales Injektionsverfahren, Racz, Bandscheibenschaden, Rückenschmerz, Wahlleistung
SGB V §§ 2, 12, 13 III, 27, 135, 137c

Die epidurale Katheterbehandlung nach Prof. Racz ist nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung. Qualität und Wirksamkeit der Behandlungsmethode entsprechen nicht dem für die gesetzliche Krankenversicherung in § 2 I 3 SGB V geforderten allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse. Das epidurale Wirbelsäulenkatheterinjektionsverfahren nach Racz ist ein neues Therapieverfahren, welches nicht zum allgemein akzeptierten Standard medizinischer Versorgung der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung gehört.

Wird eine nicht anerkannte neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode in einem Vertragskrankenhaus durchgeführt, aber abrechnungstechnisch in der Form einer privatärztlichen Wahlleistung, die gerade nicht mit den Pflegesätzen abgegolten sein sollte, erbracht, so ist dies im Hinblick auf die Frage der Erstattungsfähigkeit nach § 135 SGB V und nicht nach § 137c SGB V zu beurteilen.

SG Gießen, Urt. v. 09.01.2002 – S 9 KR 1534/00 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Nach dem *LSG* hat eine schriftliche **Auskunft des Gemeinsamen Bundesausschusses** gemäß § 91 V SGB V, Unterausschuss "Ärztliche Behandlung" zur minimalinvasiven, epiduralen Wirbelsäulenkatheterbehandlung nach Racz v. 03.09.2004 ergeben, dass die Methode unter Anwendung eines "Wirbelsäulenkatheters nach Prof. Racz" bisher im vormals zuständigen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und seinem zuständigen Arbeitsausschuss nicht überprüft worden sei. Ein den Vorgaben des § 135 Abs. 1 SGB V entsprechender Antrag zur Prüfung dieser Methode als einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode sei von den antragsberechtigten Organisationen vor Mai 2000 nicht gestellt worden. Der Geschäftsführung liege jedoch der HTA-Bericht der Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus dem Jahre 2003 vor, dessen Inhalt referiert wird. Mit Datum vom 12.03.2004 sei dem Gemeinsamen Bundesausschuss ein den Vorgaben des § 135 I SGB V entsprechender Antrag zur Überprüfung der "minimalinvasiven Wirbelsäulenkathetertechnik nach Racz" zugeleitet worden, über den noch nicht entschieden sei. Nach *SG Düsseldorf*, Urt. v. 04.12.2003 – S 4 KR 379/01 – ist nach einer **Auskunft der KBV** v. 04.06.2003 das epidurale Injektionsverfahren nach Racz als vertragsärztliche Leistung nach den EBM-Ziffern 430 bis 443 bei ambulanter Behandlung grundsätzlich abrechnungsfähig; bei einer stationären Behandlung bestehen daher keine Bedenken, dass diese Methode bei der Anwendung in einem Vertragskrankenhaus ebenfalls abrechnungsfähig ist. Es handelt sich somit nicht um eine Methode, die dem Qualitätsstandard nach § 2 SGB V nicht entspricht.

C) LDL-APHERESE

SG Augsburg, *Beschl. v. 02.06.2005 – S 12 KR 146/05 ER* – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-80

Blutreinigung, LDL-Apherese, BUB-Richtlinien, Bundesausschuss
SGB V §§ 2, 12 I, 27 I 2 Nr. 1, 92 I, 135 I 1

Bei der LDL-Apherese bei Lp(a)-Erhöhung handelt es sich um eine sog. neue Behandlungsmethode. Ergibt eine Folgenabwägung, dass ohne ununterbrochene Fortführung der LDL-Apherese eine akute Gefahr für Leib und Leben zu erwarten ist und eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass ein Aussetzen der Behandlung zu nicht wieder gutzumachenden gesundheitlichen Nachteilen, möglicherweise sogar zu einem vorzeitigen Herztod führt, da sich der zu Gefäßverschlüssen führende Arterioskleroseprozess fortführen würde, so ist damit ausreichend glaubhaft gemacht, dass die Versagung einstweiligen Rechtsschutzes zu schweren und unzumutbaren Nachteilen für den Ast. führen könnte.

Das Sicherungsinteresse einer Krankenkasse gebietet es bei Grundvermögen des Versicherten, eine einstweilige Anordnung nur gegen gleichzeitige Sicherheitsleistung als angemessen zu erachten ab dem Zeitpunkt, bis zu dem das Grundstück belastet oder eine Bankbürgschaft beigebracht werden kann.

Das **SG** verpflichtete die Krankenkasse, dem Ast. v. 06.06.2005 bis 31.07.2005 eine ambulante LDL-Apherese als Sachleistung einmal wöchentlich zu gewähren. Bei Eingang einer selbstschuldnerischen Bankbürgschaft über 25.000,00 EUR bis 31.07.2005 bei der Ag. wird diese des Weiteren verpflichtet, die ambulante LDL-Apherese bis zum Abschluss des Klageverfahrens S 12 KR 86/05, längstens bis 31.05.2006 als Sachleistung zu gewähren.

Vgl. zuletzt **SG Duisburg**, Urt. v. 16.02.2005 – S 7 KR 273/02 - RID 05-02-83; zur Immunapherese s. **SG Kassel**, Beschl. v. 20.04.2004 – S 12 KR 651/04 ER - RID 04-03-98 m.w.N.

D) KAPSELENDOSKOPIE MIT SOG. "PILLCAM"

SG Aachen, Urt. v. 20.06.2005 – S 6 KR 150/04 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-81

Kapselendoskopie, PillCam, Minifarbvideokamera
SGB V §§ 2, 12 I, 27 I 2 Nr. 1, 92 I, 135 I 1

Die Kapselendoskopie mit sog. "PillCam" - eine in Pillenform von 26 x 11 mm integrierte Minifarbvideokamera (hier: zur diagnostischen Abklärung einer familiären adenomatösen Polyposis im Dünndarmbereich) gehört nicht zu dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Systemversagen liegt nicht vor.

"PillCam" wird von der US-Firma Given Imaging Ltd. hergestellt, besitzt u. a. die Freigabe durch die US-FDA (Food and Drug Administration) und die europäische Zertifizierung als **Medizinprodukt**. Mit Beschluss vom 08.03.2005 hat der "Zentrale Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen" bei der Bundesärztekammer die Gebührensiffer GOÄ A 707 "Untersuchung des Dünndarms mittels Kapselendoskopie und Auswertung des Bildmaterials bei unklarer gastrointestinaler Blutung nach vorausgegangener Endoskopie des oberen und unteren Gastrointestinaltraktes" in die Gebührenordnung für Ärzte aufgenommen (Dt.ÄrzteBl. 102/8.04.2005, S.A-1006). "PillCam" soll vorzugsweise den ca. 4 m langen Bereich des insgesamt ca. 5,75 m langen Dünndarms optisch erfassen, der mit Push-Endoskopie (PE) - jeweils ca 60 – 120 cm antegrad und retrograd - nicht eingesehen werden kann. Die insoweit angewandte intraoperative Endoskopie erfordert stationären Krankenhausaufenthalt und ist mit hohen gesundheitlichen Risiken verbunden. "PillCam" wird vom Patienten geschluckt und über den Darmtrakt ausgeschieden. Das **SG** wies die Klage ab.

E) NEUROPSYCHOLOGISCHE THERAPIE (EINSTWEILIGE ANORDNUNG)

LSG Bayern, Beschl. v. 13.04.2004 – L 4 B 103/04 KR ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-82

Psychologischer Psychotherapeut, Psychotherapie, Richtlinienverfahren, Neuropsychologie, Neurotherapie, neue Behandlungsmethode, Bundesausschuss
SGB V §§ 2 I 3, 27 I, 135 I; SGG § 86b II

Es besteht kein Anspruch auf eine neuropsychologische Therapie, da es sich um eine neue Behandlungsform und -methode handelt. Die bisher fehlende Anerkennung der Therapieform durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen ist kein Systemmangel.

Ein nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Psychotherapeut ist nicht zur Durchführung der psychotherapeutischen Behandlung gemäß § 27 I 2 Nr.1 SGB V zu Lasten der Krankenkasse berechtigt.

Auch Heilmittel, die als Dienstleistungen abgegeben werden, dürfen nur von zugelassenen Leistungserbringern abgegeben werden.

Da die neuropsychologische Therapie in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien) vom 06.02.2001 unter Nr.20.3 Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung als Maßnahme der Ergotherapie aufgeführt ist, kann nicht mit Recht von einer Systemstörung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen gesprochen werden. Dies gilt auch im Hinblick auf die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 19.03.2004 (1 BvR 131/04), da dem Versicherten eine ausreichende und zweckmäßige Behandlung zur Verfügung steht.

SG Würzburg, Beschl. v. 27.01.2004 – S 14 KR 7/04 ER – wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

Vgl. zuletzt RID 05-02-B I 1 e (S. 41).

F) BEHANDLUNG EINES MAMMACARZINOMS

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.04.2005 – L 11 (16) KR 216/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-03-83**

Konzept, Mammacarcinom, Behandlungsmethode, Therapie
SGB V §§ 2 I 3, 13 III, 27 I 1 u. 2 Nr. 1, 92 I 2 Nr. 5, 135 I

Soweit nach dem therapeutischen Konzept die Behandlungsmethoden wesentlicher Teil der Therapie sind, ist von einer **unteilbaren Leistung** im Sinne des § 13 III SGB V auszugehen und eine getrennte Beurteilung der Kostenerstattung hinsichtlich einzelner Maßnahmen unzulässig (BSG SozR 3-2500, § 135 Nr. 4).

Ein konkretes und **systematisches Konzept** ist schon dann nicht erkennbar, wenn der behandelnde Arzt bereits nicht im ausreichenden Maße die bei der Versicherten durch ihn oder andere Ärzte erhobenen Befunde dokumentiert hat, es an einer ausreichenden Dokumentation des Behandlungsverlaufes fehlt nur aus den Rechnungen sich feststellen lässt, dass der Versicherten Mesenchyme, Intraglobuline, Thymusspritzen sowie Vitamin- und Natriumchloridinfusionen verabreicht worden sind.

Der **Nachweis der Wirksamkeit neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden** ist grundsätzlich dadurch zu führen, dass in einer für die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von Behandlungsfällen auf Grund wissenschaftlich einwandfrei geführter Statistiken ausreichende Behandlungserfolge belegt werden (BSG SozR 3-2500, § 27 Nr. 5).

Das **Mammakarzinom** ist zumindest in der Bundesrepublik Deutschland **keine so seltene Krankheit**, dass von daher eine wissenschaftlich fundierte Wirksamkeitsprüfung ausgeschlossen ist.

Die 1940 geb. Kl. erkrankte 1997 an einem Mammakarzinom, das im September 1997 - ebenso wie die Achsellymphknoten - operativ entfernt wurde. Im Rahmen der Nachsorgebehandlung wurde bis zum 09.12.1997 eine Strahlentherapie durchgeführt, die die Klägerin problemlos getragen hat. Am 13.11.1997 begab die sich in die Behandlung des Arztes Dr. B., der nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist. Die Behandlung durch Dr. B. wählte die Klägerin u. a. auch, weil ihre Eltern sowie auch andere Personen aus ihrem Bekanntenkreis bei Dr. B. in Behandlung gewesen waren. Die Behandlung durch Dr. B., die andauert und um deren Kostenerstattung es bis Anfang 2001 geht, erfolgte durch die Injektionen der Tierorgansubstrate Thymus und Mesenchym, der Verordnung und Verabreichung der Fertigarzneimittel Intraglobulin F und Faktor AF 2 sowie des Enzym-Ferment-Präparates Wobe-Mugos als Enzymkombination aus drei Pflanzen. Die Klägerin erhielt in wöchentlichem Abstand Thymus- und Mesenchym-Infusionen bzw. Injektionen. Daneben wurden etwa zwei Mal im Quartal Laborwerte untersucht. Dadurch entstanden Kosten für die Behandlung durch Dr. B. in Höhe von 62.911,44 DM sowie Arzneimittelkosten in Höhe von 31.499,82 DM bis Februar 2001. Die Bekl. lehnte eine Kostenerstattung ab. **SG Köln**, Urt. v. 22.11.1999 – S 19 KR 111/99 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. AUSGESCHLOSSENE NEUE UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN

A) BALNEO-PHOTOTHERAPIE

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 17.03.2005 – L 16 KR 110/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 05-03-84

Bade-PUVA, nicht-synchrone Photosoletherapie, Behandlungsmethode, Bundesausschuss

SGB V §§ 2 I 3, 13 III, 27 I, 28 I 1, 92 I 2 Nr. 5, 135 I 1; Anlage B der BUB-Richtlinie

Die Bade-PUVA zur Behandlung einer "Mycosis fungoides" zählt als neue Behandlungsmethode nicht zu den von einer gesetzlichen Krankenkasse geschuldeten Leistungen. Diese Methode gehört nicht zur vertragsärztlichen Versorgung aufgrund der Entscheidung des Bundesausschusses. Ein Systemversagen liegt nicht vor.

SG Detmold, Urt. v. 26.03.2003 – S 5 (16) KR 59/00 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

B) IMPLANTOLOGISCHE LEISTUNGEN

LSG Bayern, Urt. v. 24.02.2005 – L 4 KR 176/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 05-03-85

Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 1 KR 46/05 B

Implantologie, implantologische Leistungen, Zahnersatz

SGB V n. F. §§ 28 II 9, 55 I

Ist eine Behandlung noch nicht durchgeführt worden, so ist ein Anspruch nach dem ab 01.01.2005 geltenden Recht zusätzlich zu überprüfen. Nach wie vor gilt § 28 II 9 SGB V, wonach implantologische Leistungen ausgeschlossen sind, es sei denn, es lägen seltene vom gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien festzulegende Ausnahmeindikationen vor.

Völlig neu geregelt sind die Leistungen der Krankenversicherung für Zahnersatz (§ 55 SGB V in der Fassung des RVN-Gesetzes vom 21. Juli 2004). Nach § 55 I SGB V haben Versicherte nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen in den Fäl-

len, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gem. § 135 I SGB V anerkannt ist. Eine Beschränkung des Leistungsanspruchs der Versicherten auf in Richtlinien festzulegende Ausnahmefälle besteht nicht mehr.

SG Augsburg, Urt. v. 02.03.2003 – S 10 KR 229/02 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

3. ANSPRUCH AUF KIEFERORTHOP. BEHANDLUNG (§ 95b SGB V)

SG Hildesheim, Beschl. v. 04.05.2005 – S 20 KR 435/04 ER – <http://cdl.niedersachsen.de> RID 05-03-86

Zulassungsverzicht, Ermächtigung, Zulassungsverzicht, Verzicht, Sicherstellungsauftrag, Krankenkasse
SGB V § 95, 95b

Nach § 95b III SGB V besteht auch ein Anspruch auf Übernahme von sog. Neufällen durch die ausgeschiedenen Vertragszahnärzte. Kollektiv ausgeschiedene Vertragszahnärzte haben weiterhin Versicherte zu Lasten der Krankenkassen zu behandeln. Dies gilt auch für nach dem Verzicht auf die Zulassung begonnene neue Behandlungsfälle (vgl. *LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 05.01.2005 - L 3 KA 237/04 ER* – RID 05-01-85; *SG Hannover, Beschl. v. 26.04.2005 – S 43 KA 18/05 ER* -).

Das SG verpflichtete die Krankenkasse im Wege der einstweiligen Anordnung, ihrer Versicherten die Zusicherung zu erteilen, dass sie zu Lasten der Krankenkasse bei dem Facharzt für Kieferorthopädie H. gem. § 95b III SGB V die kieferorthopädische Behandlung durchführen kann.

Vgl. a. zuletzt *SG Hannover*, Urt. v. 08.06.2005 – S 35 KA 56/05 – RID 05-03-10 m.w.N.

II. KOSTENERSTATTUNGSANSPRUCH: PRIVATÄRZTLICH ERBRACHTE LEISTUNGEN

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 11.03.2005 – L 11 (16) KR 38/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 05-03-87

Kostenerstattung, Privatarzt, privatärztliche Leistung
SGB V §§ 13 III, 27

Ist nicht erkennbar, dass privatärztlich erbrachte Leistungen nicht auch innerhalb des Systems der vertragsärztlichen Versorgung hätten erbracht werden können, weil sie im EBM entsprechend bewertet werden, besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung.

SG Düsseldorf, Urt. v. 22.01.2004 – S 8 KR 51/03 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

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.

III. KOSTEN FÜR STATIONÄRE BEHANDLUNG

Nach *BSG*, Urt. v. 19.10.2004 – *B 1 KR 3/03 R* - BSGE 93, 252 = SozR 4- (B 1 KR 23/03 R; s. a. 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. OPERATIVE GESCHLECHTSUMWANDLUNG IN PRIVATKLINIK

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.04.2005 – L 2 KR 121/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 05-03-88

Krankenhausbehandlung, Vertragskrankenhaus, operative Geschlechtsumwandlung, Versorgungslücke
SGB V §§ 2, 12, 13, 18, 28, 70 I, 39, 108, 137c

Für eine operative Geschlechtsumwandlung besteht in Deutschland keine Versorgungslücke.

Vorrang kommt der Behandlung bei zugelassenen Leistungserbringern auch dann zu, wenn das Leistungsangebot in einer Privatklinik wegen einer besonders modernen technischen Ausstattung oder wegen des auch international herausragenden fachlichen Rufs des dortigen Arztes eine überdurchschnittliche Qualität aufweist. Eine solche Spitzenmedizin bildet nicht den Maßstab für die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

SG Dortmund, Urt. v. 15.09.2004 – S 44 (8) KR 202/03 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Vgl. a. *LSG Bayern*, Urt. v. 30.10.2003 – L 4 KR 203/01 - RID 04-02-162.

2. KRANKHEITSBEGRIFF

A) BAUCHDECKENPLASTIK

LSG Sachsen, Urt. v. 23.03.2005 – L 1 KR 24/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-89

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

Eine senkrecht verlaufenden Striae in der Haut sowie etwa 1 cm dicke Unterhautfettschicht im Bereich des Mittel- und Oberbauches stellen keinen Befund von Krankheitswert dar. Die Notwendigkeit einer Bauchdeckenplastik folgt auch nicht aus psychischen Problemen. Die von den Kassen geschuldete Krankenbehandlung umfasst grundsätzlich nur solche Maßnahmen, die unmittelbar an der eigentlichen Krankheit ansetzen. Bei psychischen Störungen beschränkt sich der Heilbehandlungsanspruch deshalb im Allgemeinen auf eine Behandlung mit den Mitteln der Psychiatrie und Psychotherapie und schließt jedenfalls operative Eingriffe selbst dann nicht ein, wenn wegen der – krankheitsbedingten – Ablehnung einer Psychotherapie durch den Versicherten keine andere Möglichkeit der ärztlichen Hilfe besteht.

SG Chemnitz, Urt. v. 12.03.2004 – S 13 KR 261/01 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

Vgl. zuletzt RID 05-02-B III 3 (S. 47), 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.

B) BRUSTVERKLEINERUNG/MAMMAREDUKTIONSPLASTIK

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.07.2005 – L 16 KR 164/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-90

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

Stellt die Brustbeschaffenheit keine körperliche Unregelmäßigkeit mit Krankheitswert dar, dann besteht kein Anspruch auf eine Mammareduktionsplastik.

SG Münster, Gerichtsbb. v. 20.06.2003 – S 15 (3) KR 198/00 – gab der Klage statt, das *LSG* wies sie ab.

Vgl. zuletzt RID 05-02-B III 3 (S. 47), 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.

IV. BEHANDLUNG IM AUSLAND

1. SACHLEISTUNGSANSPRUCH EINES EU-RESIDENTEN IN DEUTSCHLAND

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 07.04.2005 – L 16 KR 159/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-91

Revision anhängig: B 1 KR 13/05 R

EU, Resident, Sachleistungsanspruch, Krankenkasse, Inländer, Ausländer

SGB V §§ 5 I Nr. 12, 13 IV, 16, 18, 29 I 1; EWGV 1408/71 Art. 22, 28, 31; GG Art. 2 I

Ein in der belgischen Krankenversicherung eingeschriebenes Mitglied der deutschen Krankenversicherung hat weiterhin einen Sachleistungsanspruch in Deutschland.

Auch wenn das Gemeinschaftsrecht eine eindeutige Zuständigkeit des Trägers des Wohnortstaates begründet und keine Ansprüche gegen den Träger des Versicherungsstaates vorsieht (vgl. EuGH, Urt. v. 03.07.2003 - C-156/01 - van der Duin/van Wegberg/van Brederode = SozR 4-6050 Art. 22 Nr. 1), ist es den Mitgliedsstaaten unbenommen, darüber hinaus zusätzliche soziale Leistungen zu gewähren (EuGH aaO. Rdnr. 41). Zwar enthält das SGB V keine ausdrückliche Norm diesen Inhalts, das BSG hat aber aus dem Zusammenhang der Regelungen des Gemeinschaftsrechts und denjenigen des deutschen Krankenversicherungsrechts den Fortbestand eines Versicherungsverhältnisses i.S.d. deutschen Rechts und zur deutschen zuständigen Krankenkasse mit der Folge bestätigt, dass die Leistungspflicht letzterer während des Aufenthalts des Residenten im Inland bestehen bleibt (BSG SozR 3-2400 § 3 Nr. 6 S. 8 ff.). Jedenfalls besteht aus Vertrauensschutzgründen ein solcher Leistungsanspruch während des Inlandsaufenthaltes so lange, bis das BSG seine Rechtsprechung nicht geändert hat.

Die 1934 geb. Kl. bezieht seit 1999 Altersrente und ist bei der Bekl. versichert (KVdR). Als deutsche Staatsbürgerin mit Wohnsitz in Belgien ließ sie sich in der belg. Krankenversicherung einschreiben. 2001 begehrte sie erfolglos die Herausgabe einer Krankenversicherungskarte und die Bewilligung von Sachleistungen in Deutschland, solange sie sich dort aufhalte. *SG Düsseldorf, Urt. v. 25.05.2005 – S 34 KR 17/02 –* stellte antragsgemäß einen Sachleistungsanspruch d. Kl. fest. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

Vgl. zuletzt **LSG Hamburg**, Urt. v. 19.01.2005 – L 1 KR 94/04 – RID 05-02-107 und RID 04-02-B III 1 (S. 70 f.); zu anhängigen **Revisionen** s. Anhang II (Kostenerstattungsanspruch für Behandlung im Ausland/Inland).

2. AMBULANTE ZAHNBEHANDLUNG IN ÖSTERREICH

SG Augsburg, Urt. v. 16.03.2004 – S 10 KR 22/04 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-92

Zahnbehandlung, Österreich, EU-Ausland

SGB V §§ 13, 27

Für eine ambulante Zahnbehandlung in Österreich hat die Krankenkasse in der Höhe nach deutschen Kassenarztsätzen abzüglich des Verwaltungskostenanteils im Sinne von § 13 II SGB V aufzukommen. (vgl. EuGH, Urt. v. 13.05.2003 - C-385/99 - V.G. Müller-Fauré)

Der Zahnarzt der Kl. verlegte seine Praxis im April 1999 ins Kleinwalsertal (Österreich). Eine Kostenübernahme für eine weitere Behandlung lehnte die Bekl. ab. Die Kl. ließ sich dennoch wegen der Incision eines Abszesses samt Nachbehandlung von ihrem Zahnarzt im April/Mai 2000 im Kleinwalsertal behandeln. Hierfür hat der Zahnarzt mit Honorarnote vom 04.07.2000 privat 177 DM in Rechnung gestellt. Nach deutschen Kassenarztsätzen hätte die Beklagte 112,30 DM für die nämlichen Leistungen verauslagen müssen. Das **SG** verurteilte die Bekl. zur Zahlung von 57,82 EUR abzüglich des Verwaltungskostenanteils im Sinne von § 13 II SGB V.

3. METHODE DR. KOZIJAVKIN

SG Stade, Urt. v. 03.02.2005 – S 1 KR 156/01 – juris

RID 05-03-93

Sprungrevision anhängig: B 1 KR 6/05 R

Krankenversicherung, Auslandsbehandlung, Dr. Kozijavkin

SGB V §§ 16 I Nr. 1, 18

Nach BSG, Urt. v. 14.02.2001 - B 1 KR 29/00 R - ist die Behandlungsmethode durch Dr. G. bis einschließlich August 1999 wissenschaftlich nicht anerkannt. Für die Zeit ab September 1999 entspricht die Behandlungsmethode durch Dr. G. dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse. Eine Behandlung gesetzlich Krankenversicherter mit der Behandlungsmethode durch Dr. G. ist nur im Ausland möglich. Für eine ärztliche Behandlung ist jedoch nicht das Lebensalter, sondern das Entwicklungsalter entscheidend.

Der im Juli 1978 geb. Kl. wurde in der 28. Schwangerschaftswoche mit deutlichem Untergewicht geboren und leidet an einer infantilen Cerebralparese (ICP) mit Bewegungsstörungen im Sinne einer spastischen Tetraplegie und einer massiven statomotorischen Retardierung. Er ist schwerbehindert (GdB 100 mit "aG", "H" und "RF"). Er ließ sich seit dem Kalenderjahr 1993 regelmäßig im Institut Dr. G. in der Ukraine behandeln. Die Übernahme der dadurch entstandenen Kosten lehnte die Beklagte stets ab; entsprechend sind bis heute zahlreiche Verfahren zwischen den Beteiligten vor der niedersächsischen Sozialgerichtsbarkeit anhängig. In einem dieser Verfahren verurteilte **LSG Niedersachsen-Bremen**, Urt. v. 24.09.2003 – L 4 KR 204/00 - RID 04-01-123 die Bekl. hinsichtlich zweier Behandlungen vom 14. bis 28.09.1999 und vom 28.03. bis 11.04.2000 dazu, den Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu bescheiden. Eine gegen diese Entscheidung eingelegte Revision nahm die Bekl. im Februar 2004 zurück. Gleichwohl blieb zwischen den Beteiligten die Kostenübernahme für mehrere, zeitlich im Anschluss erfolgte Behandlungen streitig. Das **SG** verurteilte die Bekl., hinsichtlich der Behandlungen vom 19.09. bis 03.10.2000, vom 10. bis 24.04.2001, vom 28.09. bis 12.10.2001, vom 20.03. bis 03.04.2002 sowie vom 25.03. bis 08.04.2003 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden und wies im Übrigen die Klagen zurück.

Vgl. zuletzt **LSG Niedersachsen-Bremen**, Urt. v. 16.03.2005 – L 4 KR 17/02 – RID 05-02-109; **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.

4. DOMAN-DELACATO-THERAPIE (DDT) IN ITALIEN

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 03.05.2005 – L 11 KR 3740/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-94

Doman-Delacato-Therapie, Italien

SGB V §§ 13 IV, 91 V, 92, 135 I 3

Der Wegfall des Genehmigungserfordernisses nach § 13 IV SGB V eröffnet lediglich den Zugang der europäischen Leistungserbringer zum inländischen Gesundheitsmarkt. Inwieweit und in welchem Umfang dann die Behandlung im EU-Ausland zu übernehmen ist, richtet sich weiterhin nach dem nationalen Sachleistungssystem (vgl. Senatsurt. vom 14.09.2004 - L 11 KR 2090/04 - RID 05-01-136).

Behandlungen können nicht erstattet werden, die nach den hiesigen Rechtsvorschriften verboten sind (vgl. auch BSG SozR 3-2500 § 18 Nr. 2 zur Organtransplantation nach bezahlter Organspende). Die Doman-Delacato-Therapie ist nach § 135 I 3 SGB V i.V.m. Nr. 12 der Anlage B BUB-RL durch den Gemeinsamen Bundesausschuss mit Beschl. v. 10.12.1999 von der Erbringung als vertragsärztliche Leistung ausgeschlossen. Ein Systemmangel liegt nicht vor.

SG Heilbronn, Urt. v. 09.06.2004 – S 2 KR 1019/04 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

5. SPRACHHEILBEHANDLUNG AM DEL FERRO-INSTITUT AMSTERDAM

SG Dresden, Urt. v. 19.05.2005 – S 18 KR 400/01 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-95

Sprachheilbehandlung, Stottertherapie, Del Ferro-Institut

SGB V §§ 27 I 1, II Nr. 3, 13 I, III, 32 I, 92 VI 1, 124 I

Unabhängig von der Frage, ob ein Leistungserbringer zulässigerweise in Anspruch genommen werden kann, gilt auch bei **Inanspruchnahme von Leistungserbringern im europäischen Ausland**, dass den Versicherten nur die Leistungen gewährt werden dürfen, auf die sie im **Inland** Anspruch haben. Wie der Kostenerstattungsanspruch nach § 13 II 1 ist der Kostenerstattungsanspruch für im europäischen Ausland in Anspruch genommene Leistungen abhängig vom Sach- und Dienstleistungsanspruch als Primäranspruch.

Die Kammer kann offen lassen, ob die im Rahmen des 10-tägigen Intensivkurses angebotenen Stottertherapie nach der Del Ferro-Methode nur eine **besondere Form der Sprechtherapie** darstellt, wie sie gemäß dem Ersten Teil Abschnitt IV Nr. 18.2 sowie dem Zweiten Teil Abschnitt 3 der Heilmittel-Richtlinien als Heilmittel anerkannt und somit vom Anspruch auf Heilmittelversorgung umfasst ist, oder ob es sich bei der Stottertherapie um eine gemäß § 138 SGB V vom Umfang der Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossene **neue Behandlungsmethode** handelt. Nach keiner von beiden Möglichkeiten erfüllt die Del Ferro-Methode die Anforderungen an ein zugelassenes Heilmittel.

Die Abgabe von Heilmitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen setzt gemäß Nr. 9 und 10 des Ersten Teils der auf Grundlage des § 92 I 2 Nr. 6 SGB V erlassenen Heilmittel-Richtlinien eine **ärztliche Verordnung** voraus. Die Kosten für ein selbstbeschafftes Heilmittel sind von der Krankenkasse nicht zu erstatten, wenn es nicht ärztlich verordnet ist. Den Heilmittel-Richtlinien kommt insoweit Verbindlichkeit auch im Außenverhältnis gegenüber den Versicherten zu.

Einem Leistungsanspruch steht entgegen, dass zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Leistung das Del Ferro-Institut nicht die in § 124 II 1 Nr. 1 SGB V genannten Voraussetzungen an **die berufliche Qualifikation der die Behandlung durchführenden Personen** erfüllte, wonach als Leistungserbringer nur zuzulassen ist, wer die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis besitzt.

Geht man dagegen davon aus, dass es sich bei der Stottertherapie nach der Del Ferro-Methode um ein neues Heilmittel handelt, steht der Erstattung der Behandlungskosten der **Leistungsausschluss** nach § 138 SGB V entgegen.

Das *SG* wies die Klage ab.

Z. T. anders *LSG Bayern*, Urt. v. 06.05.2004 – L 4 KR 67/02 - RID 04-04-106.

V. ARZNEIMITTEL

Nach *BSG*, Urt. v. 05.07.2005 – **B 1 KR 12/03 R** – handelt es sich bei dem Dickungsmittel "Quick & Dick" weder um ein Heilmittel noch um ein Arzneimittel und gehört es auch nicht zu den Nahrungsmitteln, die ausnahmsweise als Teil der sog. Enteralen Ernährung von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst ist; nach *BSG*, Urt. v. 18.05.2004 – B 1 KR 21/02 R – (Immucothel) BSGE 93,1 = SozR 4-2500 § 31 Nr. 1 = GesR 2005, 27 = NZS 2005, 308 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 – BSGE 93, 236 = SozR 4- = ZMGR 2005, 186 = GesR 2005, 322 (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 05-02-110 (S. 50), 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

A) SEROQUEL (QUETIAPIN) ZUR BEHANDLUNG EINES TREMORS

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.04.2005 – L 5 KR 32/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-96

Medikament, Seroquel, Quetiapin, Tremor, Off-Label-Use

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

Für den Einsatz des Medikaments Seroquel (Quetiapin) zur Behandlung eines Tremors fehlt es an gesicherten Erkenntnissen zur Wirksamkeit.

Nach Darstellung des behandelnden Neurologen Dr. M haben sich die Standardtherapien zur Behandlung eines Tremors, an dem die 1936 geb. Kl. seit Jahren leidet, als unzureichend erwiesen. Seit dem Jahr 2001 wird durch Dr. M u. a. das Medikament Seroquel (Quetiapin) eingesetzt, wofür die Bekl. eine Kostenübernahme (1.600 Euro) ablehnte. Dieses Medikament ist nur für die Indikation Schizophrenie zugelassen. Während eines stationären Aufenthaltes wurde eine Umstellung auf das Medikament Primidon versucht, das von der Klägerin subjektiv nicht toleriert wurde. **SG Dortmund**, Urt. v. 19.01.2004 – S 40 KR 126/02 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

B) IMMUNGLOBULIN ZUR BEHANDLUNG DER MULTIPLEN SKLEROSE

SG Berlin, Urt. v. 12.04.2005 – S 81 KR 323/99 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-97

Off-Label-Use, Immunglobulin, Multiple Sklerose, Wirksamkeitsnachweis

SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 27 I 2 Nr. 3, 31 I; GG Art. 2 II

Die mit dem für dieses Anwendungsgebiet nicht zugelassenen Immunglobulin war im Jahre 1999 noch keine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen. Sie ist es erst jetzt geworden. Die Kriterien, unter denen nach der Rechtsprechung des BSG (Urt. v. 19.03.2002 - B 1 KR 37/00 R -) ein Versicherter die Versorgung mit einem Medikament für ein Anwendungsgebiet, zu dem es arzneimittelrechtlich nicht zugelassen ist, beanspruchen kann, sind seit 2005 gegeben.

Der 1959 geb. Kläger leidet seit Ende 1996 an einer schubförmig verlaufenden Multiplen Sklerose. Im Dezember 1998 beantragte für ihn Frau Prof. Dr. med. bei der Bekl. die Übernahme der Kosten von etwa 18.000 DM jährlich für eine Therapie mittels Immunglobulin 7 S. Der MDK wies darauf hin, dass Immunglobulin 7 S zur Behandlung der Multiplen Sklerose nicht zugelassen sei, Frau Prof. Dr. keine Zulassung zur vertragsärztlichen Behandlung besitze und überdies eine alternative Behandlungsform mittels Copaxone bestehe. Hierauf lehnte die Bekl. den Antrag ab. Das **SG Berlin** verurteilte d. Bekl., den Kl. ab dem 12.04.2005 von den Kosten für seine Behandlung mittels Immunglobulin 7 S (Octagam) freizustellen und wies im Übrigen die Klage, die auch auf Erstattung der Kosten in Höhe von 9.033,52 DM für die im Jahre 1999 durchgeführten Behandlungen nebst Zinsen gerichtet war, ab.

Vgl. zuletzt **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 19.08.2004 - L 16 KR 79/03 - RID 04-04-108; zur Fragen eines **vertragsarztrechtlichen Arzneikostenregresses** s. zuletzt **LSG Bayern**, Urt. v. 02.03.2005 – L 12 KA 107/03 – RID 05-03-30.

2. THYMUSPEPTID-THERAPIE MIT ORGANHYDROLYSAT

LSG Thüringen, Urt. v. 28.06.2004 – L 6 KR 696/01 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-03-98**

Organhydrolysat, Thymuspeptid-Therapie

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 31 I

Es besteht kein Anspruch für eine Thymuspeptid-Therapie unter Verwendung von aus dem Kalbsthymus gewonnenem Organhydrolysat, das u. a. unter den Bezeichnungen Thymoject oder Thym-Uvocal als Fertigarzneimittel vertrieben wird, weil der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen das verkehrsfähige Fertigarzneimittel Thymoject gemäß Nr. 17.1 Buchst. m AMR als Organhydrolysat im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nicht als verordnungsfähig eingestuft hat.

SG Gotha, Urt. v. 7.09.2001 – S 20 KR 2129/99 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. LEBENSMITTEL/KOSMETISCHE MITTEL ("ALOE VERA")

LSG Hamburg, Urt. v. 20.07.2005 – L 1 KR 59/04 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-03-99**

Aloe Vera Gel Life Essence, Aloe Vera Body Balm, Naturpflanzensaft, Lebensmittel, kosmetisches Mittel

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 31 I; AMG §§ 2 III Nr. 1, 43 I; LBMG § 1

Mit der am 01.07.1997 in Kraft getretenen Änderung des § 31 Abs. 1 SGB V durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz vom 23.06.1997 ist nur noch die Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln vom Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst (vgl. BSG v. 28.01.99 - B 8 KN 1/98 KR R - SozR 3-2500 § 27 Nr. 10).

Das Produkt "Aloe Vera Gel Life Essence" ist ein Lebensmittel und damit kein Arzneimittel.

Bei der Creme "Aloe Vera Body Balm" handelt es sich um kosmetische Mittel im Sinne des § 4 LMBG und nicht um ein Arzneimittel im Sinne von § 2 AMG.

SG Hamburg, Gerichtsbb. v. 15.04.2005 – S 23 KR 949/03 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. HYDROLYSAT-NAHRUNG

LSG Hessen, Urt. v. 10.03.2005 – L 8/14 KR 765/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-100

Hydrolysat-Nahrung, Pregomin AS, Arzneimittel, Lebensmittel

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 31 I

Die Versorgung mit "Pregomin AS" (Hydrolysat-Nahrung) bei einer Erkrankung an Neurodermitis ist nicht von dem in § 27 I 2 SGB V umschriebenen Krankenbehandlungsanspruch gedeckt. "Pregomin AS" dient überwiegend dem Zweck der Ernährung und ist daher grundsätzlich kein vom Versorgungsanspruch nach dem SGB V umfasstes Arzneimittel (vgl. BSG v. 28.01.1999 - B 8 KN 1/98 R - SozR 3-2500 § 31 Nr. 6).

SG Wiesbaden, Urt. v. 12.08.2003 – S 2 KR 478/03 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

VI. HEILMITTEL: KRANKENGYMNASTIK IN DOPPELSTUNDEN

LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 18.07.2005 – L 16 B 182/04 KR ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-03-101**

Krankengymnastik, Doppelstunde, Heilmittel-RL

SGB V §§ 27 I 1, 2 Nr. 3, 32 I, 92 I 2 Nr. 6

Ein Anspruch auf Versorgung mit Krankengymnastik in Doppelstunden setzt als Abweichung von den Verordnungsmengen nach den Heilmittel-RL voraus, dass hierfür eine überzeugende Begründung besteht.

SG Köln, Beschl. v. 27.10.2004 – S 26 KR 768/04 ER – lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

VII. HILFSMITTEL

Nach *BSG*, Urt. v. 16.09.2004 - B 3 KR 19/03 R – BSGE 93, 176 = SozR 4-2500 § 33 Nr. 7 = GesR 2005, 157 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 – Die Leistungen Beilage 2005, 16 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 20/04 R – BSGE 93, 183 = SozR 4-2500 § 33 Nr. 8 (Parallelentscheidungen: B 3 KR 1, 2 u. 6/04 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) GESTUFTE DARLEGUNGS- UND BEWEISLAST

SG Dresden, Urt. v. 02.06.2005 – S 18 KR 210/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-102

Festbetrag, Hörgerät, Darlegungslast, Beweislast

SGB V §§ 2 IV, 12, 33 I 1, II 1, 36; SGB IX §§ 1 I, 31 I

Der **Sachleistungsanspruch** ist nicht auf die Leistung des Festbetrags nach der Festbetragsgruppe III für Hörhilfen beschränkt.

Wäre eine Versorgung mit neuen Hörgeräten noch unter Geltung einer früheren, für den Versicherten günstigeren Festbetragsregelung möglich gewesen, so muss die zwischenzeitliche Änderung nach den Grundsätzen des **sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs** unberücksichtigt bleiben.

Der Anspruch des Versicherten auf Versorgung mit Hörgeräten richtet sich darauf, ihn, soweit es seine Behinderung zulässt und technisch machbar ist, in die Lage zu versetzen, im Alltag mit normal Hörenden gleichzuziehen. Ziel der Versorgung behinderter Menschen mit Hilfsmitteln ist die Förderung ihrer Selbstbestimmung und ihrer **gleichberechtigten Teilhabe am Leben** in der Gemeinschaft (§ 1 Satz 1 SGB IX). Die sich daraus ergebende Frage, welche Qualität und Ausstattung ein Hilfsmittel haben muss, um als geeignete, notwendige, aber auch ausreichende Versorgung des Versicherten gelten zu können (§ 2 Abs. 4, § 12 Abs. 1 und § 33 Abs. 1 SGB V), beantwortet sich danach, welchem **konkreten Zweck die Versorgung im Einzelfall** dient.

Ausreichend ist nur eine Versorgung, die ein **Gleichziehen mit Nichtbehinderten in allen Lebensbereichen** und nicht nur in geschlossenen Räumen ohne Störschall ermöglicht. Denn das Hörgerät ist ein Hilfsmittel für alle Lebensbereiche. Sein Einsatz beschränkt sich nicht auf Bedingungen, wie sie bei der Anpassung im Freifeld ohne Störschall im Akustiklabor vorliegen. Wesentlich aussagekräftiger ist der **vergleichende Anpassungsbericht** mit den Ergebnissen der Freifeldmessung mit Einspielung von Störschall.

Wegen der Vielzahl der verschiedenen Hörgeräte gilt eine **gestufte Darlegungs- und Beweislast**. Hat der Versicherte mit der Anpassung eines bestimmten Hörgerädetyps durch einen Hörgeräteakustiker oder einen anderen beruflich qualifizierten Leistungserbringer nachgewiesen, dass das angepasste Hörgerät im Alltag wesentliche Gebrauchsvorteile gegenüber den bisherigen Geräten aufweist, dann ist es Sache der ggf. sachverständig beratenen Krankenkasse, nachprüfbar darzulegen, welches konkrete Hörgerät sie als preiswertere Versorgungsalternative für geeignet und ausreichend erachtet, um einen gleichwertigen Versorgungserfolg zu erzielen. Nur wenn sich die Überlegenheit des vom Versicherten gewählten Hilfsmittels gegenüber dem von der Krankenkasse zu benennenden Gerät in einer vergleichenden Funktionserprobung nicht positiv feststellen lässt, geht die Unerweislichkeit zu Lasten des Versicherten.

Die Versorgung mit Hörgeräten ist keinem der speziellen Sicherungssysteme für die berufliche Eingliederung ausschließlich oder vorrangig zugewiesen. Deren Ziele treten hinter dem angestrebten allgemeinen Behinderungsausgleich zurück. Die Versorgung mit **Hörgeräten** ist unabhängig von deren technischen Ausstattung deshalb stets eine **originäre Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung**.

Das *SG* verurteilte d. Bekl., den Kl. ohne Beschränkung auf den Festbetrag mit Hörgeräten vom Typ "K" oder bauartgleichen bzw. gleichwertigen Mehrkanalgeräten mit frequenzabhängiger Dynamikkompression, automatischer Übersteuerungsunterdrückung und Richtmikrofon zu versorgen.

S. zuletzt RID 05-02-B VI (S. 54 f.).

B) VOLLE KOSTENÜBERNAHME BEI NOTWENDIGER VERSORGUNG

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 24.06.2005 – L 4 KR 147/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-103

Hörgerät, Teilkostenerstattung, Festbetrag

SGB V §§ 33 I 1, II 1, 36

Ist die Versorgung mit einem Hörgerät medizinisch notwendig, so hat die Krankenkasse hierfür die Kosten zu übernehmen. Der Versicherte muss sich nicht mit einer Teilkostenerstattung zufrieden geben, auch wenn die Festbeträge überschritten werden.

SG Oldenburg, Urt. v. 05.06.2003 – S 62 KR 263/02 – gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück.

2. AUSTAUSCH MIT HINTER-DEM-OHR SPRACHPROZESSOR

SG Regensburg, Urt. v. 11.02.2004 – S 2 KR 85/03 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de
HdO-Sprachprozessor, Hinter-dem-Ohr Sprachprozessor, Hörgerät
SGB V § 33 I; SGB IX 9 I 3, 31 III

RID 05-03-104

Eine Krankenkasse ist verpflichtet, einen Versicherten im Austausch des von ihm benutzten Chochlear-Implantat Taschenprozessors mit einem Hinter-dem-Ohr Sprachprozessor zu versorgen und ihn von den für die Miete dieses Gerätes bislang angefallenen Kosten freizustellen. Die Gebrauchsvorteile des HdO-Prozessors sind weder auf spezielle Lebensbereiche begrenzt, noch erschöpfen sie sich in der Bequemlichkeit oder im Komfort der Nutzung.

3. KEIN WAHLRECHT AUF LIEGERAD

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 15.02.2005 - L 11 KR 4607/04 - juris
Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 16/05 R
Hilfsmittel, Liegedreirad, Behinderungsausgleich, Grundbedürfnis, Basisausgleich, Mobilität
SGB V §§ 13 III, 33 I 1

RID 05-01-105

Das Grundbedürfnis des "Erschließens eines gewissen körperlichen Freiraums ist nur im Sinne eines Basisausgleichs der Behinderung selbst und nicht im Sinne des vollständigen Gleichziehens mit den letztlich unbegrenzten Möglichkeiten des Gesunden zu verstehen (vgl. BSG v. 16.09.2004 - B 3 KR 15/04 R -). Dieses Grundbedürfnis kann nur durch ein auf Antrag zur Verfügung zu stellenden **Rollstuhl** oder Elektrorollstuhl gedeckt werden, nicht durch ein **Liegerad**. Ein Rollstuhl ist wegen seiner Wendigkeit bei den Entfernungen im Nahbereich einem Liegedreirad vorzuziehen. Im Rahmen der Hilfsmittelversorgung ist allein zu überprüfen, ob das Hilfsmittel in der Lage ist, die ausgefallene Behinderung auszugleichen. Psychologische Aspekte haben insoweit außen vor zu bleiben.

Die 1961 geb. Kl. leidet an einer wohl 1984 begonnenen, im Jahr 1999 diagnostizierten Enzephalomyelitis disseminata mit schubweisem Verlauf. Es besteht eine Gangunsicherheit aufgrund einer links- und beinbetonten Tetraspastik. Die Versorgung mit einem ärztlich verordneten und zwischenzeitlich selbst beschafften Liegedreirad (Marke "Kett Wiesel"; Kosten: 2.234 €) lehnte die Bekl. ab. *SG Freiburg, Urt. v. 29.07.2004 - S 11 KR 3551/03 –* wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

4. MOTORGETRIEBENES ROLLSTUHLZUGGERÄT

LSG Bayern, Urt. v. 08.12.2004 – L 4 KR 59/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de
Rollstuhlzuggerät, Erziehung, Mutter, Kind
SGB V §§ 33 I; SGB IX §§ 1, 9

RID 05-03-106

Die Versorgung mit einem motorgetriebenen Rollstuhlzuggerät fällt nicht in die Leistungspflicht einer Krankenkasse, auch nicht unter dem Gesichtspunkt des Erziehungsauftrages der Versicherten gegenüber ihren minderjährigen Kindern.

§ 1 SGB IX erweitert nicht den Leistungsumfang aus § 33 SGB V.

SG Regensburg, Urt. v. 11.02.2004 – S 2 KR 193/03– verurteilte die Bekl., die Kl. mit einem Handybike zu versorgen, das *LSG* wies die Klage ab.

5. WIEDEREINSATZ EINES ELEKTOROLLSTUHL/NEUES ELEKTROMOBIL

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 15.06.2005 – L 5 KR 141/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 05-03-107
Grundbedürfnis, Elektromobil, Elektrorollstuhl
SGB V §§ 12 I, 33 I

Die Benutzung eines Kfz, sei es als Fahrer oder Mitfahrer, zählt nicht zu den Grundbedürfnissen, die durch Leistungen der Krankenversicherung zu befriedigen sind. Von daher ist unerheblich, ob ein Versicherter nur ein Elektromobil in seinem PKW transportieren kann.

Besteht die Alternative zwischen dem kostengünstigeren Wiedereinsatz eines vorhandenen Elektrorollstuhls (518,54 Euro) und der Neuanschaffung eines Elektromobils (2.428,90 Euro), so besteht nur ein Anspruch auf das kostengünstigere Hilfsmittel.

SG Düsseldorf, Urt. v. 17.06.2004 – S 8 KR 164/02 – wies die Klage des 1935 geb. Kl., bei dem nach einem apoplektischen Insult eine Hemiparese rechts besteht und der nur noch kurze Gehstrecken zu Fuß zurücklegen kann (Merkmal "aG" anerkannt), ab, das *LSG* die Berufung zurück.

6. FREMDKRAFTBETRIEBENER BEINTRAINER

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 05.04.2005 – L 11 KR 2161/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-03-108**

Beintrainer, Bewegungsgerät, Krankengymnastik

SGB V §§ 91 V, 92 I Nr. 6

Es besteht kein Anspruch auf ein therapeutisches Bewegungsgerät (fremdkraftbetriebenen Beintrainer, Kosten: 3.800 €), wenn weiterhin krankengymnastische Behandlungen eingesetzt werden müssen und das Gerät demzufolge lediglich ergänzend die krankengymnastische Behandlung begleiten soll. Der Ausschluss in den einleitenden Ausführungen in den HilfsmittelRI zu Nr. 32 - therapeutische Bewegungsgeräte -, wonach eine Verordnung von fremdkraftbetriebenen Bewegungsgeräten eine kontinuierliche – ggf. auch tägliche – krankengymnastische Behandlung erfordert und das Gerät die Maßnahmen teilweise oder ganz ersetzt, ist für den Versicherten verbindlich.

Die 1950 geb. Kl. leidet an den Folgeerscheinungen einer Multiplen Sklerose mit chronisch-progredientem Verlauf sowie apoplektischem Insult mit spastischer Hemiparese. Sie ist seit circa 15 Jahren bettlägerig, pflegebedürftig nach Pflegestufe 3 und in einem Pflegeheim untergebracht. Dreimal wöchentlich erhält sie Krankengymnastik. Die Versorgung mit einem ärztlich verordneten MOTomed letto, einem motorbetriebenen Therapiegerät der Beine zur täglichen Bewegung der Waden- und Oberschenkelmuskulatur, lehnte die Bkl. ab. Sie hatte geltend gemacht, bei ihr lägen Lähmungsbilder mit weitestgehendem Verlust der Funktionsfähigkeit der Bein-/Armbeweglichkeit vor. Durch die tägliche Bewegung werde die krampfartige Muskelspannung (Spastik) reduziert, die Durchblutung gefördert, die Gelenkbeweglichkeit erhalten bzw. erhöht, die Magen-, Darm- und Blasenaktivität aktiviert und dadurch insgesamt stationären Krankenhausaufenthalten wie Lungen- bzw. Atemwegserkrankungen vorgebeugt. **SG Stuttgart**, Urt. v. 22.03.2004 – S 8 KR 4282/02 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

7. BRAILLEZEILE OHNE VORTEIL GEGENÜBER LESE-SPRECH-GERÄT

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 03.03.2005 – L 5 KR 117/04 – <http://cms.justiz.rlp.de/justiz>

RID 05-03-109

Braillezeile, Lese-Sprech-Gerät

SGB V §§ 12 I, 33 I

Eine Braillezeile ist von den Krankenkassen als Behinderungsausgleich grundsätzlich allen blinden Versicherten zur Verfügung zu stellen (vgl. BSG v. 16.4.1998, B 3 KR 6/97 R, SozR 3-2500 § 33 Nr. 26; v. 21.11.2002, B 3 KR 4/02 R). Eine Ablehnung kann u. a. nur auf Grund des zwischenzeitlich eingetretenen technischen Fortschritts der heutzutage auf dem Markt befindlichen Lese-Sprech-Geräte erfolgen, wenn sie so ausgereift und technisch vervollkommen sind, dass die früher (vgl. BSG, 16.4.1998 und 21.11.2002, aaO.) noch zu verzeichnenden Schwächen ganz oder nahezu vollständig beseitigt worden und dadurch Braillezeilen insoweit überflüssig geworden sind. Die Braillezeile bietet im Verhältnis zum Sprech-Lesegerät keine wesentlichen Vorteile (vgl. LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 26.06.2004 – L 5 KR 59/04 –).

SG Speyer, Urt. v. 25.05.2004 verurteilte die Krankenkasse, der Kl. die Braillezeile „Braillex EL 40s“ einschließlich der Braillesteuerung „Jaws“ zu gewähren, das **LSG** wies die Klage ab.

8. BILDTELEFON

SG Bayreuth, Urt. v. 13.04.2005 – S 9 KR 427/04 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-110

Bildtelefon, Basisausgleich, Kommunikation, Gehörlosigkeit, Gebärdensprache

SGB V §§ 12 I, 33

Die Versorgung mit einem Bildtelefon ist im Regelfall nicht erforderlich, um einen Basisausgleich im Bereich der Kommunikation zu schaffen. Dem Bildtelefon stehen anderweitige Kommunikationsmöglichkeiten gegenüber wie etwa die Verwendung eines Faxgeräts, das Schreiben von SMS oder E-mail oder Chatten im Internet, mit denen ebenfalls ein Basisausgleich erfolgen kann. Zwar ermöglicht einzig das Bildtelefon einen direkten Dialog in Gebärdensprache, dieser direkte Dialog ist jedoch nicht zur Befriedigung von Grundbedürfnissen erforderlich (anders **SG München**, Urt. v. 04.10.2001 – S 44 KR 624/99 –).

Die 1957 geb. Kl. leidet beidseits an Gehörlosigkeit. Die Kostenübernahme für ein ärztlich verordnetes Bildtelefon (Kosten: 950 Euro) lehnte die Bkl. mit der Begründung ab, dass Telefonieren kein Grundbedürfnis sei, Kommunikation der Klägerin im direkten Gespräch sowie durch Schrift möglich sei, also Telefonieren hierzu nicht notwendig sei, und dass Notrufstellen, Ämter und andere Telefonteilnehmer auch nicht mit einem entsprechenden Gegengerät ausgestattet seien. Das **SG** wies die Klage ab.

9. WEICHLAGERUNGSMATRATZE

SG Düsseldorf, Urt. v. 23.06.2005 – S 8 KR 210/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-111

Weichlagerungsmaträtze

SGB V § 33 I

Auf die Ausstattung mit einer Weichlagerungsmaträtze "Wellness" mit individueller Körperzonen-Anpassung (1.354,60 Euro) besteht kein Anspruch, da es sich um einen allgemeinen Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens handelt.

10. VOJTA-LIEGE

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 03.05.2005 - L 11 KR 1634/04 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-112

Vojta-Liege, Hilfsmittel

SGB V §§ 13 III, 33 I

Eine Vojta-Liege ist kein Hilfsmittel. Die anwenderfreundliche Gestaltung eines Produkts begründet keine Hilfsmiteleigenschaft. Sie wird zu Recht als Praxiseinrichtung für Physiotherapeuten und andere Einrichtungen eingeordnet.

SG Karlsruhe, Urt. v. 19.03.2005 - S 3 KR 1806/03 – gab der Klage statt, das *LSG* wies sie ab.

11. VERSORGUNG MIT HAARERSATZ BEI MÄNNERN

SG Dresden, Urt. v. 30.06.2005 – S 18 KR 1380/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-113

Berufung zugelassen

Perücke, Haarersatz, Behinderung, Mann, Frau, Gleichheitssatz, Gleichbehandlungsgebot

SGB V §§ 12 I 1, 33 I 1; GG Art. 3 III 1

Ein Anspruch männlicher Versicherter auf Versorgung mit Haarersatz zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung besteht nicht. Beim Haarausfall männlicher Erwachsener hat BSG, Urt. v. 18.02.1981 - 3 RK 49/79 - eine Behinderung verneint, weil die Beeinträchtigung der Körperfunktion bei diesen nicht erheblich sei. BVerwG, Urt. v. 31.01.2002 - 2 C 1.01 – wonach die Differenzierung zwischen männlichen und weiblichen Personen das strenge Gleichbehandlungsgebot des Art. 3 III 1 GG verletzt, ist nicht zu folgen.

VIII. HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE

1. RECHTSWIDRIGER LEISTUNGSAUSSCHLUSS DURCH RICHTLINIE (EINMALKATHETERISIERUNG)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.04.2005 – L 5 KR 105/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-114

Revision anhängig: B 3 KR 18/05 R

Kindergarten, Einmalkatheterisierung, Dauerkatheter, Pflegeversicherung, Behandlungspflege, Grundpflege

SGB V §§ 13 III, 37 II, 92 I 2 Nr. 6, VII; SGB XI § 14 IV

Ist eine **Katheterisierung** als Folge einer neurogenen Blasenentleerungsstörung notwendig und dient sie der Verhütung einer Verschlimmerung (Schädigung der Nieren durch Rückfluss des Restharns), so besteht hierauf ein Anspruch. Es ist auch unerheblich, dass die Maßnahme außerhalb des häuslichen Bereichs erbracht wird, da der Anspruch auf häusliche Krankenpflege räumlich nicht auf den Haushalt des Versicherten oder den seiner Familie beschränkt ist. Medizinisch erforderliche Maßnahmen, die bei einem vorübergehenden Aufenthalt **außerhalb der Familienwohnung** anfallen (wie hier während des Besuchs des Kindergartens) sind nicht ausgeschlossen, wenn sich der Versicherte ansonsten in seinem (Familien-)Haushalt aufhält und dort seinen Lebensmittelpunkt hat (BSG SozR 3-2500 § 37 Nr. 5 S. 35; SozR 4-2500 § 32 Nr. 1 S. 3).

Gegen die Rspr. des *BSG*, Urt. v. 30.10.2002, SozR 3-2500 § 37 Nr. 3 S. 23, wonach grundsätzlich ein dieselbe Maßnahme betreffender Anspruch auf häusliche Krankenpflege entfallen soll, wenn die krankheitsspezifische Pflegemaßnahme zum **Grundpflegebedarf nach § 14 IV SGB XI** zu zählen ist, weil sie entweder untrennbarer Bestandteil einer Katalogverrichtung ist oder mit einer solchen Verrichtung objektiv notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang steht, bestehen

Bedenken (vgl. bereits LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 04.12.2003 - L 5 KR 23/03 RID 04-02-209; - L 5 KR 139/03 - RID 04-02-210). Für eine Maßnahme der Behandlungspflege kann deshalb die Notwendigkeit im Sinne des § 12 I SGB V allenfalls dann verneint werden, wenn die Berücksichtigung dieser Maßnahme bei der Grundpflege zu einer höheren Pflegestufe führt.

Der Ausschluss der Einmalkatheterisierung als einer medizinisch notwendigen Maßnahme der Behandlungspflege in den Krankenpflege-RL ist von der Ermächtigungsgrundlage des § 92 I 2 Nr. 6, VII SGB V nicht gedeckt und verstößt gegen höherrangiges Recht (ebs. LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 17.03.2005 - L 16 KR 99/04 - RID 05-02-133).

Bei der 1997 geb. Klägerin besteht eine angeborene lumbale Spina bifida (angeborene Spaltbildung an einem Teil der Wirbelsäule), die u. a. eine neurogene Blasenentleerungsstörung zur Folge hat. Seit November 2000 erfolgt die Blasenentleerung durch vier- bis fünfmal tägliche Katheterisierung, die im häuslichen Bereich von den Eltern der Kl. vorgenommen wurde. Die Kl. erhielt Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung nach der Pflegestufe I. In dem Pflegegutachten war ein krankheitsbedingter Mehraufwand bei der Grundpflege gegenüber einem gesunden altersgleichen Kind im Umfang von 105 Minuten täglich festgestellt worden. Das Katheterisieren wurde bei der Verrichtung "Blasenentleerung" im Umfang von 20 Minuten täglich bei der Grundpflege berücksichtigt. Seit Sommer 2001 besuchte die Klägerin einen integrativen Kindergarten, der etwa 5 km von der Familienwohnung entfernt liegt. Sie wurde dort einmal täglich durch einen Pflegedienst katheterisiert. Die Beklagte übernahm aufgrund entsprechender ärztlicher Verordnungen seit dem 01.08.2001 diese Leistungen im Umfang von einmal täglich/fünfmal wöchentlich, lehnte dann ab Okt. 2002 eine Leistung ab, weil die Einmalkatheterisierung nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zähle und daher die Leistungen schon in der Vergangenheit nicht hätten bewilligt werden dürfen. **SG Gelsenkirchen**, Urt. v. 30.03.2004 - S 24 KR 14/03 - verurteilte die Bkl., den Eltern der Kl. einen Betrag von 1.154,55 Euro zu erstatten; das **LSG** wies die Berufung d. Bkl. mit der Maßgabe zurückgewiesen, dass 590,70 Euro (wegen Verminderung des strittigen Zeitraums) zu erstatten sind.

2. ZEITAUFWAND FÜR DIE ÜBERWACHUNG DER BEATMUNG

LSG Bayern, Urt. v. 09.03.2005 - L 4 KR 270/03 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-115

Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 3 KR 22/05 B

Behandlungspflege, Grundpflege, Beatmung
SGB V §§ 27 I 1, 37

Für den Pflegebedarf in der Behandlungspflege ist auch der Zeitaufwand für die Überwachung der Beatmung mit einzurechnen (vgl. BSG, Urt. v. 28.01.1999 - B 3 KR 4/98 R - SozR 3-2500 § 37 Nr. 1; LSG Bayern, Urt. v. 14.09.2004 - L 4 KR 107/02 - RID 04-04-125).

Die am 06.01.2000 schwerstbehindert geb. Kl. (Pflegestufe III bei einem Betreuungsumfang von 24 Stunden am Tage) wird künstlich beatmet. Die Bkl. präzisierte im angefochtenen Bescheid ihre Leistungen und insbesondere all das, was sie der Grundpflege zurechnete, nicht mehr zu leisten bereit war. Nach Klageerhebung und neuer Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit erklärte sich die Bkl. bereit, häusliche Krankenpflege für den Zeitraum 01.01. bis 31.12.2003 im Umfang bis 8.270,00 Euro monatlich inklusive Fahrkostenpauschale zu übernehmen. Mit Widerspruchsbescheid vom 18.09.2003 bekräftigte sie ihre Auffassung, dass sie entsprechend der höchstrichterlichen Rechtsprechung (hier BSG vom 28.01.1999 - B 3 KR 4/98) im Falle eines Rund-um-die-Uhr-Pflegebedarfes nicht mit der Grundpflege belastet werden dürfe, welche der Pflegekasse obliege. Der behandlungspflegerische Aufwand umfasse täglich im Durchschnitt 466 Minuten. **SG Augsburg**, Urt. v. 07.10.2003 - S 10 KR 50/02 - verurteilte die Bkl., häusliche Krankenpflege bis zu zwölf Stunden kalendertäglich zu leisten und wies die Klage, soweit damit Leistungen von 24 Stunden beantragt wurden, ab. In den Urteilsgründen ist ausgeführt, dass streitbefangen nur der Zeitraum bis Ende 2003 sei und in dieser Zeit der Pflegebedarf in der Behandlungspflege unter Anwendung des § 287 ZPO auf zwölf Stunden pro Tag festzusetzen sei, weil auch der Zeitaufwand für die Überwachung der Beatmung mit einzurechnen sei. Das **LSG** wies die Berufungen von Kl. u. Bkl. zurück.

3. BEHANDLUNGSPFLEGE IN DER BERUFSAUSBILDUNG

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 27.04.2005 - L 11 (16) KR 181/02 - www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-03-116**

Ausbildung, Behandlungspflege, Ausbildungsbetrieb, Berufsschule
SGB V §§ 37 II 1; SGB IV §§ 1, 70 II

Einem Anspruch auf häusliche Krankenpflege steht nicht entgegen, dass die Behandlungspflege Maßnahmen im Ausbildungsbetrieb bzw. der Berufsschule betrifft, also nicht in dem von der Familienwohnung begründeten "häuslichen Bereich" durchgeführt worden sind (Anschluss an BSG, Urt. v. 21.11.2002 - B 3 KR 13/03 R -).

Die im Jahre 1978 geborene Klägerin leidet auf Grund eines Verkehrsunfalles an einer Querschnittslähmung ab Halsbereich mit Atemlähmung und Blasen-/Mastdarm lähmung sowie Zustand nach Blasenaugmentation mit dem Erfordernis mehrmaliger täglicher Katheterisierung. Sie ist insbesondere wegen notwendiger künstlicher Beatmung auf eine (mindestens) 24-stündige Behandlungspflege sowie weitere Pflegemaßnahmen angewiesen. Sie hat vom 01.11.2000 bis 31.10.2003 eine Berufsausbildung zur Informatikkauffrau bei der Sparkasse absolviert. Im Vorfeld beantragte sie ohne Erfolg bei der Beklagten die Kostenübernahme für die - unstreitig notwendige - Behandlungspflege auch während der Stunden, in denen sie sich nicht im häuslichen Bereich befindet, sondern am Ausbildungsplatz bzw. in der Berufsschule ist. **SG Aachen**, Gerichtsbes. v. 10.07.2002 – S 6 KR 109/00 – wies die Klage ab, **LSG** verurteilte die Bekl., die Kl. von Ansprüchen der B-Versicherung in Höhe von 47.799,35 EUR wegen häuslicher Krankenpflege während der Berufsausbildung freizustellen

4. AN- UND AUSZIEHEN VON STÜTZSTRÜMPFEN BIS 2003

LSG Bayern, Urt. v. 12.05.2005 – L 4 KR 43/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-117

Stützstrümpfe, Grundpflege, Pflegeversicherung

SGB V i.d.F. bis 2003 §§ 13 III, 37 I 1; GMG Art. 37

Bestimmt ein für die Vergütung maßgeblicher Rahmenvertrag, dass die Krankenkasse die von ihr aufgrund einer vertragsärztlichen Verordnung bewilligten Leistungen der häuslichen Krankenpflege übernimmt, so ist das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen eine einheitliche Leistung, die zur Behandlung des im Regelfall beide Beine betreffenden Venenleidens dient. Es handelt sich um eine einheitliche Leistung, die für beide Beine nur einmal angesetzt werden kann.

SG München, Urt. v. 07.02.2002 – S 19 KR 163/99 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Vgl. zu den gesetzlichen Erstattungsgrundlagen a. **LSG Bayern**, Urt. v. 22.12.2003 – L 4 KR 40/03 – RID 04-04-130.

IX. REHABILITATIONSLEISTUNGEN: INTENSIV-TRAININGSMABNAHMEN

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 18.03.2004 – L 16 KR 138/02 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 05-03-118

Trainingsmaßnahme, Begutachtung, Mitwirkung

SGB V §§ 40 I

Die Heilmittelrichtlinien in der seit dem 01.07.2001 geltenden Fassung erfassen als Mittel der Krankenbehandlung auch schon komplexe Trainingsmaßnahmen unter Nr. 17.8. Ein Anspruch scheidet aber aus, wenn die Versicherte an einer ärztlichen Begutachtung nicht mitwirkt und die Voraussetzungen deshalb nicht nachgewiesen sind.

SG Düsseldorf, Urt. v. 16.04.2002 – S 4 KR 285/99 – wies die Klage auf Bewilligung physiotherapeutischer Intensiv-Behandlungen, sog. "erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP)" bzw. "ambulante orthopädisch/traumatologische Rehabilitation (AOTR)", ab, das **LSG** die Berufung zurück.

X. STERBEGELD BEI TOD NACH DEM 31.12.2003

SG Aachen, Urt. v. 30.05.2005 – S 13 KN 11/05 KR – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-119

Sterbegeld, Tod

SGB V a. F. §§ 58, 59

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

Vgl. zuletzt RID 05-02-B X (S. 58 f.)

XI. 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 93, 137 = SozR 4-2500 § 137c Nr. 2 = GesR 2004, 535 = MedR 2005, 305, 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 behindert 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 Hüftgelenkoperation 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) ZAHLUNGSANSPRUCH UND PRÜFVERFAHREN

LSG Berlin, Urt. v. 27.10.2004 – L 15 KR 105/00 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-120

Vergütungsanspruch, Sicherstellungsvertrag, Krankenhausbehandlung, Prüfverfahren, Krankenkasse
SGBV §§ 109, 112, 275, 276

Einer **Kostenübernahmeerklärung** kommt lediglich eine beweisrechtliche Funktion für die Fälle zu, in denen sie abgegeben wird und den jeweiligen Behandlungszeitraum abdeckt. Liegt ein solcher Fall vor, ist in ihr die deklaratorische Anerkennung der Leistungspflicht für die Behandlung in dem betroffenen Zeitraum zu sehen, die weitere Einwendungen gegen den Zahlungsanspruch insoweit endgültig ausschließt. Fehlt sie, hängt der Zahlungsanspruch hingegen davon ab, dass die Krankenhausbehandlung, um deren Kosten es geht, erforderlich (gewesen) ist (BSG SozR 3-2500 § 112 Nr. 2).

Der **Erforderlichkeit von Krankenhausbehandlung** steht nicht entgegen, wenn ein alkoholkranker Versicherter bis zum Mittagessen **Ausgang** als ärztlich angeordnete und überwachte soziotherapeutische Maßnahme hat, die gezielt zur Stärkung und Erprobung des Abstinenzwillens des Versicherten eingesetzt worden ist.

Eine Unvertretbarkeit der Entscheidung des Krankenhausarztes kann die Krankenkasse nur nach Maßgabe der auf der Grundlage von § 112 II SGB V geschlossenen **Rahmenverträge** geltend machen, die in den §§ 1 und 2 des Vertrages zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung hinsichtlich der Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer einer Krankenhausbehandlung ein **abgestuftes Verfahren unter frühzeitiger Einschaltung des MDK** vorsehen und damit auch der gesetzlichen Verpflichtung der Krankenkassen Rechnung tragen, bei der Prüfung von Krankheitsverläufen eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen (§§ 275 I Nr. 1, 276 IV SGB V).

Hält die Krankenkasse dieses Verfahren nicht ein (hier: sie hat sich auf die Durchführung eines rein schriftlichen Verfahrens beschränkt und vor allem davon abgesehen, eine Prüfung des Behandlungsfalles durch den MDK im Krankenhaus nebst eventueller Erörterung und Dokumentation der unterschiedlichen Standpunkte zu veranlassen), so hat dies zur Folge, dass sie sich nicht mehr mit Erfolg darauf berufen kann, die streitige Krankenhausbehandlung sei nicht erforderlich gewesen.

SG Berlin, Urt. v. 06.10.2000 – S 72 KR 1200/98 – wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Bekl., der Kl. 1.322,28 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 % p.a. über dem jeweiligen Diskontsatz der Deutschen Bundesbank zu zahlen.

Zur Rspr. hinsichtlich der Bedeutung eines Überprüfungsvertrages vgl. zuletzt RID 05-01-B X 1 a (S. 70) und RID 04-04-B XI 1 a (S. 114 f.).

B) LÜCKENHAFTE DOKUMENTATION DES BEHANDLUNGSVERLAUFS

LSG Hamburg, Urt. v. 18.05.2005 – L 1 KR 151/03 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-121

Dokumentation, Behandlungsverlauf

SGB V §§ 109, 112

Enthalten die Krankenhausunterlagen eine so lückenhafte Dokumentation des Behandlungsverlaufs, dass sich ihnen praktisch nichts über die im streitigen Zeitraum durchgeführte Behandlung entnehmen lässt, so ist ein Vergütungsanspruch nicht nachgewiesen.

SG Hamburg, Urt. v. 18.08.2003 – S 28 KR 552/01 – wies die Klage der Krankenkasse ab und gab der Widerklage statt, das **LSG** stellte auf Berufung der Kl. fest, dass die Kl. nicht verpflichtet ist, die Kosten für die stationäre Behandlung des Beigeladenen in der Zeit vom 12. bis 25. November 1999 in Höhe von 6.221,40 EUR zu tragen. Die Widerklage wies es ab.

C) FALLPAUSCHALE NR. 9.011 UND SONDERENTGELT NR. 21.01

LSG Bayern, Urt. v. 09.03.2005 – L 4 KN 10/03 KR – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-123

Fallpauschale, Sonderentgelt, Herzkatheteruntersuchung

BPIV § 11; KHG § 17 IIa SGB V §§ Fallpauschale 9.011; Sonderentgelt 21.01

Neben der Fallpauschale Nr. 9.011 kann nicht ein Sonderentgelt nach Nr. 21.01 abgerechnet werden, wenn eine Herzkatheteruntersuchung nötig war um das Vorliegen von Komplikationen der Operation zu überprüfen bzw. auszuschließen. Damit scheitert die Anrechenbarkeit an Nr. 3 der Abrechnungsbestimmungen des Entgeltkatalogs, weil selbst bei einer Operation aufgrund von Komplikationen ein weiteres Sonderentgelt nicht berechnet werden darf, umso weniger dann bei einer Untersuchung zur Feststellung von Komplikationen.

SG München, Urt. v. 08.05.2003 – S 2 KN 247/00 KR – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. VERTRAGSABSCHLIEßUNGSMONOPOL DER APOTHEKERVERBÄNDE

LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 25.07.2005 – L 5 ER 57/05 KR – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-124

Apotheker, Apothekerverband, Rahmenvertrag

SGB V §§ 70 I, 129

Mit § 129 SGB V wollte der Gesetzgeber der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen der Apotheker gebildeten Spitzenorganisation bzw. Organisation auf Landesebene die ausschließliche Befugnis für den Abschluss solcher Verträge einräumen (vgl. BSG, 25.09.2001- B 3 KR 3/01 R -

SozR 3-2500 § 69 Nr. 1; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 20.09.2004 – L 16 B 4/04 KR ER -RID 04-04-160). Die Krankenkassenverbände sind deshalb nicht zum Abschluss von Verträgen mit anderen natürlichen oder juristischen Personen berechtigt, welche entweder einem der nach §§ 129 Abs. 2, 5 SGB V geschlossenen Verträge widersprechen oder ebenfalls Rahmenverträge oder ergänzende Verträge im Sinne dieser Vorschriften darstellen. Sie sind auch nicht berechtigt, mit den Bestimmungen des Rahmenvertrags oder eines ergänzenden Vertrages ganz oder weitgehend inhaltsgleiche Vorschriften als eigene Regelungen in eine Vereinbarung aufzunehmen.

Der Ast. zu 1 ist der Spitzenverband der Apotheker im Land Rheinland-Pfalz; die Ast. zu 2 ist eine rheinland-pfälzische Apothekerin. Die Ag. sind Landesverbände gesetzlicher Krankenkassen. Apotheken, die den von diesen getroffenen Vereinbarungen vom 14.02.2005 beitreten, sollen "BKK-IKK-LKK Partnerapotheken" bzw. "BKK-IKK-LKK Versand-Partnerapotheken" werden. Sie können sich gegen eine monatliche Gebühr von 198 € einem Netzwerk unter der Regie der Firma p-D.com GmbH anschließen, das dazu dient, die nach den Vereinbarungen vorgesehenen Qualitätssicherungsmaßnahmen durchzuführen. Nach der von den Ast. bestrittenen Behauptung der Ag. ist der Anschluss an das Netzwerk nicht Voraussetzung dafür, dass die Apotheke "BKK-IKK-LKK Partnerapotheke" bzw. "BKK-IKK-LKK Versand-Partnerapotheke" werden kann. Die Ast. haben beim SG einen Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung gestellt mit dem Begehren, den Ag. zu untersagen, die getroffenen Vereinbarungen zu vollziehen und zu erfüllen sowie für den Beitritt von Betriebskrankenkassen zu diesen Vereinbarungen zu werben bzw. deren Beitritt entgegenzunehmen. **SG Mainz**, Beschl. v. 07.06.2005 – S 7 ER 76/05 KR – gab dem Antrag statt, das **LSG** lehnte auf Beschwerde der Ag. den Antrag der Ast. zu 2 als unzulässig ab und wies im Übrigen die Beschwerde zurück.

3. PROZESSZINSEN FÜR VERGÜTUNGSANSPRUCH

LSG Thüringen, *Urt. v. 26.04.2004 – L 6 KR 276/02 – juris*

RID 05-03-125

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 6/05 R

Beitrag, Beitragsschuldner, Rehabilitationseinrichtung, Zahlungsunfähigkeit, Zahlungseinstellung
SGB IV §§ 24 I, 28d, SGB V § 111 I, II, V; BGB § 387; InsO §§ 17 II 2, 94, 96 I Nr 3, 130 I, II

Leitsätze:

1. Die Nichtzahlung von Krankenversicherungsbeiträgen begründet allein noch nicht eine Zahlungsunfähigkeit. Diese liegt erst dann vor, wenn der Schuldner wegen eines dauernden Mangels an Zahlungsmitteln außerstande ist, seine fälligen Verbindlichkeiten im Allgemeinen zu erfüllen und dies für den Anfechtungsgegner nach außen hin erkennbar ist.
2. Die Grenze der Zahlungsstockung zur Zahlungseinstellung wird überschritten, wenn fällige Schulden im Wesentlichen nicht binnen eines Monats bezahlt werden (vgl. BGH vom 20.11.2001 - IX ZR 48/01 = BGHZ 149, 178 und BGH vom 25.10.2001 - IX ZR 17/01 = BGHZ 149, 100).
3. Hält ein Schuldner eine Vereinbarung über eine ratenweise Zahlung ein, liegt noch keine Zahlungseinstellung vor.

SG Gotha, *Urt. v. 23.11.1999 – S 3 KR 1219/99 – wies die Klage ab, das LSG hielt die Berufung hinsichtlich einer Zahlungsforderung von 34.072,49 € (von beantragten 50.707,88 €) für begründet und wies sie im Übrigen zurück.*

XII. KRANKENVERSICHERUNGSPFLICHT BEI BEZUG VON ALG II

LSG Nordrhein-Westfalen, *Beschl. v. 19.05.2005 – L 5 B 17/05 KR ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de* RID 05-03-126

Versicherungspflicht, Erwerbsfähigkeit, Alg II, Krankenkasse

SGB V §§ 5 I Nr. 2a, 27 I 1, 173 II, 175 I 1; SGG § 86b II

Eine Versicherungspflicht wird nach dem eindeutigen Wortlaut des § 5 I Nr. 2a SGB V durch den tatsächlichen Bezug von Alg II begründet, auf das Bestehen eines Rechtsanspruches kommt es nicht an. Die Krankenkasse ist nicht berechtigt zu überprüfen, ob der Empfänger tatsächlich rechtmäßig Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II hat. Auch eine objektiv rechtswidrige Leistungsbewilligung führt zur Versicherungspflicht.

SG Düsseldorf, *Beschl. v. 12.04.2005 – S 9 KR 36/05 ER – lehnte den Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das LSG verpflichtete die Krankenkasse, dem Ast. bis zum 30.06.2005 Leistungen zur Krankenbehandlung zu gewähren.*

entfällt RID 05-03-127

XIII. VERFAHRENSRECHT

1. FORTSETZUNGSFESTSTELLUNGSKLAGE: ARZNEIMITTEL UND VERSANDHANDEL

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.04.2005 – L 5 KR 69/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-128

Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 1 A 1/05 B

Fortsetzungsfeststellungsklage, Feststellungsinteresse, Aufsichtsordnung, Arzneimittel, Versandhandel
SGB V §§ 27 I 2 Nr. 2, 31; SGG § 131 I 3

Gegen eine Aufsichtsverfügung auf Unterlassung, den Bezug von apothekenpflichtigen Arzneimitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung, die im Wege des Versandhandels erworben werden, zu fördern, kann eine **Fortsetzungsfeststellungsklage** nicht erhoben werden.

Allein der Umstand, dass eine Klägerin ihre Rechtsauffassung bestätigt sehen möchte, genügt nicht für ein **Feststellungsinteresse** an einer Fortsetzungsfeststellungsklage. Eine Wiederholungsgefahr kann bei einer grundlegenden Änderung der Rechtslage ausgeschlossen werden. Mit einer beabsichtigten Amtshaftungsklage kann ein Feststellungsinteresse nicht begründet werden, wenn die Feststellung die Rechtsstellung des Klägers nicht verbessern kann, weil eine Amtshaftungsklage offensichtlich keine Aussicht auf Erfolg hat.

Die Kl. ist eine bundesweit geöffnete Betriebskrankenkasse. Sie machte in ihrer Mitgliederzeitschrift darauf aufmerksam, dass Medikamente durch Bestellungen per Telefon, Internet oder Fax über die Apotheke 0800doc.morris in den Niederlanden zu günstigeren Preisen als in Deutschland bezogen werden könnten. Die beklagte Aufsichtsbehörde wies sie auf die Unzulässigkeit des Versandhandels hin. Sie verpflichtete dann die Kl., es zu unterlassen, den Bezug von apothekenpflichtigen Arzneimitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung, die im Wege des Versandhandels durch fernmündliche, schriftliche oder Bestellungen im Internet erworben werden, zu fördern sowie 2. ihren Versicherten apothekenpflichtige Arzneimittel, die über einen Versandhandel erworben wurden, weder ganz noch teilweise zu finanzieren. Ferner ordnete die Bekl. unter Ziffer 3) die sofortige Vollziehung des Bescheides an. Den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage lehnte der Senat mit Beschl. v. 02.06.2003 - L 5 B 78/02 KR ER – ab. Während des Klageverfahrens wies die Bekl. auf die Zulässigkeit einer Kostenerstattung nach dem **GMG** ab 2004 hin. **SG Köln**, Urt. v. 17.02.2004 – S 9 KR 194/02 – wies die Klage als **unzulässig** ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. UNZULÄSSIGE AUFTEILUNG BEI KLAGEHÄUFUNG ("NUMMERN MACHEN")

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 15.06.2005 – L 5 B 18/05 KR – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 05-03-129

Trennung, Geschäftsverteilungsplan, Kostenlast, Klagehäufung

ZPO §§ 145, 260; SGG §§ 56, 202; GVG §§ 16 S. 2, 21e I 1; GKG §§ 34, 39 I, 52 IV; GG Art. 101 I 2

Die gesetzlichen Vorgaben für die Trennung eines Verfahrens werden unterlaufen, wenn ein Geschäftsverteilungsplan eine "automatische" Aufteilung der prozessualen Ansprüche auf Einzelverfahren vorsieht, wodurch regelmäßig eine Erhöhung der Kostenlast der betroffenen Kläger gibt. Unabhängig davon begegnet eine solche Regelung auch deshalb Bedenken, weil dadurch die Zahl der Verfahren künstlich erhöht und nach außen ein Geschäftsanfall dargestellt wird, der nicht der tatsächlichen Arbeitsbelastung entsprechen muss.

Die Bestimmung in dem **Geschäftsverteilungsplan** lautete: "Gehen mehrere Klagen und/oder Anträge derselben Beteiligten ein - mehrere Anträge sind auch die in einer Antragsschrift kumulativ geltend gemachten - oder betreffen sie ein Versicherungsverhältnis (insbesondere bei Hinterbliebenen) oder ein vergleichbares Rechtsverhältnis, so ist die zuerst zuständig gewordene Kammer auch für die anderen Klagen/Anträge zuständig, wenn eine dieser Klagen oder Anträge bei ihr im Sinne der Aktenordnung noch nicht erledigt ist; dies gilt nicht, wenn Kläger oder Antragsteller eine juristische Person, eine Handelsgesellschaft i.S.d. Handelsgesetzbuches, eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder ein Konkursverwalter ist".

3. BESCHWERDE GEGEN UNTERLASSUNG EINER TERMINSBESTIMMUNG

LSG Thüringen, Beschl. v. 28.04.2005 – L 6 B 85/04 KR – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-03-130

Untätigkeitsbeschwerde, Rechtsschutz

SGG § 122; GG Art. 19 IV

Welche Verfahrensdauer angemessen ist, hängt von den Umständen des Einzelfalls ab (vgl. BVerfG, 2. Sen., 1. Ka., Beschl. v. 29.03.2005 – 2 BvR 1610/03 – RID 05-02-212).

Die Beschwerde gegen die Unterlassung einer Terminbestimmung durch ein Sozialgericht ist unzulässig, wenn kein Anhalt dafür gegeben ist, dass ein Verstoß gegen den Grundsatz des effektiven Rechtsschutzes nach Art. 19 IV GG in Gestalt eines nicht zu rechtfertigenden Verfahrensstillstandes vorliegt.

SG Altenburg – S 4 KR 2903/03 – sah sich bei einem Bestand von über 600 zum Teil älteren Verfahren nicht in der Lage, eine Aussage darüber zu treffen, wann mit einer Entscheidung gerechnet werden könne; das *LSG* wies die Beschwerde zurück.

Vgl. neben BVerfG v. 29.03.2005 – 2 BvR 1610/03 - RID 05-02-212 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.

4. GEGENVORSTELLUNGEN GEGEN UNANFECHTBARE ENTSCHEIDUNG

LSG Thüringen, Beschl. v. 07.03.2005 – L 6 KR 516/04 WA – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 05-03-131

Gegenvorstellung, Beschluss, Beschwerde, Anhörungsrüge, Rechtsbehelf

SGG § 178a

Gegenvorstellungen gegen unanfechtbare Entscheidungen sind seit 1. Januar 2005 nicht statthaft und entsprechend § 178a IV 1 SGG zu verwerfen (so auch VGH Baden-Württemberg v. 02.02.2005- 3 S 83/05 – juris).

XIV. ENTSCHEIDUNGEN DES BSG

1. VERTRAGSÄRZTLICHE BEHANDLUNG

A) ICSI BEI STERILISATION

BSG, Urt. v. 22.03.2005 - B 1 KR 11/03 R -

RID 05-03-132

Leitsätze:

1. Maßnahmen der künstlichen Befruchtung sind nicht erforderlich iS von § 27a Abs 1 Nr 1 SGB 5, wenn die Unfruchtbarkeit des Ehepaares auf der Zeugungs- oder der Empfängnisunfähigkeit eines Ehepartners beruht und insoweit die Möglichkeit einer Heilbehandlung besteht.

2. Der Anspruch auf Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung setzt voraus, dass der Kinderwunsch des Ehepaares "ungewollt" nicht erfüllt werden kann.

B) ANTRAGSERFORDERNIS UND SELBST BESCHAFFTE LEISTUNG

BSG, Urt. v. 22.03.2005 - B 1 KR 3/04 R -

RID 05-03-133

Eine Versicherte hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die selbst beschaffte In-Vitro-Fertilisation (IVF) und die ihr im Rahmen der intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) entstandenen weiteren Kosten. Sie ist vor der Inanspruchnahme einer Behandlung außerhalb des Sachleistungssystems grundsätzlich gehalten, sich an ihre Krankenkasse zu wenden, die Leistungsgewährung zu beantragen (vgl BSG vom 15.4.1997 - 1 BK 31/96 = SozR 3-2500 § 13 Nr 15) und die Entscheidung der Krankenkasse darüber abzuwarten (vgl BSG vom 20.5.2003 - B 1 KR 9/03 R = SozR 4-2500 § 13 Nr 1).

2. BEZIEHUNGEN ZU LEISTUNGSERBRINGERN

A) KRANKENHAUSTRÄGER

AA) ABGRENZUNG STATIONÄRE/AMBULANTE BEHANDLUNG

BSG, Urt. v. 17.03.2005 - B 3 KR 11/04 R -

RID 05-03-134

Leitsatz:

Eine vollstationäre Krankenhausbehandlung ist auch dann gegeben, wenn sie sich nach dem Behandlungsplan des Krankenhausarztes zeitlich über mindestens einen Tag und eine Nacht erstrecken soll, später jedoch aus medizinischen Gründen vorzeitig abgebrochen werden muss - sog abgebrochene stationäre Krankenhausbehandlung (Fortführung von BSG vom 4.3.2004 - B 3 KR 4/03 R = BSGE 92, 223 = SozR 4-2500 § 39 Nr 1).

BB) ABGRENZUNG KRANKENHAUSBEHANDLUNG UND STATIONÄRE REHABILITATION

BSG, Urt. v. 20.01.2005 - B 3 KR 9/03 R -

RID 05-03-135

Leitsatz:

Zur Abgrenzung von stationärer Krankenhausbehandlung und medizinischer Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen, die bereits über einen längeren Zeitraum bestehen.

B) APOTHEKEN: IMPORTARZNEI (TASMAR)/RUHEN DER ZULASSUNG

BSG, Urt. v. 17.03.2005 - B 3 KR 2/05 R -

RID 05-03-136

Leitsätze:

1. Die den Apotheken in § 73 Abs. 3 AMG eingeräumte Importmöglichkeit für im Ausland zugelassene Arzneimittel gilt nicht für solche Arzneimittel, deren Zulassung im Inland ruht.
2. Hat ein Apotheker ein vertragsärztlich verordnetes Arzneimittel rechtswidrig importiert und an den Versicherten abgegeben, steht ihm gegen die Krankenkasse kein Vergütungsanspruch zu, auch ein Anspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung scheidet aus.

3. AUFSICHTSMAßNAHME - KOSTENERSTATTUNG FÜR AUßERVERTRAGLICHE LEISTUNGEN

BSG, Urt. v. 22.03.2005 - B 1 KR 22/04 R -

RID 05-03-137

Der Grundsatz maßvoller Ausübung der Rechtsaufsicht gebietet es, der beaufsichtigten Kasse einen gewissen Bewertungsspielraum zu belassen, wenn das Gesetz z. B. einen unbestimmten Rechtsbegriff verwendet, der mehrere Auslegungen zulässt und dessen Auslegung in der Rechtsprechung noch nicht abschließend geklärt ist. Bewegt sich das Handeln oder Unterlassen der Kasse im Bereich des rechtlich noch Vertretbaren, sind förmlichen Aufsichtsmaßnahmen, die dieses beanstanden, rechtswidrig. Die Frage, ob die für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie Heilmittel allgemein geltenden leistungsrechtlichen Grundsätze auf Leistungen der besonderen Therapierichtungen (hier: Homöopathie, anthroposophische Medizin) uneingeschränkt übertragbar sind oder ob dafür Modifizierungen gelten müssen, sind in diesem Sinne durch das Gesetz und die Rechtsprechung des BSG noch nicht in einer Weise geklärt, dass eine Krankenkasse insoweit aufsichtsrechtlich generell auf ein bestimmtes inhaltliches Konzept festgelegt werden darf. Hingegen ist ein aufsichtsrechtliches Einschreiten gerechtfertigt, wenn eine Krankenkasse planmäßige Kostenerstattungen dafür vornimmt, dass ärztliche Leistungserbringer für bestimmte Leistungen über die Regelungen des Vertragsarztrechts hinausgehende Honorarzahlungen beanspruchen (hier: für homöopathische und biographische Erst- und Folgeanamnesen). Weiter hat der Senat entschieden, dass die "Naturheilkunde" als bloßer Sammelbegriff für natürliche Heilweisen keine "besondere Therapierichtung" im Rechtsinne darstellt und eine leistungsrechtliche Sonderbehandlung von Eigenblut-Therapien ausschließt.

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. ÄRZTLICHES BERUFSRECHT

1. WIDERRUF EINER ÄRZTLICHEN APPROBATION

A) UNWÜRDIGKEIT: VERURTEILUNG WEGEN BETRUGS IN 142 FÄLLEN

OVG Sachsen, Beschl. v. 30.03.2005 – 4 B 710/04 – juris

RID 05-03-138

Unwürdigkeit, Vermögensdelikt

BÄO §§ 3 I Nr. 2, 5 II, 8 I; VwGO § 86; StGB § 263; GG Art 12 I

Leitsatz:

Ein Widerruf der Approbation wegen Unwürdigkeit kommt auch dann in Betracht, wenn ein Arzt über mehrere Jahre hinweg Patienten unter Ausnutzung des ihm im Arzt-Patienten-Verhältnis entgegengebrachten Vertrauens betrogen hat.

B) ZUZAHLUNGSVERLANGEN

VG Lüneburg, Urt. v. 11.05.2005 – 5 A 33/04 –

RID 05-03-139

Approbation, Widerruf, Arzt, Abrechnungsbetrug

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2; 5 II

Leitsatz:

Zur Rechtmäßigkeit des Widerrufs einer ärztlichen Approbation, dem eine Verurteilung des Arztes wegen Betrugs in 2465 Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von zwei Jahren zugrunde liegt, deren Vollzug auf Bewährung ausgesetzt wurde.

Das **Amtsgericht Lüneburg** verurteilte den Kl., einen 1945 geb. Chirurgen, im Juni 2003 wegen **Betruges** in 2.465 Fällen zu einer **Gesamtfreiheitsstrafe von zwei Jahren**, deren Vollzug auf **Bewährung** ausgesetzt wurde. Das Amtsgericht legte in seinem Urteil im Wesentlichen den Sachverhalt aus der Anklageschrift zugrunde. Darin war ihm vorgeworfen worden, in 1997 bis 2002 gegenüber 1.858 Kassen- und 607 Privatpatienten unberechtigt **Zuzahlungen** in Höhe von insgesamt 1.526.721 DM für die **Verwendung von Lasersonden bei Knieoperationen** abgerechnet und erhalten zu haben. In dem Zeitraum habe er 505 Lasersonden zu einem Preis von insgesamt 238.550 DM erworben. Er habe die Lasersonden gegenüber den einzelnen Patienten in voller Höhe abgerechnet, obwohl er sie durchschnittlich fünfmal verwendet habe. Einigen Patienten gegenüber habe er die Lasersonden sinngemäß als „Einmalartikel“ bezeichnet. Nachdem das Niedersächsische Landessozialgericht letztinstanzlich entschieden habe, dass er die Lasersonden gegenüber den Patienten nicht abrechnen dürfe, habe er die Firma {H.} gegründet und seinen Sohn als Geschäftsführer der Gesellschaft eingesetzt, um die Laserabrechnungen nunmehr über die Gesellschaft abrechnen zu können. Seinen Sohn habe er als Strohmann eingesetzt, tatsächlich habe er selbst die Gesellschaft in der Hand gehabt. Daraufhin ordnete die **Bezirksregierung** gegenüber dem Kl. das **Ruhen seiner Approbation** an und verfügte den **Sofortvollzug** dieser Maßnahme. Über den Widerspruch des Kl. ist noch nicht entschieden worden. Einen Antrag auf Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes lehnte die **Kammer mit Beschl. v. 19.06.2003 - 5 B 28/03 –** ab. Im November 2003 **widerrief** die **Bezirksregierung** Lüneburg die **ärztliche Approbation** des Kl. Zugleich hob sie die Anordnung des Ruhens der Approbation mit Wirkung zum Zeitpunkt der Rechtskraft des Widerrufs auf. Der Widerspruch blieb erfolglos.

Aus den Gründen:

(...) Die Unwürdigkeit des Klägers zur Ausübung des Arztberufes hat sich daraus ergeben, dass er durch die Betrugshandlungen, (...) das Ansehen und das in ihn gesetzte Vertrauen der Patienten dauerhaft zerstört hat. Die **Pflicht zur ordnungsgemäßen Abrechnung** gehört zu den wesentlichen Berufspflichten des Arztes, und zwar nicht nur den Kassen, sondern auch den Patienten gegenüber. Ihre Einhaltung gehört zu den grundlegenden Bedingungen für die Gewährleistung der Funktionsfähigkeit des öffentlichen Gesundheitswesens. Wenn der Arzt - wie hier - sich darüber nachhaltig über mehrere Jahre hinwegsetzt und sich dadurch in erheblicher Weise durch **unberechtigte Zuzahlungen seiner Patienten** auf deren Kosten bereichert, ist seine persönliche und berufliche Integrität derart herabgesetzt, dass der damit verbundene Ansehens- und Vertrauensverlust ihn aus Sicht der Öffentlichkeit und auch innerhalb der Ärzteschaft für den ärztlichen Beruf als untragbar erscheinen lässt. In besonderem Maße spricht gegen den Kläger, dass er den geschädigten Patienten gegenüber die verwendeten Lasersonden nicht nur trotz der ihm bekannten Fehlerhaftigkeit seines Zuzahlungsverlangens abgerechnet hat, sondern sie mehrfach, d.h. durchschnittlich fünfmal, eingesetzt und dann jeweils in voller Höhe in Rechnung gestellt hat. Dabei hat er die Arglosigkeit seiner Patienten ausgenutzt, denen die Abrechnungsproblematik unbekannt sein musste. Das Vorbringen des Klägers, er habe nur durch die Zuzahlungen seiner Patienten den

Einsatz der Lasersonden wirtschaftlich gestalten können, ist nicht nachvollziehbar. Denn er hat zahlreichen Patienten gegenüber Kosten geltend gemacht, die er zuvor bereits anderen Patienten in Rechnung gestellt hatte und die von diesen auch beglichen worden waren. Die Wirtschaftlichkeit einer Behandlung kann nicht dadurch sichergestellt werden, dass letztlich nicht entstandene Kosten vorgetäuscht und abgerechnet werden. Dass die Patienten - soweit ersichtlich - mit der fachlichen Leistung des Klägers bzw. dem Ergebnis seiner operativen Behandlungen zufrieden gewesen sind, ist in diesem Zusammenhang unerheblich und ändert nichts an der vorstehenden Beurteilung. Dem Kläger ist kein fachliches Versagen, sondern ein schwerwiegendes Fehlverhalten bei der Abrechnung seiner Leistungen vorzuwerfen. (...)

Der Widerruf der Approbation ist vorliegend nicht dadurch ausgeschlossen, dass das Amtsgericht Lüneburg in seinem Urteil vom 12. Juni 2003 dem Kläger eine günstige **Sozialprognose** gestellt und ein Berufsverbot nicht verhängt hat. (...) Ohnehin kommt es jedenfalls für den Widerruf wegen Unwürdigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufes nicht auf zusätzliche individuelle Umstände und auch **nicht auf eine Prognoseentscheidung für die Zukunft** an (BVerwG, Beschluss v. 2.11.1992, NJW 1993, 806; VGH Baden-Württemberg, Beschluss v. 18.7.2003, a.a.O.) (...).“

C) ZUZAHLUNGSVERLANGEN UND ABRECHNUNGSBETRUG

VG Lüneburg, Urt. v. 11.05.2005 – 5 A 196/03 –

RID 05-03-140

Approbation, Widerruf, Arzt, Abrechnungsbetrug

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2; 5 II

Leitsatz:

Zur Rechtmäßigkeit des Widerrufs einer ärztlichen Approbation, dem eine Verurteilung des Arztes wegen Abrechnungsbetruges in 652 Fällen zu einer Gesamtfreiheitsstrafe von drei Jahren zugrunde liegt.

Der Kläger, ein 1954 geb. Chirurg, wurde durch rechtskräftiges **Urteil des Landgerichts** v. 26.04.2002 - 12 KLS 131 Js 26723/01 - wegen **Betruges** in 652 Fällen zu einer **Gesamtfreiheitsstrafe von 3 Jahren** verurteilt. Dem lag die Feststellung zugrunde, der Kl. habe ab 1997, nachdem er Mehrkosten für Operationen mittels Laser mit den Krankenkassen nicht mehr gesondert abrechnen können, da die Kosten bereits in Nr. 2449 EBM enthalten seien, den **Patienten diese Operationsmethode gegen eine Zuzahlung** von 489 DM angeboten (Einnahmen: 305.123 u. 64.218 DM). Ferner traf er nach Vorbereitung durch K mit dem Lieferanten M die Vereinbarung, dass dieser ihm unentgeltlich mit Praxisbedarf beliefern und monatlich an K. 1.000 DM (später 500 DM) und an ihn pro Quartal 10.000 DM zahlen sollte, wofür er M von ihm unterschriebene **Blankorezepte für Sprechstundenbedarf** zur Verfügung stellte (Schaden: 588.460,34). Mit dem **Krankentransportunternehmer** Ma traf er eine Vereinbarung ab, wonach von seiner Praxis bevorzugt dessen Unternehmen eingesetzt werden sollte - gegen Zahlung eines entsprechenden Entgelts. Dieses belief sich seit Anfang 1998 in einem Monat auf 10.000 DM, in 6 Monaten auf jeweils 8.500 DM und in weiteren 13 Monaten auf jeweils 3.000 DM. Die Zahlungen erfolgten über K, der sie nach monatlichem Abzug des US-\$ 1.000 entsprechenden Betrages an den Kl. weiterleitete. Der Kl. sorgte dafür, dass für jeden zu operierenden Patienten ein **Verordnungsschein** vorbereitet wurde, der jeweils die Notwendigkeit von Krankentransporten auswies, ohne dies dann zu prüfen. Durch ungerechtfertigte Abrechnungen des Unternehmens entstanden den Krankenkassen seit Anfang 1998 in 990 Fällen mindestens Schäden in Gesamthöhe von DM 673.395,16. Der Kl. wurde im August 2003 nach Verbüßung von 2/3 der verhängten Freiheitsstrafe aus der Haft entlassen. Im Juli 2003 widerrief die Bezirksregierung die ärztliche Approbation. Der Widerspruch blieb erfolglos. Das **VG** wies die Klage ab.

Aus den Gründen:

„(...) Der Kläger hat in verschiedenen Fallkomplexen vorsätzlich über mehrere Jahre durch 652 Betrugshandlungen Schäden in erheblicher Höhe verursacht und dadurch mehrere 100.000,-- DM unberechtigt direkt von Patienten oder durch betrügerische Manipulationen und Absprachen bezogen. Diese Straftaten betrafen einerseits das unmittelbare Arzt-Patientenverhältnis, in dem er nach den Feststellungen des Strafgerichts in 636 Fällen unberechtigte Zuzahlungen von seinen Patienten für Operationen verlangte und erhielt. Auch die anderen Betrugshandlungen stehen in unmittelbarem Zusammenhang mit seiner ärztlichen Tätigkeit. Durch die zahlreichen Manipulationen mit den von ihm ausgestellten Blankorezepten (Komplex {M.}) und der Erteilung von unberechtigten ärztlichen Anweisungen (Komplex Krankentransporte) hat er bewusst und eigennützig das ihm **bei den Abrechnungen entgegengebrachte Vertrauen an der Richtigkeit der ärztlichen Verordnungen missbraucht** und die Krankenkassen mit einem Betrag von mehr als einer Million DM geschädigt. Diese Handlungen hat er bewusst geplant, mit Helfern vorbereitet und über einen langen Zeitraum mit hoher krimineller Energie durchgeführt. Dieses erhebliche Fehlverhalten und die langjährige vorsätzliche Verletzung seiner ärztlichen Berufspflichten beeinträchtigt in hohem Umfang seine Vertrauenswürdigkeit. Sowohl bei seinen Patienten als auch gegenüber den Krankenkassen und in der Öffentlichkeit ist das Vertrauen in eine jederzeit ordnungsgemäße und finanziell einwandfreie ärztliche Tätigkeit des Klägers endgültig zerstört. Er hat durch die Begehung der zahlreichen kriminellen Taten sein Ansehen und das für die Ausübung des ärztlichen

Berufs unverzichtbare Vertrauen verloren. Er ist damit als unwürdig zur weiteren Ausübung des ärztlichen Berufes anzusehen.

Der Kläger ist auch unzuverlässig zur weiteren Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit. Aus den oben genannten Gründen ist die Prognose gerechtfertigt, dass nicht ausgeschlossen werden kann, dass es bei einer weiteren Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit erneut zu finanziellen Unregelmäßigkeiten und damit zu Vermögensschäden kommen kann. Der Kläger hat durch den erheblichen und gezielten Missbrauch des ärztlichen Abrechnungssystems mit dem Ziel, sich persönlich unrechtmäßig zu bereichern, das für die Ausübung des ärztlichen Berufs erforderliche Vertrauen in eine künftige ordnungsgemäße Berufsausübung zerstört. (...).“

2. BVERFG: WERBEVEEBOT UND INFORMATIONSWERBUNG

BVerfG, 1. Sen., 3. Ka., Beschl. v. 13.07.2005 – 1 BvR 191/05 - www.bverfg.de

RID 05-03-141

Arztwerbung, Werbeverbot, Informationswerbung

GG Art. 12 I; BO Bayern § 27 III

Das Urteil des Bayerischen Landesberufsgerichts für die Heilberufe vom 22. November 2004 - LBG-Ä 003/04 - und das Urteil des Berufsgerichts für die Heilberufe bei dem Oberlandesgericht München vom 16. Juni 2004 - BG-Ä 5/04 - verletzen den Beschwerdeführer in seinem Grundrecht aus Art. 12 I GG; die Entscheidungen werden aufgehoben.

Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ist der Wortsinn einzelner Passagen einer Werbung stets grundrechtsfreundlich im Kontext des gesamten Inhalts auszulegen (vgl. BVerfG, Beschluss der 2. Kammer des Ersten Senats, NJW 2001, S. 3324 <3325>). Der Schluss der Gerichte von den Einzelpassagen auf den Gesamtcharakter der Werbung wäre daher verfassungsrechtlich nur dann tragbar, wenn die herausgegriffenen Passagen charakterisierend für die Werbung insgesamt wären. Dies ist indes nicht der Fall.

Die beanstandeten Texte vermitteln in erster Linie Informationen über Inhalt, Bedeutung und Möglichkeiten der praktizierten Behandlung. Sie entsprechen damit nicht nur einem erheblichen und legitimen sachlichen Informationsbedürfnis von Patienten. Vielmehr besteht an einer sachlich zutreffenden und dem Laien verständlichen Informationswerbung über noch weitgehend unbekannte Operationsmethoden auch ein anerkanntes Allgemeininteresse (vgl. dazu BVerfG, Beschl. der 2. Kammer des Ersten Senats, NJW 2000, S. 2734 <2735>).

3. KLINIKPRIVILEG UND ENTGELT FÜR PATIENTENZUWEISUNG

OLG Düsseldorf, Urte. v. 16.11.2004 - I-20 U 30/04 - www.justiz.nrw.de = MedR 2005, 169

RID 05-03-142

Berufsordnung, Stiftung, Klinik, Klinikprivileg, Kataraktoperation

UWG a. F. § 1; UWG n.F. § 4 Nr. 11

Eine Stiftung ist nicht den Vorschriften der ärztlichen Berufsordnung unterworfen. Das gilt insbesondere für § 31 der Berufsordnung ("unerlaubte Zuweisung gegen Entgelt"), wonach es "Ärztinnen und Ärzten" nicht gestattet ist, für die Zuweisung von Patienten ein Entgelt selbst zu versprechen oder zu gewähren.

4. MITGLIEDSCHAFT DER ÄRZTEKAMMER IM VERBAND FREIER BERUFE

VGH Kassel, Urte. v. 30.06.2004 – 11 UE 4506/98 - www.vg-frankfurt.justiz.hessen.de = MedR 2005, 173 RID 05-03-143

Mitgliedschaft, Verband Freier Berufe, Ärztekammer, Interessenverband

HessHeilbG § 5; GG Art. 2 I

Leitsatz:

Zur Mitgliedschaft einer Ärztekammer in einem privatrechtlichen Interessenverband, der nach seiner Satzung für die Wahrung und Förderung der gemeinsamen ideellen und wirtschaftlichen Interessen der Freien Berufe eintritt.

Der *VGH* wies die Berufung des klagenden Arztes und Universitätsprofessors, der den Austritt der Landesärztekammer Hessen aus dem Verband Freier Berufe begehrte, zurück, weil die Mitgliedschaft der Landesärztekammer innerhalb des gesetzlich zugewiesenen Aufgabenbereichs liege.

Anders *OVG Nordrhein-Westfalen*, Urte. v. 09.12.1999 - 8 A 395/97 - NWVB1 2000, 425 = juris, Nichtzulassungsbeschwerde abgewiesen durch *BVerwG*, Beschl. v. 04.05.2000 - 1 B 25/00 - Buchholz 430.1 Allgemeines Kammerrecht Nr. 21 = juris; zur Austrittsverpflichtung einer Apothekerkammer aus der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände s. *VG Berlin*, Urte. v. 06.05.2004 – VG 14 A 385.98 - RID 04-03-236.

II. BGH: ARZTHAFTUNG

1. FEHLENDE AUFKLÄRUNG ÜBER UNTERSCHIEDLICHE BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

BGH, Urt. v. 15.03.2005 - VI ZR 313/03 - www.bundesgerichtshof.de

RID 05-03-144

Aufklärung, Behandlungsmöglichkeit, Selbstbestimmungsrecht, Kausalverlauf, Alternativverhalten

BGB §§ 249, 823

Leitsätze:

1. Auch die Aufklärung über bestehende unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten dient dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten und ist daher Voraussetzung einer rechtmäßigen Behandlung.
2. Die Frage, ob eine bestehende andere Behandlungsmöglichkeit zu einem besseren Behandlungsergebnis geführt hätte, betrifft regelmäßig den hypothetischen Kausalverlauf im Falle des rechtmäßigen Alternativverhaltens.

2. DARLEGUNGSLAST BEI UNZUREICHENDER AUFKLÄRUNG ÜBER BEHANDLUNGSAKTUALTERNATIVE

BGH, Urt. v. 09.03.2005 - 7 U 27/04 - juris

RID 05-03-145

Aufklärung, Behandlungsalternative, Darlegungslast

ZPO § 531 II; BGB § 823

Leitsatz:

Der Patient, der den im ersten Rechtszug erhobenen Vorwurf unzureichender Aufklärung über eine Behandlungsalternative fallen lässt, ist mit der neuen Behauptung, er habe über eine andere Behandlungsalternative aufgeklärt werden müssen, nach § 531 Abs. 2 ZPO ausgeschlossen.

3. BEWEISLAST BEI ALTERNATIVEM KAUSALVERLAUF

BGH, Urt. v. 05.04.2005 - VI ZR 216/03 - www.bundesgerichtshof.de

RID 05-03-146

Arzt, Beweislast, Schaden, Kausalverlauf

BGB § 823; ZPO § 286

Leitsätze:

Steht fest, dass der Arzt dem Patienten durch rechtswidriges und fehlerhaftes ärztliches Handeln einen Schaden zugefügt hat, so muss der Arzt beweisen, dass der Patient den gleichen Schaden auch bei einem rechtmäßigen und fehlerfreien ärztlichen Handeln erlitten hätte. Die Behandlungsseite muss, sofern ein schadensursächlicher Eingriff ohne ausreichende vorherige Aufklärung des Patienten erfolgt ist, auch beweisen, dass es zu dem Eingriff auch bei zutreffender Aufklärung des Patienten gekommen wäre.

4. PERSÖNLICHE ANHÖRUNG BEI ENTSCHEIDUNGSKONFLIKT

BGH, Urt. v. 01.02.2005 - VI ZR 174/03 - www.bundesgerichtshof.de

RID 05-03-147

Arzthaftungsprozess, Aufklärung

BGB § 823, 847 I

Leitsätze:

BGB § 823 Abs. 1 (Aa); § 847 Abs. 1 a.F.

Wenn der Patient im Arzthaftungsprozess im Einzelnen darlegt, warum er bei vollständiger und richtiger Aufklärung hinsichtlich seiner Einwilligung in den ärztlichen Eingriff in einen Entscheidungskonflikt geraten wäre, darf der Tatrichter in aller Regel die Plausibilität dieses Vortrags nicht beurteilen, ohne den Patienten persönlich dazu angehört zu haben. Der Tatrichter darf seine eigene Beurteilung des Konflikts nicht an die Stelle derjenigen des Patienten setzen.

III. PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG: ZAHNÄRZTE

1. BLOCKKRONE NACH 12-STÜNDIGER BEHANDLUNG/SCHMERZENSGELD

LG München I, Urt. v. 18.02.2005 – 10 O 6103/03 –

RID 05-03-148

Behandlungsfehler, Schadensersatz, Schmerzensgeld, Wurzelbehandlung, Verzichtserklärung
SGB V §§ 823, 847

Ist eine sog. Blockkrone für die gesamte obere Zahnreihe medizinisch nicht indiziert und werden insgesamt 14 Zähne, darunter sämtliche Oberkieferzähne, wurzelbehandelt und devitalisiert an einem Tag innerhalb einer 12-stündigen Behandlung, während der der Zahnarzt der Patientin zweimal Cognac verabreicht, und schlägt die daran anschließende prothetische Behandlung vollständig fehl, so hat der Zahnarzt keinen Vergütungsanspruch und ist zur Zahlung von Schadensersatz und Schmerzensgeld (hier: 6.000 €) verpflichtet.

Eine Verzichtserklärung auf Schmerzensgeldansprüche ist unwirksam und sittenwidrig, wenn die Patientin diese unmittelbar vor Beginn der Behandlung in einer Überrumpelungssituation unterschrieben hat. Ein Arzt darf außerdem nicht durch vollständige Haftungsfreizeichnung für alle Grade eines möglichen Verschuldens den Patienten praktisch rechtlos stellen. Eine derartige Vereinbarung verlagert das Risiko eines ärztlichen Behandlungsfehlers in unangemessener Weise ausschließlich auf den Patienten und ist deshalb sittenwidrig.

Vgl. Pressemitteilung v. 10.06.2005 - www.justiz.bayern.de/lgmuenchen1/presse -

2. TEURE THERAPIE BEI GÜNSTIGERE METHODE

AG Frankfurt a. M., Urt. v. 31.01.2005 – 31 C 1710/03-83 –

RID 05-03-149

Zahnarzt, Therapie, Biofunktionelle Komfort-Therapie
BGB § 611

Ein Zahnarzt darf einem Patienten keine teure Therapie (hier: „Biofunktionelle Komfort-Therapie“) andrehen, wenn es auch eine günstigere Methode gibt.

Vgl. dpa, Pressemeldung v. 09.05.2005

IV. INVERKEHRBRINGEN VON RED RICE KAPSELN (NAHRUNGSERGÄNZUNG)

VG Stade, Urt. v. 28.04.2005 – 6 A 1090/03 – www.dbovg.niedersachsen.de

RID 05-03-150

Arzneimittel, Inverkehrbringen, Lebensmittel, Nahrungsergänzungsmittel, Untersagung, Wirkung
AMG §§ 21 I 1, 69 I 2, 1

Das Produkt „Red Rice 330 mg GPH Kapseln zur Nahrungsergänzung“ ist ein Arzneimittel, nicht hingegen ein Lebensmittel im Sinne des § 1 LMBG (§ 2 Absatz 3 Nr. 1 AMG) (Anschluss an OVG Niedersachsen, Beschl. v. 29.09.2004 - 11 ME 303/03 - RID 05-01-234).

Ganz Überwiegendes spricht für die Richtigkeit der positiven Feststellung, die Kapseln seien als zulassungspflichtige, aber nicht zugelassene Arzneimittel i. S. des § 2 Abs. 1 AMG einzuordnen.

V. VERSCHIEDENES

1. WEITERE ENTSCHEIDUNGEN DES BVERFG

A) DINGLICHER ARREST BEI HONORARRÜCKFORDERUNG („STROHMANNVERHÄLTNIS“)

BVerfG, 2. Sen., 3. Ka., Beschl. v. 07.06.2005 – 2 BvR 1822/04 – www.bverfg.de

RID 05-03-151

Dinglicher Arrest, Arrestgrund, Scheinpraxis, Gemeinschaftspraxis
GG Art. 14; SGB V § 85 IV 9

Macht eine KV über einige Jahre hinweg keinen Gebrauch von der Möglichkeit, den sofort vollziehbaren Rückforderungsbescheid (vgl. § 85 IV 9 SGB V) im Wege der Zwangsvollstreckung durchzusetzen, so ist nicht bedenkenfrei anzunehmen, es bestehe ein Arrestgrund im Sinne des § 111 d II StPO i.V.m. § 917 ZPO.

Für einen Arrestgrund muss das Sicherstellungsbedürfnis des Gläubigers das Eigentumsgrundrecht des Schuldners überwiegen. Es ist auf der einen Seite - wegen der konkreten Arresthöhe sowie der Verurteilungsungewissheit - die Schwere des Rechtseingriffs für den Schuldner zu bedenken. Andererseits sind die jahrelange Vollstreckungsuntätigkeit der einzigen Geschädigten, welcher alle für die Anspruchsdurchsetzung erheblichen Umstände bekannt waren und welcher wirtschaftliche und rechtliche Mittel hierfür zur Verfügung standen, in die erforderliche Abwägung einzustellen.

Ordnen die in erster Linie für die Frage der Anspruchsberechtigung der KV zuständigen Sozialgerichte die aufschiebende Wirkung von Widerspruch und Klage gegen einen Honorarrückforderungsbescheid der KV an, und gibt die KV zu erkennen, dass ihr bis auf weiteres nicht daran gelegen ist, einen durchsetzbaren Titel zu erlangen, so ist neben dem langen Zeitablauf das sozialgerichtliche Prozessverhalten der KV für einen Arrestgrund zu berücksichtigen.

Der strafrechtliche Vorwurf in den angegriffenen Beschlüssen beruht auf der Annahme, dass der Beschwerdeführer im Rahmen eines "Strohmannverhältnisses" die abgerechneten Tätigkeiten - als so genannter "**Scheinselbständiger**" - faktisch wie ein Angestellter des anderweitig Verfolgten Dr. R. erbracht habe. Diese Konstruktion hätte Anlass zu weiteren gerichtlichen Erwägungen gegeben, weswegen der "Strohmann", der lediglich Anspruch auf eine feste Vorabvergütung gehabt hat, im vollen Umfang die wirtschaftliche Verfügungsgewalt erlangt haben soll (vgl. Beschluss der 3. Kammer des Zweiten Senats des Bundesverfassungsgerichts vom 14. Juni 2004 – 2 BvR 1136/03 –, StV 2004, S. 409 <410 f.>).

Dem Bf, einem Arzt, wird vorgeworfen, von 1994 bis 1997 seine ärztliche Tätigkeit als Selbstständiger abgerechnet zu haben, obwohl er faktisch Angestellter des anderweitig Verfolgten Dr. R. gewesen sei. Die von der Geschädigten, einer KV, ausbezahlten Honorare in Höhe von rund 7 Mio. Euro seien vollständig an ihn geflossen. Das AG erließ im Jahr 2002 zur Sicherung der aus der Straftat erwachsenen Ansprüche der kassenärztlichen Vereinigung gegen den Bf einen dinglichen Arrest in Höhe von rund 7 Mio. Euro. In seiner hiergegen erhobenen Beschwerde machte der Bf. u.a. geltend, dass auch bei unterstellter Scheinselbständigkeit die abgerechneten ärztlichen Leistungen im abgerechneten Umfang erbracht worden seien und daher kein Schaden in Höhe des Arrestbetrags entstanden sei. Die Beschwerde verwarf das LG zwei Jahre später als unbegründet. Die im Zusammenhang mit der Honorarrückforderung stehenden Fragen waren und sind Gegenstand weiterer, vorwiegend sozialgerichtlicher Streitigkeiten zwischen dem Bf. und der kassenärztlichen Vereinigung. Im Hinblick auf die zu klärenden Rechtsfragen durch das BSG bzw. BVerfG in entsprechenden Parallelverfahren wurde von den Sozialgerichten das Ruhen des Verfahrens angeordnet. In einem der Verfahren ordneten die Sozialgerichte die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs und der Klage des Bf. gegen einen Rückforderungs- und Widerspruchsbescheid an und verpflichteten die Geschädigte zur Auszahlung einbehaltener Honorare. Im Hinblick auf die schwierigen Rechtsfragen sowie wegen des Umstandes, dass der Beschwerdeführer die Honoraransprüche an seinen Vertragspartner abgetreten bzw. die Honorare nicht persönlich erhalten habe, ordnete das LSG an, dass "Zwangsvollstreckungsmaßnahmen auf Grund dieser Bescheide nicht mehr ergehen dürfen". Die Vb. gegen die Arrestbeschlüsse von AG und LG hatte Erfolg.

B) BEITRAGSPFLICHT ZUR ANWALTSVERSORGUNG WÄHREND KINDERERZIEHUNGSZEITEN

BVerfG, Beschl. v. 05.04.2004 – 1 BvR 774/02 - www.bverfg.de

RID 05-03-152

Kindererziehungszeit, Anwaltsversorgung, Beitragsverpflichtung
GG Art. 3 II

Die Beitragsregelung der Satzung des Versorgungswerks der Rechtsanwälte in Baden-Württemberg, die zur Beitragsleistung auch bei Einkommenslosigkeit während der Zeiten der Erziehung eines Kindes in dessen ersten drei Lebensjahren verpflichtet, verstößt gegen das Gleichberechtigungsgebot (Art. 3 II GG). Sie führt zu einer unzulässigen faktischen Benachteiligung von Frauen gegenüber Männern.

2. WEITERE ENTSCHEIDUNGEN DES BGH

A) INFektion DURCH INFUSION: EhePARTNER

BGH, Urt. v. 14.06.2005 – VI ZR 179/04 - www.bundesgerichtshof.de

RID 05-03-153

Anscheinsbeweis, HIV-Infektion, Blutprodukt, Dokumentationspflicht, Aufklärung
ZPO § 138 II, III, § 286; BGB § 823 I

Leitsätze:

a) Zur Anwendbarkeit des Anscheinsbeweises für eine HIV-Infektion durch die Verabreichung von Blutprodukten (im Anschluß an BGHZ 114, 284).

- b) Zur Dokumentationspflicht und zur sekundären Darlegungslast des Verwenders von Blutprodukten hinsichtlich der Chargennummer des verabreichten Produkts.
- c) Ist eine Aufklärung über die Gefahr einer HIV-Infektion bei Verabreichung von Blutprodukten nicht möglich, ist der Patient jedenfalls nachträglich über diese Gefahr aufzuklären und ihm zu einem HIV-Test zu raten (nachträgliche Sicherungsaufklärung).
- d) Auch ein im Behandlungszeitpunkt noch nicht bekannter Ehepartner des Patienten ist in den Schutzbereich der Pflicht zur nachträglichen Sicherungsaufklärung über die Gefahr einer transfusionsassoziierten HIV-Infektion einbezogen.

B) SCHUTZ DER HEIMBEWOHNER IM PFLEGEHEIM

BGH, Urt. v. 14.07.2005 - III ZR 391/04 - www.bundesgerichtshof.de

RID 05-03-154

Pflegeeinrichtungen, Pflegeheim, Sturzgefährdung, Heimbewohner

BGB § 276 a. F.; SGB XI, § 11 I 1, § 28 Abs. 3; HeimG i.d.F. v. 05. 11.2001 § 3 I

Leitsatz:

Der Grundsatz, dass die Träger von Pflegeeinrichtungen ihre Leistungen nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse bzw. - soweit Heimverträge betroffen sind, für die das zum 1. Januar 2002 in Kraft getretene Heimgesetz i.d.F. vom 5. November 2001 (BGBl. I S. 2970) gilt - nach dem jeweils allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse zu erbringen haben, ist auch bei der Frage zu beachten, wie sie auf eine hervorgetretene Sturzgefährdung von Heimbewohnern zu reagieren haben (im Anschluss an das Senatsurteil vom 28. April 2005 - III ZR 399/04 – NJW 2005, 1937, vorgesehen für BGHZ).

C) KRANKENHAUSVERTRAG BEI FEHLENDER GESETZLICHER VERSICHERUNG

BGH, Urt. v. 28.04.2005 - III ZR 351/04 - www.bundesgerichtshof.de

RID 05-03-155

Krankenhausträger, Krankenversicherung, Krankenhausaufenthalt, Behandlungsvertrag, Geschäftsgrundlage

BGB § 242; 313 II

Leitsätze:

Haben der Krankenhausträger und der Patient (hier: die Mutter des minderjährigen Patienten) die gemeinsame Vorstellung, dass eine gesetzliche Krankenversicherung bestehe, die die Kosten des Krankenhausaufenthalts übernehme, und stellt sich dies als Irrtum heraus, dann fehlt dem zwischen dem Krankenhausträger und dem Patienten (hier der Mutter des minderjährigen Patienten) geschlossenen Behandlungsvertrag die Geschäftsgrundlage. Die bei Fehlen der Geschäftsgrundlage gebotene Anpassung des zwischen dem Krankenhausträger und dem Patienten (hier: der Mutter des Patienten) geschlossenen Behandlungsvertrages führt dazu, dass der Krankenhausträger die nach Maßgabe der §§ 10 ff BPflV zu ermittelnde Vergütung für die allgemeinen Krankenhausleistungen von dem Patienten (hier: von der Mutter des Patienten) fordern kann.

D) OPTOMETRISCHE LEISTUNGEN III

BGH, Urt. v. 21.04.2005 - I ZR 190/02 - www.bundesgerichtshof.de

RID 05-03-156

Augeninnendruckmessung, Tonometrie, Perimetrie, Optiker

HeilprG § 1 II; UWG § 4 Nr. 11

Leitsatz:

Eine hinreichende Aufklärung über die mit der berührungslosen Augeninnendruckmessung (Tonometrie) und der Prüfung des Gesichtsfeldes mittels einer Computermessung (automatische Perimetrie) durch Optiker verbundene mittelbare Gesundheitsgefährdung erfordert keine Schriftlichkeit des aufklärenden Hinweises.

3. ERSTATTUNG VON RECHTSANWALTSKOSTEN FÜR BEHÖRDENVERTRETUNG

OVG Niedersachsen, Beschl. v. 18.05.2005 – 8 OA 317/04 – <http://www.dbovg.niedersachsen.de/Entscheidung> **RID 05-03-157**
Behördenvertretung, Erstattungsfähigkeit, Rechtsanwaltsgebühr, Rechtsanwaltskosten, Treu und Glauben
BGB § 242; VwGO § 162

Leitsätze:

1. Kosten eines Rechtsanwaltes, der ein berufsständisches Versorgungswerk in erster Instanz vertritt, sind nur dann **ausnahmsweise nicht erstattungsfähig**, wenn seine Beauftragung offensichtlich nutzlos und objektiv dazu angetan ist, dem Kläger Kosten zu verursachen.
2. Diese Voraussetzungen für den Ausschluss der Erstattungsfähigkeit von Rechtsanwaltskosten sind nicht gegeben, wenn der anwaltlich nicht vertretene Kläger zwar zugleich mit der Klageerhebung unter Verweis auf **Musterverfahren** um ein Ruhen seines Klageverfahrens bittet, solche Musterverfahren aber noch nicht anhängig sind und der Kläger außerdem zuvor eine ihm angebotene **Aussetzung des Widerspruchsverfahrens** abgelehnt hat.

4. KOSTEN FÜR AMTSÄRZTLICHE EINSTELLUNGSUNTERSUCHUNGEN

VG Stade, Urt. v. 15.06.2005 – 6 A 1266/03 –

RID 05-03-158

Amtsarzt, Beamte, Einstellungsuntersuchung, Gesundheitsamt, Kostenfestsetzung
NBG § 8 V; NV § 57; NVwKostG § 1b; § 2 I Nr. 2

Leitsätze:

Einstellungsuntersuchungen von Angestellten mit Übernahmegarantie in das Beamtenverhältnis fallen nicht unter § 8 Abs. 5 NBG. Führen die Gesundheitsämter der Landkreise solche Einstellungsuntersuchungen durch, handeln sie deshalb im eigenen Wirkungskreis und können die Kosten für die Untersuchungen gegenüber dem Land Niedersachsen, das sie mit den Untersuchungen beauftragt hat, geltend machen. Die in § 2 Abs. 1 Nr. 2 NVwKostG geregelte Kostenfreiheit kommt nicht zur Anwendung, da gemäß § 1 Abs. 1 b) NVwKostG das Nds. Verwaltungskostengesetz nur auf Amtshandlungen der Gebietskörperschaften anwendbar ist, die diese im übertragenen Wirkungskreis wahrgenommen haben.

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, Fax:030/4005-1795) gebeten.

Bezug: Der RID kann über die Mitgliedschaft in der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.**, Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin (Email: gf@dgfkassenarztrecht.de; Tel: 030/4005-1750; PC-Fax:030/4005-27-1750; Fax:030/4005-1795) bezogen werden. Der Jahresbeitrag für natürliche Personen beträgt 30 €. Der RID erscheint viermal im Jahr.

Ältere Ausgaben (RID 00-01 bis 05-02) sind über die **homepage** der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.** verfügbar: **www.dg-kassenarztrecht.de**.

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

VERZEICHNIS DER ENTSCHEIDUNGEN

AG Frankfurt a. M. , Urt. v. 31.01.2005 – 31 C 1710/03-83 –	RID 05-03-149
BGH , Urt. v. 01.02.2005 - VI ZR 174/03 -	RID 05-03-147
BGH, Urt. v. 09.03.2005 - 7 U 27/04 -	RID 05-03-145
BGH, Urt. v. 15.03.2005 - VI ZR 313/03 -	RID 05-03-144
BGH, Urt. v. 05.04.2005 - VI ZR 216/03 -	RID 05-03-146
BGH, Urt. v. 21.04.2005 - I ZR 190/02 -	RID 05-03-156
BGH, Urt. v. 28.04.2005 - III ZR 351/04 -	RID 05-03-155
BGH, Urt. v. 14.06.2005 – VI ZR 179/04 -	RID 05-03-153
BGH, Urt. v. 14.07.2005 - III ZR 391/04 -	RID 05-03-154
BSG , Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 50/02 R -	RID 05-03-50
BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 28/03 R -	RID 05-03-51
BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 36/03 R -	RID 05-03-52
BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 38/03 R -	RID 05-03-53
BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 40/03 R -	RID 05-03-54
BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 42/03 R -	RID 05-03-55
BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 44/03 R -	RID 05-03-49
BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 71/03 R -	RID 05-03-64
BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 73/03 R -	RID 05-03-65
BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 83/03 R -	RID 05-03-66
BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 84/03 R -	RID 05-03-63
BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 4/04 R -	RID 05-03-56
BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 9/04 R -	RID 05-03-57
BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 12/04 R -	RID 05-03-58
BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 13/04 R -	RID 05-03-59
BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 29/04 R -	RID 05-03-60
BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 30/04 R -	RID 05-03-61
BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 39/04 R -	RID 05-03-62
BSG, Urt. v. 09.12.2004 - B 6 KA 40/04 R -	RID 05-03-67
BSG, Urt. v. 20.01.2005 - B 3 KR 9/03 R -	RID 05-03-135
BSG, Urt. v. 23.02.2005 - B 6 KA 45/03 R -	RID 05-03-68
BSG, Urt. v. 23.02.2005 - B 6 KA 55/03 R -	RID 05-03-69
BSG, Urt. v. 23.02.2005 - B 6 KA 69/03 R -	RID 05-03-75
BSG, Urt. v. 23.02.2005 - B 6 KA 70/03 R -	RID 05-03-74
BSG, Urt. v. 23.02.2005 - B 6 KA 79/03 R -	RID 05-03-73
BSG, Urt. v. 17.03.2005 - B 3 KR 11/04 R -	RID 05-03-134
BSG, Urt. v. 17.03.2005 - B 3 KR 2/05 R -	RID 05-03-136
BSG, Urt. v. 22.03.2005 - B 1 KR 11/03 R -	RID 05-03-132
BSG, Urt. v. 22.03.2005 - B 1 KR 3/04 R -	RID 05-03-133
BSG, Urt. v. 22.03.2005 - B 1 KR 22/04 R -	RID 05-03-137
BSG, Beschl. v. 27.04.2005 - B 6 KA 38/04 B -	RID 05-03-76
BSG, Urt. v. 27.04.2005 - B 6 KA 39/04 R -	RID 05-03-72
BSG, Beschl. v. 27.04.2005 - B 6 KA 46/04 B -	RID 05-03-70
BSG, Beschl. v. 27.04.2005 - B 6 KA 79/04 B -	RID 05-03-71
BVerfG , Beschl. v. 05.04.2004 – 1 BvR 774/02 -	RID 05-03-152
BVerfG, 2. Sen., 3. Ka., Beschl. v. 07.06.2005 – 2 BvR 1822/04 -	RID 05-03-151
BVerfG, 1. Sen., 3. Ka., Beschl. v. 13.07.2005 – 1 BvR 191/05 -	RID 05-03-141
LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 15.02.2005 - L 11 KR 4607/04 -	RID 05-01-105
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 05.04.2005 – L 11 KR 2161/04 –	RID 05-03-108
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 27.04.2005 – L 5 KA 1570/03 –	RID 05-03-22
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 30.04.2003 – L 5 KA 4280/02 –	RID 05-03-37
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 03.05.2005 - L 11 KR 1634/04 -	RID 05-03-112
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 03.05.2005 – L 11 KR 3740/04 –	RID 05-03-94
LSG Bayern , Beschl. v. 13.04.2004 – L 4 B 103/04 KR ER –	RID 05-03-82
LSG Bayern, Urt. v. 07.07.2004 – L 12 KA 40/03 –	RID 05-03-34
LSG Bayern, Beschl. v. 07.10.2004 – L 12 B 134/03 KA –	RID 05-03-48
LSG Bayern, Urt. v. 24.11.2004 – L 12 KA 269/04 –	RID 05-03-40
LSG Bayern, Urt. v. 08.12.2004 – L 4 KR 59/04 –	RID 05-03-106
LSG Bayern, Urt. v. 16.02.2005 – L 12 KA 173/02 –	RID 05-03-35
LSG Bayern, Urt. v. 24.02.2005 – L 4 KR 176/03 –	RID 05-03-85
LSG Bayern, Urt. v. 24.02.2005 – L 4 KR 102/04 –	RID 05-03-78
LSG Bayern, Urt. v. 02.03.2005 – L 12 KA 107/03 –	RID 05-03-30
LSG Bayern, Urt. v. 02.03.2005 – L 12 KA 355/04 –	RID 05-03-44
LSG Bayern, Urt. v. 09.03.2005 – L 3 KA 520/02 –	RID 05-03-32
LSG Bayern, Urt. v. 09.03.2005 – L 3 KA 5005/04 –	RID 05-03-27
LSG Bayern, Urt. v. 09.03.2005 – L 4 KN 10/03 KR –	RID 05-03-123
LSG Bayern, Urt. v. 09.03.2005 – L 4 KR 270/03 –	RID 05-03-115
LSG Bayern, Urt. v. 12.05.2005 – L 4 KR 43/02 –	RID 05-03-117
LSG Berlin , Urt. v. 20.10.2004 – L 7 KA 62/01 –	RID 05-03-31
LSG Berlin, Urt. v. 27.10.2004 – L 15 KR 105/00 –	RID 05-03-120
LSG Hamburg , Urt. v. 18.05.2005 – L 1 KR 151/03 –	RID 05-03-121
LSG Hamburg, Urt. v. 20.07.2005 – L 1 KR 59/04 –	RID 05-03-99
LSG Hessen , Beschl. v. 15.12.2004 – L 7 KA 412/03 ER –	RID 05-03-41
LSG Hessen, Urt. v. 10.03.2005 – L 8/14 KR 765/03 –	RID 05-03-100
LSG Hessen, Urt. v. 27.04.2005 – L 6/7 KA 610/03 –	RID 05-03-15
LSG Hessen, Urt. v. 19.05.2005 – L 8/14 KR 166/02 –	RID 05-03-79

LSG Hessen, Beschl. v. 14.07.2005 – L 4 KA 21/05 ER –	RID 05-03-26
LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 22.12.2004 – L 11 KA 23/01 –	RID 05-03-09
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 27.04.2005 – L 3 KA 17/01 –	RID 05-03-11
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 27.04.2005 – L 3 KA 177/03 –	RID 05-03-07
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 27.04.2005 – L 3 KA 373/03 –	RID 05-03-20
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 27.04.2005 – L 3 KA 515/03 –	RID 05-03-16
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 25.05.2005 – L 3 KA 60/03 –	RID 05-03-12
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 24.06.2005 – L 4 KR 147/03 –	RID 05-03-103
LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 19.01.2005 – L 10 KA 11/04 –	RID 05-03-08
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 26.01.2005 – L 11 KA 167/03 –	RID 05-03-19
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 16.02.2005 – L 11 KA 42/04 –	RID 05-03-25
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 11.03.2005 – L 11 (16) KR 38/04 –	RID 05-03-87
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 17.03.2005 – L 16 KR 110/03 –	RID 05-03-84
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 18.03.2004 – L 16 KR 138/02 –	RID 05-03-118
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 07.04.2005 – L 16 KR 159/04 –	RID 05-03-91
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 13.04.2005 – L 11 (16) KR 216/02 –	RID 05-03-83
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.04.2005 – L 2 KR 121/04 –	RID 05-03-88
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.04.2005 – L 5 KR 32/04 –	RID 05-03-96
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.04.2005 – L 5 KR 69/04 –	RID 05-03-128
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 27.04.2005 – L 11 (16) KR 181/02 –	RID 05-03-116
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.04.2005 – L 5 KR 105/04 –	RID 05-03-114
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 11.05.2005 – L 11 KA 130/03 –	RID 05-03-21
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 11.05.2005 – L 11 KA 5/04 –	RID 05-03-05
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 18.05.2005 – L 11 KA 97/03 –	RID 05-03-28
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 18.05.2005 – L 11 KA 93/04 –	RID 05-03-29
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 19.05.2005 – L 5 B 17/05 KR ER –	RID 05-03-126
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 26.05.2004 – S 11 SF 18/04 –	RID 05-03-47
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 15.06.2005 – L 5 B 18/05 KR –	RID 05-03-129
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 15.06.2005 – L 5 KR 141/04 –	RID 05-03-107
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 22.06.2005 – L 11 KA 28/05 –	RID 05-03-43
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.07.2005 – L 16 KR 164/03 –	RID 05-03-90
LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 18.07.2005 – L 16 B 182/04 KR ER –	RID 05-03-101
LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 24.02.2005 – L 1 KR 13/04 –	RID 05-03-77
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 03.03.2005 – L 5 KR 117/04 –	RID 05-03-109
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 07.04.2005 – L 5 KA 30/04 –	RID 05-03-02
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 07.04.2005 – L 5 KA 31/04 –	RID 05-03-17
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 07.04.2005 – L 5 KA 38/04 –	RID 05-03-03
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 07.04.2005 – L 5 KA 63/04 –	RID 05-03-36
LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 30.05.2005 – L 5 ER 17/05 KA –	RID 05-03-13
LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 28.06.2005 – L 5 ER 25/05 KA –	RID 05-03-24
LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 25.07.2005 – L 5 ER 57/05 KR –	RID 05-03-124
LSG Sachsen , Urt. v. 31.03.2004 – L 1 KA 4/01 –	RID 05-03-04
LSG Sachsen, Urt. v. 23.03.2005 – L 1 KR 24/04 –	RID 05-03-89
LSG Sachsen, Beschl. v. 26.05.2005 – L 1 B 31/05 KA-ER –	RID 05-03-38
LSG Sachsen-Anhalt , Urt. v. 19.01.2005 – L 4 KA 22/01 –	RID 05-03-14
LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 19.01.2005 – L 4 KA 7/04 –	RID 05-03-33
LSG Thüringen , Urt. v. 26.04.2004 – L 6 KR 276/02 –	RID 05-03-125
LSG Thüringen, Urt. v. 28.06.2004 – L 6 KR 696/01 –	RID 05-03-98
LSG Thüringen, Beschl. v. 07.03.2005 – L 6 KR 516/04 WA –	RID 05-03-131
LSG Thüringen, Beschl. v. 28.04.2005 – L 6 B 85/04 KR –	RID 05-03-130
LG München I , Urt. v. 18.02.2005 – 10 O 6103/03 –	RID 05-03-148
OLG Düsseldorf , Urt. v. 16.11.2004 – I-20 U 30/04 –	RID 05-03-142
OVG Niedersachsen , Beschl. v. 18.05.2005 – 8 OA 317/04 –	RID 05-03-157
OVG Sachsen , Beschl. v. 30.03.2005 – 4 B 710/04 –	RID 05-03-138
SG Aachen , Urt. v. 30.05.2005 – S 13 KN 11/05 KR –	RID 05-03-119
SG Aachen, Urt. v. 20.06.2005 – S 6 KR 150/04 –	RID 05-03-81
SG Augsburg , Urt. v. 16.03.2004 – S 10 KR 22/04 –	RID 05-03-92
SG Augsburg, Beschl. v. 02.06.2005 – S 12 KR 146/05 ER –	RID 05-03-80
SG Bayreuth , Urt. v. 13.04.2005 – S 9 KR 427/04 –	RID 05-03-110
SG Berlin , Urt. v. 11.02.2004 – S 79 KA 99/02 –	RID 05-03-23
SG Berlin, Urt. v. 12.04.2005 – S 81 KR 323/99 –	RID 05-03-97
SG Dresden , Urt. v. 19.05.2005 – S 18 KR 400/01 –	RID 05-03-95
SG Dresden, Urt. v. 02.06.2005 – S 18 KR 210/02 –	RID 05-03-102
SG Dresden, Urt. v. 30.06.2005 – S 18 KR 1380/04 –	RID 05-03-113
SG Düsseldorf , Urt. v. 23.06.2005 – S 8 KR 210/03 –	RID 05-03-111
SG Hamburg , Urt. v. 16.03.2005 – S 27 KA 299 u. 300 /02 –	RID 05-03-06
SG Hannover , Urt. v. 26.04.2005 – S 43 KA 18/05 ER –	RID 05-03-42
SG Hannover, Urt. v. 08.06.2005 – S 35 KA 56/05 –	RID 05-03-10
SG Hildesheim , Beschl. v. 04.05.2005 – S 20 KR 435/04 ER –	RID 05-03-86
SG Mainz , Urt. v. 20.04.2005 – S 2 KA 588/04 –	RID 05-03-45
SG München , Urt. v. 13.03.2005 – S 38 KA 1341/02 –	RID 05-03-18
SG München, Urt. v. 13.04.2005 – S 38 KA 535/04 –	RID 05-03-01
SG Regensburg , Urt. v. 11.02.2004 – S 2 KR 85/03 –	RID 05-03-104
SG Stade , Urt. v. 03.02.2005 – S 1 KR 156/01 –	RID 05-03-93
VG Lüneburg , Urt. v. 11.05.2005 – 5 A 33/04 –	RID 05-03-139
VG Lüneburg, Urt. v. 11.05.2005 – 5 A 196/03 –	RID 05-03-140
VG Stade , Urt. v. 28.04.2005 – 6 A 1090/03 –	RID 05-03-150
VG Stade, Urt. v. 15.06.2005 – 6 A 1266/03 –	RID 05-03-158
VGH Kassel , Urt. v. 30.06.2004 – 11 UE 4506/98 –	RID 05-03-143

ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT

Stand: 11.08.2005: Die Angaben „Aktenzeichen“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhänge 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 Termin: 22.06.2005	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 Termin: 22.06.2005	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 Termin: 22.06.2005	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
Jahresvergütungsobergrenze mit geringer Restquote (KZV Niedersachsen 1999)	24, 25, 26/05	Ist die Vorgabe von Budgets im Rahmen eines Honorarverteilungsmaßstabes, bei deren Überschreitung keine oder nur eine wirtschaftlich unbedeutende Restvergütung gewährt wird, nur dann mit dem Grundsatz der leistungsproportionalen Vergütung zu vereinbaren, wenn eine angemessene Korrelation zwischen dem abzudeckenden Versorgungsbedarf und der Budgetgröße besteht?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 27.10.2004 - L 3 KA 131/04, 44/04, 62/04 -	05-01-11
Radiologische Leistungen	79/04	Verstößt ein Honorarverteilungsmaßstab, der für radiologische Leistungen Honorarbegrenzungsregelungen vornimmt, gegen höherrangiges Recht?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 21.07.2004 - L 10 KA 5/02 -	05-01-06
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
Einheitlicher Honorartopf für Fachärzte	5/04 Termin: 22.06.2005	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

Trennung der haus- und fach-ärztlichen Vergütungsbereiche/ Bewertungsausschuss	29, 30/05	Verstößt die durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22.12.1999 eingeführte Verteilung der Gesamtvergütungen getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung sowie deren Umsetzung durch den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 16.2.2000 gegen höherrangiges Recht?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 07.04.2004 - L 5 KA 30, 38/04 -	05-03-02 u. 03 (S. 6)
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, 35/04	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 -	04-03-26 u. 27
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: Kieferorthopäden u. Allgemeinzahnärzte	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 werden?	LSG Sachsen-Anhalt , Urt. v. 20.10.2004 - L 4 KA 6/02 u. 7/02 -	05-02-08 05-02-09
Vergütungsausschluss verspätet eingereichter Abrechnungsscheine	19/04 Termin: 22.06.2005	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 Termin: 22.06.2005	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
Vergütung für ambulante Notfallbehandlungen	31/05	Ist es mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit vereinbar, wenn nur Notfallbehandlungen im organisierten Notfalldienst, nicht aber die ambulanten Notfallbehandlungen im Krankenhaus mit einem gestützten Punktwert vergütet werden?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 19.01.2005 – L 10 KA 11/04 –	05-03-08 (S. 7)

Korrektur eines Degressionsbescheides nach BSG-Urteil	27, 28/05	Sind bei einer rückwirkenden Änderung von Berechnungen der Punktwertdegression und einer damit verbundenen Honorarrückforderung (hier: 1994) die speziellen Vertrauensschutztatbestände des § 45 Abs 2 iVm Abs 4 SGB 10 heranzuziehen, wenn die für die Honorarberechnung maßgeblichen Vorschriften von einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung fehlerhaft gehandhabt worden sind?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 21.07.2004 - L 11 KA 29, 31/04 -	04-04-18 u. 19
Thematische Eingrenzung des Widerspruchs	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 Termin: 22.06.2005	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 Kassenzahnärztliche Vereinigung verpflichtet die Fallpunktzahl für das Teilbudget "Sonografieleistungen" nach Kap C Abschn VII EBM-Ä hinsichtlich der Schilddrüsensonografie 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 Abrechnung von Gesprächsleistungen einer geringen Patientenzahl gegenübersteht?	LSG Brandenburg , Urt. v. 25.08.2004 - L 5 KA 4/01 -	05-01-15

Laborreform '99

Laborarzt	2/04	Verstoßen die Einbeziehung der Auftragsleistungen in die Laborbudgets der überweisen- den 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 16, 17, 18, 19, 20/05 R	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 -; LSG Berlin, Urt. v. 03.11.2004 - L 7 KA 2/04, 257,258,259/03, 4/04	04-02-31 05-02-14 bis 18
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 Gebührenziffern ohne Berücksichtigung von Vertrauensschutz Gesichtspunkten berichtigen, wenn zuvor bereits hinsichtlich anderer Gebührenziffern ein Berichtigungsverfahren durchgeführt und abgeschlossen wurde?	LSG Bayern , Urt. v. 29.09.2004 - L 3 KA 506/03 -	05-02-20
Praxisgemeinschaft: Rechtsmissbräuchliche Fallzahl- erhöhung	76/04	Sind bei einer Praxisgemeinschaft, die früher als Gemeinschaftspraxis geführt wurde, erhöhte Anforderungen an die Vertragsärzte im Hinblick auf eine Hinweispflicht nach § 76 Abs 3 S 3 SGB 5 zu stellen und kann eine Kassenärztliche 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
Kinderchirurg: Ordinations- und Konsultationsgebühren	11/05	Ist ein Kinderchirurg hinsichtlich der Abrechnung bzw Vergütung der Ordinations- und Konsultationsgebühren nach Nrn 1 und 2 des EBM-Ä einem anderen Chirurgen gleichzustellen?	LSG Sachsen-Anhalt , Urt. v. 19.01.2005 - L 4 KA 22/01 -	05-03-14 (S. 12)
Verweilgebühr im Rettungsdienst (Nr. 40 EBM)	35/05	Kann ein im Notdienst tätiger Arzt für die Rückfahrt vom Krankenhaus zu seiner Privatwohnung nach Transportbegleitung des Notfallpatienten die Leistung nach Nr 40 EBM-' (vgl Nr 01440 EBM-Ä in der Ab 1.4.2005 geltenden Fassung) abrechnen?	LSG Hessen , Urt. v. 27.04.2005 - L 6/7 KA 610/03 -	05-03-15 (S. 13)
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
Nr. 689 EBM: Zuschlag für farbcodierte Duplex- Sonographie	32, 33/05	Ist der in Ziffer 689 EBM-Ä vorgesehene Zuschlag für die farbcodierte Durchführung von Duplex-Sonographien nach den Ziffern 668, 686 und 687 EBM-Ä für jede einzelne Sonographie auch dann zu gewähren, wenn mehrere dieser Untersuchungen am selben Tag durchgeführt werden?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 27.04.2005 - L 3 KA 515/03, 30/04 -	05-03-16 (S. 13) 05-02-22

Arztregister/Fachkunde/Notfalldienst/Genehmigung zur Künstlichen Befruchtung

Prüfungskompetenz einer KV bei Eintragung als Psychologischer Psychotherapeut	27/04	Beschränkt sich die Prüfungskompetenz einer Kassenärztlichen Vereinigung bei der Entscheidung über die Eintragung als Psychologischer Psychotherapeut sowie als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut in das Arztregister hinsichtlich der in § 12 PsychThG geregelten tatbestandlichen Voraussetzungen auf die Feststellung, ob die erforderlichen Fall- bzw Stundenzahlen erreicht sind?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 12.11.2003 - L 10 KA 76/02 -	04-02-50
Fachkundenachweis Psycholog. Psychotherapeut	10/04	Ist ein Psychologischer Psychotherapeut berechtigt, den für die Eintragung in das Arztregister erforderlichen Fachkundenachweis nachträglich zu erbringen?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 12.11.2003 - L 10 KA 82/02 -	04-01-47

	59/04	Ist eine Anrechnung der in § 12 Abs 4 S 3 PsychThG geforderten theoretischen Ausbildung nur dann möglich, wenn sie postgraduell durchgeführt worden ist?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 10.03.2004 - L 10 KA 35/03 -	04-03-21
	68/04	Ist eine Anrechnung der in § 12 Abs 3 und 4 PsychThG geforderten theoretischen Ausbildung nur insoweit möglich, als sie postgraduell durchgeführt worden ist?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 21.07.2004 - L 10 KA 42/03	04-04-37
Fachfremdheit nach Änderung der WBO (Dermatohistologie)	34/05	Darf ein Facharzt (hier: Dermatologe) Tätigkeiten, die Gegenstand einer in der Weiterbildungsordnung eigens ausgewiesenen Fachkunde sind, nur nach Erwerb dieser Fachkunde ausüben?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 27.04.2005 - L 3 KA 373/03 -	05-03-20 (S. 15)
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 -	05-03-23 (S. 16)

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
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 Gebiet vorsieht, oder genügt die Berücksichtigung als Praxisbesonderheit?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 13.10.2004 - L 11 KA 34, 35, 36, 37/03 -	05-01-51, 50, 52, 49
Prüfvereinbarung/Rechtsanwaltskosten	78/04	Kann in einer Prüfvereinbarung die Erstattung von Aufwendungen für die Zuziehung eines Rechtsanwalts im Abhilfeverfahren vor dem Prüfungsausschuss wirksam ausgeschlossen werden und ist die Hinzuziehung eines Bevollmächtigten bereits im Abhilfeverfahren der vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung regelmäßig notwendig?	SG für das Saarland , Urt. v. 06.10.2004 - S 2 KA 15/04 -	05-01-60

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?	LSG Berlin , Urt. v.25.02.2004 - L 7 KA 280/02, 23/03, 3/03, 25/03, 41/03 u. 9/03 Urt. v.03.03.2004 - L 7 KA 10/03, 278/02, 279/02, 44/03, 26/03, 28/03, 37/03, 49/03, 52/03 u. 4/03	04-04-43 u. 44
	65, 66/04	Ist die Richtgrößenvereinbarung für 1999 unwirksam, wenn die Vertragspartner die in Art 17 GKV-SolG vorgesehenen Fristen nicht eingehalten haben und eine Veröffentlichung im entsprechenden Ärzteblatt nicht stattgefunden hat?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 14.07.2004 - L 11 KA 4/04 u. 174/03	04-04-41 u. 42
Zulassung und Ermächtigung				
Rückwirkende Verlegung des Vertragsarztsitzes	7/05	Kann eine Verlegung des Vertragsarztsitzes nur mit Wirkung für die Zukunft genehmigt werden?	SG Düsseldorf , Urt. v. 15.12.2004 - S 14 KA 172/04 -	05-02-49
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?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 09.04.2003 - L 10 KA 43/02 -	03-04-57
Zulassung nach aufgehobener Sperre - "Windhundprinzip"	81/03 Termin: 23.02.2005	Ist der Antragseingang auch dann ein zulässiges Auswahlkriterium im Rahmen der Neuzulassung nach partieller Öffnung des gesperrten Planungsbereichs, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen dies in seinem Öffnungsbeschluss nicht ausdrücklich aufgenommen hat und hat derjenige zuerst einen Antrag gestellt, der als erster alle erforderlichen Unterlagen vorlegt?	LSG Thüringen , Urt. v. 26.02.2003 - L 4 KA 406/01 -	03-03-53
Gleichzeitige Teilnahme an der haus- und fachärztl. Versorgung (Allgemeinmediziner)	74/04	Hat ein Arzt für Allgemeinmedizin Anspruch darauf, dass ihm über den 31.12.2002 hinaus gestattet wurde, die fachärztlichen Leistungen nach den Nrn 4438 - 4445 EBM-Ä (Labor) zu erbringen? Verstößt die Regelung des § 73 Abs 1a SGB 5 gegen die Berufsfreiheit des Art 12 Abs 1 S 2 GG?	LSG Hessen , Urt. v. 26.05.2004 - L 7 KA 34/04 -	05-01-74
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?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 09.02.2005 - L 3 KA 253/02 -	05-02-45
Ermächtigung und Planungsbereich	15/05	Sind Zulassungsgremien befugt - ggf unter welchen Voraussetzungen - bzw gar verpflichtet, bei der Prüfung des Ermächtigungsantrages eines Krankenhausarztes in atypischen Fällen (hier: Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie, Stimm- und Sprachstörungen) auch das Leistungsangebot in benachbarten Planungsbereichen in ihre Beurteilung miteinzubeziehen? Dürfen die Zulassungsgremien die Ermächtigung eines über 55 Jahre alten Krankenhausarztes ablehnen?	LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 09.02.2005 - L 3 KA 290/03	05-02-44

Ermächtigung eines Kinderchirurgen	3/04	Ist die Beschränkung der Ermächtigung eines Krankenhausarztes (hier: Kinderchirurg) auf einen Katalog enumerativ aufgezählter Krankheitsbilder und auf das Erfordernis der Überweisung durch niedergelassene Gebietsärzte (hier: Allgemeinchirurgen) rechtmäßig?	SG Dortmund , Urt. v. 23.10.2003 - S 14 KA 208/01 -	04-02-92
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 , Gerichtsb. v. 21.12.2004 - S 1 KA 4638/03 -	05-02-58
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

Bundesausschuss

Befugnis für Therapiehinweis (Nr. 14 AMR)	13/05	Zur Rechtmäßigkeit eines Therapiehinweises nach Nr 14 der AMRL bezüglich eines Fertigarzneimittels aus dem Bereich der Thrombozyten-Aggregationskammer.	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 19.01.2005 - L 11 KA 103/03 -	05-02-61
---	-------	---	--	----------

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: 11.08.2005

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				
Uterus-Arterien-Embolisation/ Begrenzter Herstellungsanspruch	B 1 KR 5/05 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten für eine ambulant durchgeführte Uterus-Arterien Embolisation (UAE) zur Behandlung eines Myoms zu erstatten?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 20.01.2005 - L 5 KR 227/03	05-02-76
Interstitiellen Brachytherapie	B 1 KR 12/05 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten einer interstitiellen Brachytherapie mit Permanent- Seeds, die im Mai 2002 ambulant zur Behandlung eines Prostatakarzinoms durchgeführt wurde, zu erstatten?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , Urt. v. 24.02.2005 - L 1 KR 13/04 -	05-03-77 (S. 31)
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 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 Referti- lisierung 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 Kostenerstat- tungsanspruch für eine künstliche Befruchtung mit intrazytoplasmatischer Spermieninjek- tion (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 Anzüchtung und Lieferung von antologen Chondrozyten aus körpereigenem Gewebe die anlässlich einer stationär durchgeführten antologen Chondrozytentransplantation (ATC) vorgenommen wurde, zu erstatten, wenn der Versicherte sich gegenüber der Herstellerfirma vertraglich zur Kostentragung verpflichtet hat?	<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?	LSG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 27.05.2004 - L 1 KR 92/03 -	04-04-94
Kostenerstattung einer psycholog. Psychotherapie-Behandlung	B 1 KR 9/05 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten für eine psychotherapeutische Behandlung bei einem psychologischen Psychotherapeuten zu erstatten, wenn über dessen Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung noch nicht endgültig entschieden worden ist und eine Notfallsituation vorlag?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 10.02.2005 - L 16 KR 161/04 -	05-02-94
Kostenerstattungsanspruch für Behandlung im Ausland/Inland				
Deutscher aus Spanien in Deutschland	B 1 KR 2/04 R Termin: 05.07..2005	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 Termin: 05.07..2005	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
Sachleistungsanspruch eines EU-Residenten in Deutschland	B 1 KR 13/05 R	Hat eine bei einem deutschen Krankenversicherungsträger versicherte Rentnerin, die in einem anderen Mitgliedstaat (hier: Belgien) lebt und beim dortigen Krankenversicherungsträger eingeschrieben ist, während des vorübergehenden Aufenthalts in der Bundesrepublik Deutschland einen Anspruch auf Sachleistungen zu Lasten der deutschen Krankenversicherung?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 07.04.2005 - L 16 KR 159/04 -	05-03-91 (S. 36)
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
	B 1 KR 6/05 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten der Manualtherapien nach Dr Kozijavkin, die in der Ukraine ab 2000 - 2003 durchgeführt worden sind, zu erstatten?	SG Stade , Urt. v. 03.02.2005 - S 1 KR 156/01	05-03-93 (S. 37)
Arzneimittel				
Off-Label-Use: Tomudex („Ralitrexed“)	B 1 KR 7/05 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten für ein in der Bundesrepublik Deutschland nicht zugelassenes Arzneimittel (hier: Ralitrexed) zu erstatten, wenn der an Krebs erkrankte Versicherte die medikamentöse Chemotherapie mit einem zugelassenen Arzneimittel (hier: 5FU) aufgrund erheblicher Nebenwirkungen absetzen muss?	LSG Hamburg , Urt. v. 15.12.2004 - L 1 KR 95/04 -	05-02-110
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
Kein Arzneimittel für erektile Dysfunktion ab 2004	B 1 KR 10/05 R	Hat ein an erektiler Dysfunktion leidender Versicherter auch nach Inkrafttreten des GMG zum 1.1.2004 einen Anspruch auf Versorgung mit dem Arzneimittel "Caverject 20"? Verstoßen die Regelungen hinsichtlich des Versorgungsausschlusses von Arzneimitteln, die ua überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion dienen, gegen Verfassungsrecht?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 24.02.2005 - L 16 KR 313/04 -	05-02-117

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
	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
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 Termin: 05.07.2005	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
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
Zweisitziges Elektrofahrzeug	B 3 KR 12/05 R	Hat eine Gehbehinderte, nahezu erblindete Versicherte einen Anspruch auf Versorgung mit einem vom Ehemann zu steuernden zweisitzigen Elektrofahrzeug, obgleich sie und ihr ebenfalls gehbehinderter Ehemann jeweils über einen einsitzigen Rollstuhl verfügen?	LSG Hamburg, Urt. v. 22.09.2004 - L 1 KR 166/03 -	04-04-120
Wahlrecht zwischen Liegedreirad und Elektrorollstuhl	B 3 KR 16/05 R	Zum Wahlrecht einer an Enzephalomyelitis erkrankten Versicherten zwischen einem Liegedreirad und einem Elektrorollstuhl.	LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 15.02.2005 - L 11 KR 4607/04 -	
Objektivierbares ausreichendes Hörvermögen	B 3 KR 10/05 R	Hat ein Versicherter, der an einer hochgradigen Innenohrschwerhörigkeit leidet, einen Anspruch auf Kostenerstattung für ein volldigitales Hörgerät außerhalb der Festbetragsregelung?	LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 08.03.2005 - L 11 KR 1913/04 -	05-02-124
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

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
	B 3 KR 17/05 R	Handelt es sich bei der vertragsärztlich verordneten regelmäßigen Katheterisierung der Blase einer Versicherten, die Leistungen nach der Pflegestufe II erhält, um eine von der Krankenkasse zu tragende Maßnahme der Behandlungspflege?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 28.04.2005 - L 5 KR 228/03 -	
	B 3 KR 18/05 R	Handelt es sich bei der vertragsärztlich verordneten Einmalkatheterisierung der Blase bei einem Kind, das Leistungen nach der Pflegestufe I erhält, während des Kindergartenbesuchs an fünf Tagen in der Woche um eine von der Krankenkasse zu tragende Maßnahme der Behandlungspflege?	LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 28.04.2005 - L 5 KR 105/04 -	05-03-114 (S. 44)
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. 08.07.2004 - L 2 KN 76/04 KR -	04-04-127
An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen	B 3 KR 11/05 R	Hatte ein ambulanter Pflegedienst nach der im Jahre 2000 geltenden Vertragsbestimmungen einen Anspruch auf Zahlung jeweils einer Einzelvergütung für das morgendliche Anziehen und das abendliche Ausziehen von Kompressionsstrümpfen?	LSG Hessen , Urt. v. 03.03.2005 - L 1 KR 380/03 -	05-02-154
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

Sterbegeld				
	B 1 KR 2/05 T B 1 KR 3, 4/05 R	Besteht auch nach Inkrafttreten des GMG zum 1.1.2004 ein Anspruch auf Sterbegeld, wenn der Versicherte im Jahr 2004 verstirbt?	<i>SG Reutlingen</i> , Urt. v. 20.01.2005 - S 3 KR 3431/04 -; <i>SG Dresden</i> , Urt. v. 26.01.2005 - S 25 KR 1233, 1319/04 -;	05-02-140 05-02-138, 139
Krankenhauskosten				
Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit	B 3 KR 19/05 R	Besteht ein Anspruch auf fortdauernde Krankenhausbehandlung bei einer Alkoholerkrankung mit weiteren Gesundheitsstörungen, wenn keine konkrete Behandlungsalternative aufgezeigt wird und mangels Bestellung eines Betreuers keine wirksame Mitteilung über den Wegfall der Voraussetzungen für die weitere Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit an den Versicherten ergehen kann (Abweichung vom Urteil des BSG vom 13.5.2004 - B 3 KR 18/03 R = SozR 4-2500 § 39 Nr 2).	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 12.04.2005 - L 5 KR 37/04 -	
Psychiatrie-Patienten	B 1 KR 32/04 R Termin: 12.05.2005	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).	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 21.09.2004 - L 1 KR 58/03 -	05-01-165
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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , 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 Hüftgelenksoperation wegen cerebraler Verwirrheitszustände in ein anderes Krankenhaus verlegt wurde.	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 06.05.2004 - L 5 KR 197/03 -	04-03-151 vgl. Erratum 04-04
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?	<i>LSG Hessen</i> , Urt. v. 19.02.2004 - L 14 KR 848/01 -	04-03-157
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?	<i>SG Marburg</i> , Urt. v. 27.05.2004 - S 6 KR 902/02 -	04-03-153
Fallpauschale 16.02	B 3 KR 20/05 R	Kann die Fallpauschale 16.02 abgerechnet werden, wenn ein frühgeborenes Kind noch am Tag der Entbindung von der gynäkologischen in die pädiatrische Abteilung verlegt wird? Setzt die Hemmung bzw Unterbrechung der Verjährung durch Klageerhebung eine hinreichende Spezifizierung der eingeklagten Forderungen voraus?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 23.09.2004 - L 2 KR 13/04 -	05-01-168
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?	<i>LSG Thüringen</i> , Urt. v. 26.04.2004 - L 6 KR 276/02 -	05-03-125 (S. 49)
Apotheker: Apothekenrabatt 2002: Arzneimittelausgaben-BegrenzungsG	B 3 KR 34/04 R	Erfasste die durch Art 1 Nr 5 AABG vom 15.2.2002 eingeführte Rabatterhöhung in § 130 Abs 1 S 2 SGB 5 auch die Arzneimittellieferungen im Januar 2002?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 14.06.2004 - L 16 KR 297/03 -	04-03-116
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?	<i>LSG Sachsen-Anhalt</i> , 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.	<i>LSG Schleswig-Holstein</i> , Urt. v. 21.10.2003 - L 1 KR 10/03 -	04-02-192
	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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , 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?	<i>LSG Rheinland-Pfalz</i> , 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)	<i>BSG</i> , 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)	<i>SG Leipzig</i> , Vorlagebeschl. v. 28.03.2003 - S 8 KR 87/02 – RID 04-01-117