

Rechtsprechungsinformationsdienst 05-04

Editorische Hinweise	6
Redaktion	6
A. Vertragsarztrecht	7
I. Honorarverteilung	7
1. Honorartopf	7
a) Diagnostische Radiologen und Strahlentherapeuten	7
b) Honorarkontingent Nervenärzte/Neurologen ohne weitere Differenzierungen	8
2. Kein Anspruch auf Punktwert stützende Maßnahmen	8
3. Vergütung für Notfalleleistungen eines Krankenhauses	8
II. Sachlich-rechnerische Berichtigung und Gebührenrecht	9
1. Plausibilitätsprüfung: Unzureichende Dokumentation/Hochrechnung	9
2. Fehlerhafte Abrechnungs-Sammelerklärung	10
3. Leistungsbeschränkung bei Job-Sharing	10
4. Gynäkologe: Nrn. 100, 102 und 1188 EBM	11
5. Nr. 810, 811 EBM: EMD-Nadeln (Einmalartikel)	11
6. Nr. 1 EBM: Notfallbehandlungen als ein Behandlungsfall eines Krankenhauses	11
7. Zuständigkeit der KV für einen Sprechstundenbedarfsregress	12
8. Zahnärzte:	12
a) Garantiefunktion der Heil- und Kostenpläne	12
b) Nr. Ä 634 und Ä 175	12
c) Nr. Ä 169 und Ä 172	12
III. Arztregistereintragung/Fachkunde/Genehmigungen/Notdienst	13
1. Entzug einer Ultraschallgenehmigung nach Qualitätssicherungsmaßnahme	13
2. Entzug einer Mammographiegenehmigung	13
3. Vorbereitungsassistent	14
a) Mit Zahnheilkundeerlaubnis	14
b) Vorbereitungsassistent: Mindestumfang einer Teilzeitbeschäftigung	14
4. Genehmigung einer Zweigpraxis	15
5. Ausgelagerte Praxisräume in benachbartem Planungsbereich	15
6. Notfalldienst	16
a) Aufhebung einer Befreiung vom ärztlichen Bereitschaftsdienst	16
b) Beschränkung von Notfalldiensten durch Verwaltungsvorschriften	16
IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress/Schadensersatzanspruch	17
1. Wirtschaftlichkeitsprüfung in Gemeinschaftspraxis	17
2. Arzneikostenregress und Off-Label-Use	18
a) Verantwortung des verordnenden Arztes (Ilomedin)	18
b) Non liquet für indikationsgerechten Einsatz eines Medikaments	18
c) Kein Vertrauensschutz bei Beanstandung der Erstverordnung	19
d) Proleukin (Interleukin-2)	19
3. Dauermedikation mit Benzodiazepinen	19
4. Sprechstundenbedarf: Verordnung von Hyaluronidasen	20
5. Zahnärzte: Sprechstundenbedarf (quartalsübergreifende Verordnung)	20
V. Zulassungsrecht	20
1. Sonderbedarfszulassung: Psychotherapeuten und Kinder	21
2. Wirksamwerden einer Zulassungsbeschränkung	21

3. Altersgrenze von 68 Jahren:	22
a) Aufschiebende Wirkung/ EU-Recht	22
b) Einstellen der Tätigkeit trotz aufschiebender Wirkung	23
4. Ausschluss aus Gemeinschaftspraxis	23
5. Zulassungsentziehung	23
a) Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit	23
b) Zu geringe psychotherapeutische Tätigkeit	24
6. Ermächtigung	25
a) Ermächtigung für konsiliarische Beratungen	25
b) Histaminliberations- bzw. Freisetzungstests (HFT)	25
VI. Kollektiver Zulassungsverzicht: Unterlassungsanspruch/Anordnungsgrund	25
VII. KV Hessen: EHV und nichtärztliche Psychotherapeuten	26
VIII. Abschlagszahlungen nach Auslaufen des Gesamtvertrages	27
IX. Verfahrensrecht	28
1. Rechtsweg	28
a) BGH: Insolvenzverwalter und Honoraranspruch gegen KV	28
b) Streitigkeiten aus Verträgen nach § 76 VI SGB V	28
2. Mitglied des Beschwerdeausschusses als ehrenamtlicher Richter	29
3. Isolierte Kostengrundentscheidung unanfechtbar	29
X. Streitwert/Gegenstandswert	29
1. Honorarmehrforderungen (Beschränkung von Notdiensten)	29
2. Zulassungsentziehungsverfahren	30
3. Sonderbedarfszulassung: Einfacher Jahresumsatz	30
4. Weitere Streitwertfestsetzungen	30
a) Ausgelagerte Praxisräume in benachbartem Planungsbereich	30
b) Einstweiliges Anordnungsverfahren gegen Honorarberichtigungsbescheid	30
XI. Entscheidungen des BSG	31
1. Honorarverteilung	31
a) Einheitlicher Honorartopf für Fachärzte	31
b) Arztzahlveränderungsregelung für Honorartopfkontingente	31
c) Kein Anspruch auf "Nachverhandlung" der Gesamtvergütungshöhe	31
d) Strukturvertrag: Beschränkung der Fachgruppen (Endoskopie ohne Chirurgen)	31
e) Umfang der Klagebegründung u. teilweise Bestandskraft eines Honorarbescheids	32
f) Aufhebung bestandskräftiger Honorarbescheide	32
g) Zahnärzte – Abgesenkter Punktwert auch im Jahr 2000	32
2. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress	32
a) Stichprobenweise Einzelfallprüfung mit Hochrechnung	32
b) Einwendungen gegen Arzneikostenstatistik	33
3. Zulassung nach aufgehobener Sperre ("Windhundprinzip")	33
4. Unterlassungsanspruch gegen Meinungsäußerung	33
5. Gesamtvergütung	33
a) Schiedsspruch: Vorjahresvergütung/Festsetzung der Punktwerte	33
b) Degressionsfreie Punktmenge 1. Halbjahr 1997	34
6. Gegenstandswert in Zulassungssachen: 3-facher Jahreswert	34
a) 5-Jahres-Zeitraum für Altfälle/Aufgabe der Rspr. für Neufälle	34
b) Drei-Jahres-Zeitraum für Neufälle	34
c) Umsatzermittlung	35
7. Anhörungsrüge	35

B. Krankenversicherungsrecht	36
I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung	36
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	36
a) Therapie des Fibromyalgie-Syndroms mit Immunglobulinen	36
b) Interstitielle Brachytherapie mit permanenter Seed-Implantation	37
c) Offene Kernspintomographie	37
d) CHIVA-Methode für ambulante Operation der Krampfadern	37
e) Implantation einer permanenten Kontaktlinse	37
f) Laserinduzierte Thermotherapie (LITT)	38
g) Liposuktion (Fettabsaugung)	38
2. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen	38
3. Anspruch auf kieferorthop. Behandlung (§ 95b SGB V-Niedersachsen)	39
II. Kostenerstattungsanspruch	39
1. Kein Notfall bei implantologischen Leistungen	39
2. Abtretung eines Kostenerstattungsanspruchs an Behandler	40
3. Begrenzung des Kostenerstattungsanspruchs nach § 13 Abs. 2	40
III. Kosten für stationäre Behandlung	40
1. Weiterbehandlung in Privatklinik	40
2. Kostenerstattung: Nicht zugelassenes Krankenhaus	41
IV. Arzneimittel	41
1. Off-Label-Use: Biocarn (L-Carnitin) bei Post-Polio-Syndrom	41
2. Zulassungsfreies Rezepturarzneimittel (Dronabinol)	42
3. Lorenzo's Öl	42
4. Potenzmittel "Caverject"	43
V. Heilmittel	43
1. Petö-Methode	43
2. Krankengymnastik ohne Einhaltung eines therapiefreien Intervalls	44
3. Legastheniebehandlung	44
VI. Hilfsmittel	44
1. Schwimm- oder Badeprothese	44
2. Rollstuhl für Wachkomapatienten in vollstationärem Pflegeheim	46
3. Selbstfahrrollstuhl: Fehlendes Fortbewegungskönnen	46
4. Elektrorollstuhl zum Aufrichten (sog. LEVO-Combi)	46
5. Hilfsmittel zur PKW-Benutzung	47
a) Umbau eines Kraftfahrzeuges zum Transport eines Kindes	47
b) Autosicherheitssitz mit Hebemechanik für Arztbesuche	47
c) Kein Schwenkbarer Autositz für übliche Arztbesuche	47
d) Behindertengerechte PKW-Ausstattung (Ehrenämter/Freizeitbeschäftigung)	48
e) Rückhaltesystem für Behindertentransport bei Versorgung für Nahbereich	48
6. Bildschirmlesegerät	48
7. Behinderung nach Verlust eines Teils des Ringfingers (Fingerepithese)	49
8. Orthopädische Maßschuhe	49
a) Rehabilitationsträger	49
b) Überprüfung trotz vertragsärztlicher Verordnung	50
9. Motorbewegungsschiene CPM/Kostenerstattungsanspruch	50
10. Festbetragsfestsetzung für Hörgeräte	50
a) Volle Kostenerstattung bei unzureichender Versorgung	50
b) Geltung der Festbeträge/Mutwillenskosten	51
11. Schwerhörigentelefon	51

12. Perücke: Asiatisches oder europäisches Echthaar	52
13. Mini-Mum Therapieliege	52
VII. Häusliche Krankenpflege	53
1. Abgrenzung Grund- und Behandlungspflege	53
a) Einmalkatheterisierung	53
aa) Krankenpflege-RL ohne Ermächtigungsgrundlage (Schulbesuch)	53
bb) Ausschluss nach Krankenpflege-RL (Werkstatt für Behinderte)	54
b) Überlappung Behandlung-/Grundpflege: Keine anteilige Honorarskürzung	54
c) Mitwirkung der Ehefrau	54
2. Unzumutbare Hilfe durch Haushaltsangehörige	55
3. Sachleistungsanspruch und Geeignetheit selbstbeschaffter Pflegekraft	55
VIII. Fahrkosten zur Methadon-Behandlung	56
IX. Zuzahlungen/Sterbegeld	56
1. Praxisgebühr	56
a) Keine Mahnkosten für KV/Überweisungsschein	56
b) Keine Prozessstandschaft für KV/Portokosten	57
2. Zuzahlungsbefreiung: Gesamteinkommen der Familie	57
3. Zuzahlungsbefreiung für das Jahr 2004/Sterbegeld	57
X. Beziehungen zu Leistungserbringern	58
1. Beziehungen zu Krankenhäusern: Krankenhauskosten	58
a) Nichteinhaltung des vereinbarten Verfahrens durch Krankenkasse	59
b) Abgrenzung stationär/ambulant bei Notfallaufnahme	59
c) Zinsanspruch des Krankenhausträgers	60
2. Apotheker	60
a) Vergütungsanspruch bei Verstoß gegen Arzneimittellieferungsvertrag	60
b) Keine Vergütung "verfristeter" Verordnungen	61
3. Heilmittelerbringer: Vergütung der Mehrwertsteuer	61
4. Aufnahme von Produkten in das Hilfsmittelverzeichnis (VACOPED)	61
5. Altes Recht für erst 2004 ausgelieferte Brillen	62
6. Blindenführhundschiule: Vertrag mit Krankenkasse	62
7. Hebammenleistungen	63
a) Keine Akupunktur durch Hebamme	63
b) Schwangerenschwimmen und Akupunktur	63
8. Sondennahrung: Kürzung der Kostenvoranschläge	63
XI. Rechtsbeziehungen zw. Krankenkassen/Aufsichtsbehörden	64
1. Risikostrukturausgleich	64
a) Jahresausgleich für 1997	64
b) Datenerhebung	64
2. Schadensersatz gegen Landesverband aus pVV	64
3. Umlagebescheide des Bundesverbandes der BKKen	65
XII. Verfahrensrecht	65
1. BGH: Rechtsweg bei Ansprüchen eines Pflegedienstes nach Insolvenz	65
2. Fehlende Sachverhaltsermittlung und Aufhebung (§ 131 V SGG)	65
3. Ärztliche Feststellungsklage gegen Krankenkasse (Kostenerstattungsbasis)	66
XIII. Entscheidungen des BSG	66
1. Vertragsärztliche Behandlung	66
a) Leistungen zur künstlichen Befruchtung nach Sterilisation	66
b) Leistungen zur künstlichen Befruchtung nur für Ehepaare	67
2. Anspruch im Inland bei Wohnsitz im EU-Ausland	67

3. Methode Dr. Kozijavkin	67
4. Arzneimittel: Viagra	67
5. Grund- und Behandlungspflege	68
a) Reichweite der HKP-RL (Geh- und Stehübungen)	68
b) Hilfeleistung bei Verrichtungen der Grundpflege: Medikamentengabe	68
6. Krankenhausbehandlung	68
a) Langzeitbehandlung bei psychischer Erkrankung	68
b) Sachverständigengutachten/Fallpauschale	69
c) Fallpauschale 16.02 - Belegungstag	69
d) Vierjährige Verjährungsfrist	69
C. Entscheidungen anderer Gerichte	70
I. Ärztliches Berufsrecht	70
1. Berufsrecht	70
a) BVerfG: Approbation als Psychologischer Psychotherapeut	70
b) Außerberufliches Fehlverhalten	70
c) Autofahren in alkoholisiertem Zustand während des Notdienstes	70
d) Reduzierter Kammerbeitrag bei Teilzeitarbeit	70
e) Pflichtmitgliedschaft in Psychotherapeutenkammer: Forensische Psychologin	70
f) Altersversorgungswerk: Rechtmäßigkeit fehlender Rentenanpassung 2004	71
g) Unzulässige Bezeichnung "Zahnarzt für Implantologie"	71
2. Zivilrechtliches Arztrecht	72
a) BGH: Auslegung eines Vertrages über eine zahnärztl. Praxisgemeinschaft	72
b) Verpflichtung zur Ausschreibung des Vertragsarztsitzes	72
c) Prüffähige Rechnung für vertragszahnärztliche Leistungen	72
d) "Übliche Vergütung" für zahntechnische Laborleistungen	72
3. Amtshaftung einer KV bei rechtswidrigem Eingriff in Zulassungsstatus	73
4. Betrug: Persönliche Erbringung zytologischer Leistungen	73
II. Arzthaftung	73
1. Organhaftung bei einer ärztlichen Gemeinschaftspraxis	73
2. Hausarzt: Dokumentationspflicht bei Verweigerung dringender Untersuchung	74
3. Aufklärung über die Alternative einer operativen Therapie	74
4. Krankenhausoperator und Aufklärung über Krebsvorsorge	74
5. Schmerzensgeld bei Verkennung eines drohenden Herzinfarkts	75
III. Wettbewerbsrecht/Unterlassungsanspruch	75
1. BGH: Kein ärztlicher Hinweis auf Sanitätshaus	75
2. Zahnarztwerbung mit Kussmund als „Eyecatcher“	75
3. Diät- und Ernährungsberatung in Arztpraxisräumen	75
4. Irreführende Werbung für gesetzlich vorgegebene Beitragssenkung	76
5. Unterlassungsklage: Praxisgebühr zur Sanierung der kranken Kassen	76
IV. Private Krankenversicherung/Beihilfe	76
1. BGH: Künstliche Befruchtung und Anspruch auf zweites Kind	76
2. Beihilfefähigkeit von ärztl. verordneten Aminosäuremischungen	77
3. Petö-Methode als Heilbehandlung nach Beihilferecht	77
4. Beihilfe: Abzug der Praxisgebühr/Eigenanteil für Medikamente	77
V. Arzneimittel	78
1. BGH: Inverkehrbringen/Bewerben von Arzneimitteln ohne Zulassung	78
2. BVerwG: Abgabe über Außenschalter einer Apotheke	78

VI. Verschiedenes	78
1. EUGH	78
a) Gültigkeit der Richtlinie über Nahrungsergänzungsmittel	78
b) Französisches Einfuhrgenehmigungsverfahren für Arzneimittel	78
2. Weitere Entscheidungen des BVerfG	79
a) Risikostrukturausgleich verfassungsgemäß	79
b) Beitragssatzsicherungsgesetz mit GG vereinbar/RechtsVO durch Gesetzgeber	79
c) Änderung einer Verordnung durch Gesetz und Art. 100 GG-Vorlage	80
3. BGH: Verweigerung der Einstellung der künstlichen Ernährung durch Pflegeheim	80
4. Steuerrecht	81
a) BFH: Keine Umsatzsteuerfreiheit von Supervisionsleistungen	81
b) BFH: Abgrenzung Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft	81
c) Mitunternehmerstellung in Gemeinschaftspraxis (Nullbeteiligung)	81
d) Fünftel-Regelung für Honorarnachzahlung der KV (Psychotherapeuten)	82
e) BFH: Oecotrophologe als Heilberuf i.S. des § 4 Nr. 14 UStG	82
5. Geschäftsführer in einer GmbH nicht "freischaffender" Architekt	83
 <i>Verzeichnis der Entscheidungen</i>	 83
 <i>Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht</i>	 86
<i>Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung (Leistungsrecht)</i>	91
<i>Anhang III: Beim BVerfG anhängige Verfahren aus dem Bereich der GKV</i>	95

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

e-mail: pawlita@web.de; Telefon: 0641/201 776; Telefax: 0641/250 2801.

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 (e-mail: 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 05-03) sind über die **homepage** der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.** verfügbar: **www.dg-kassenarztrecht.de**.

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

A. VERTRAGSARZTRECHT

I. HONORARVERTEILUNG

Nach **BSG**, Urt. v. 31.08.2005 - B 6 KA 6/04 R – kann die Höhe der zur Verteilung an Vertragsärzte zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung nach § 85 SGB V im Verfahren zwischen einem Vertragsarzt und der KV nicht gerichtlich überprüft werden; zur Zulässigkeit eines **Honorartopfs** für alle **fachärztlich** erbrachten Leistungen s. **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 – SozR 4-2500 § 87 Nr 9; nach **BSG**, Urt. v. 31.08.2005 - B 6 KA 34, 35 u. 38/04 R – erfüllt auch ein ermächtigter Arzt für Laboratoriumsmedizin alle Merkmale der Leistungsposition **Nr. 3454 EBM** und ist ein anders lautender Interpretationsbeschluss des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses unzulässig; **BSG**, Urt. v. 09.12.2004 – B 6 KA 44/03 R - BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr 2 = MedR 2005, 535 = 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) kann eine materielle **Ausschlussfrist** hinsichtlich **verspätet eingereichter Abrechnungen** mit der Folge der Nichtvergütung unwirksam sein; verspätet eingereichte Abrechnungen wegen der **Nachreichung von Krankenschein** bzw. Chipkarte sind zulässig; ein Ausschluss im HVM 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. HONORARTOPF

A) DIAGNOSTISCHE RADIOLOGEN UND STRAHLENTHERAPEUTEN

LSG Bayern, Urt. v. 08.06.2005 – **L 12 KA 120/02** – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-01

Honorarfonds, Honorartopf, Radiologe, diagnostische Radiologie, Strahlentherapie
SGB V § 85 IV

Die Aufteilung eines Honorarfonds in arztgruppenspezifische Honorarfonds, u. a. mit einem **Honorarfonds "Radiologen"**, der einer Arztgruppe zugeordnet ist, die aus den Radiologen, der diagnostischen Radiologie und der Strahlentherapie gebildet wurde (Quartale II bis IV/99), wobei die Anteile an der Gesamtvergütung für die Honorarfonds in der Weise berechnet wurden, dass für jede Arztgruppe deren Anteil in Prozent an der Summe der in den Kalenderjahren 1996 und 1997 verteilten Gesamtvergütung ermittelt wurde (bereinigt um vorab befriedigte Honorarfonds), ist nicht zu beanstanden.

Die **Zusammenfassung** der diagnostisch tätigen **Radiologen** einerseits und der **Strahlentherapeuten** andererseits in einem gemeinsamen Honorarkontingent ist zulässig. Das ergibt sich nicht nur aus der Verwandtschaft der Fachgebiete, die auf der Anwendung von ionisierender Strahlung beruhen, sondern auch daraus, dass die Strahlentherapie vielfach von Radiologen und insbesondere radiologischen Gemeinschaftspraxen erbracht wird, die auch diagnostische Leistungen erbringen und umgekehrt.

Eine Umstellung der Referenzquartale für die Honorarfonds vom Quartal IV/96 auf den auf den Durchschnitt der Jahre 1996 und 1997 ist zulässig.

SG München, Urt. v. 17.04.2002 – S 43 KA 9015/00 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

B) HONORARKONTINGENT NERVENÄRZTE/NEUROLOGEN OHNE WEITERE DIFFERENZIERUNGEN

SG Hamburg, Urt. v. 30.03.2005 – S 3 KA 288/02 –

RID 05-04-02

Honorartopf, Honorarkontingent, Nervenarzt, Neurologe, Budget, budgetiert
SGB V § 85 IV

In einem nach Fachgruppen untergliederten HVM können in einem gruppenspezifischen Honorarkontingent Nervenärzte/Neurologen ohne weitere Differenzierungen zusammengefasst werden; dies gilt insb. dann, wenn innerhalb der budgetierten Gruppen Nervenärzte/Neurologen von Psychiatern getrennt wurden und über die Zuordnung zu den nichtbudgetierten Gruppen darüber hinaus die Kinder- und Jugendpsychiatrie wie auch die genehmigungspflichtige Psycho- und Verhaltenstherapie getrennt wurden.

SG Hamburg wies die auf Neubescheidung (I/99) gerichtete Klage ab.

2. KEIN ANSPRUCH AUF PUNKTWERT STÜTZENDE MAßNAHMEN

LSG Hamburg, Urt. v. 09.08.2005 – L 2 B 173/05 ER KA –

RID 05-04-03

Radiologe, Punktwert, Punktwertstützung, Regelleistungsvolumen
SGB V § 85 IV

Auch bei einem Abfall des durchschnittlichen arztspezifischen Punktwerts von 3,09 Cent (Quartal II/04) auf 1,84 Cent (III/04) hat ein Radiologe keinen Anspruch darauf, dass die KV verpflichtet wird, Punktwert stützende Maßnahmen in Form von zuvor geltenden Regelleistungsvolumina fortzuführen oder den Punktwert auf den Durchschnittspunktwert der Fachärzte minus 15% zu stützen und künftig Regelleistungsvolumina nach den Vorgaben des Beschlusses des Bewertungsausschusses anzuwenden.

SG Hamburg, Beschl. v. 30.05.2005 – S 27 KA 82/05 ER – wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

3. VERGÜTUNG FÜR NOTFALLEISTUNGEN EINES KRANKENHAUSES

SG Hamburg, Urt. v. 13.07.2005 – S 3 KA 187/04 –

RID 05-04-04

Krankenhausträger, Notfalleistung, Notfalldienst, Notfall, Krankenhaus
SGB V §§ 75 I 2, 120 I

Ein **Krankenhausträger** hat für ambulant erbrachte Notfalleistungen grundsätzlich einen Vergütungsanspruch aus der Gesamtvergütung nach den **für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen** (vgl. BSG, Urt. v. 13.03.2002 - B 6 KA 4/01 R - SozR 3-2500 § 120 Nr. 12 = NZS 2003, 89).

Ein HVM kann vorsehen, dass aus dem hausärztlichen Anteil der Gesamtvergütungen, die auf den hausärztlichen Bereich entfallen, ambulante ärztliche Leistungen von Krankenhäusern in Notfällen mit **90%** des durchschnittlichen **hausärztlichen Quartalspunktwertes** des Vorquartals vorab berücksichtigt werden. Dies entspricht einer Vergütung nach den vertragsärztlichen Grundsätzen. Es besteht kein Anspruch mit den über die Gesamtverträge durch einen festen Punktwert privilegierten organisierten Notfallpraxen einer KV.

Eine KV ist grundsätzlich berechtigt, auch von den lediglich wegen der ambulanten Notfallbehandlungen in Kontakt mit ihr stehenden Krankenhäusern eines Verwaltungskostenpauschale zu erheben (vgl. BSG, Urt. v. 24.09.2003 - B 6 KA 4/01 R - SozR 4-2500 § 75 Nr. 2).

Das *SG* wies die Klage ab.

II. 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 i.V.m. 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 – SozR 4-5533 Nr 653 Nr 1 (Nr. 653 EBM); v. 08.09.2004 - B 6 KA 37/03 R u. B 6 KA 46/03 - SozR 4-5533 Nr 273 Nr 1 (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 – BSGE 93, 170 = SozR 4-2500 § 95 Nr 8 (Neurologe und dopplersonographische Untersuchungen der Arteria subclavia).

Nach **BSG**, Urt. v. 28.09.2005 – B 6 KA 14/04 R – kann trotz bestehender **Assistentengenehmigung** eine sachlich-rechnerische Richtigstellung wegen **übergroßen Umfangs** einer Praxis erfolgen.

1. PLAUSIBILITÄTSPRÜFUNG: UNZUREICHENDE DOKUMENTATION/HOCHRECHNUNG

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 22.06.2005 – L 11 KA 83/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-05

Plausibilitätsprüfung, Abrechnung, Dokumentation

SGB V §§ 85 IV, 106

Plausibilitätsprüfungen dienen der Aufdeckung von Abrechnungsfehlern und unwirtschaftlicher Leistungserbringung, sind aber kein eigenständiges Verfahren der Honorarkürzung wie sachlich rechnerische Berichtigung und Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die KV darf das Honorar eines Arztes nur kürzen, wenn er falsch abgerechnet hat. Eine vom Arzt zu widerlegende Vermutung, eine als implausibel gewertete Abrechnung sei falsch, darf gesamtvertraglich nicht wirksam vereinbart werden (**BSG**, Urt. v. 08.03.2000 - B 6 KA 16/99 R – BSGE 86, 30 = SozR 3-2500 § 83 Nr. 1 = NZS 2001, 213).

Der Auffassung der Vorinstanz, eine unzureichende **Dokumentation** bzw. eine nach der Dokumentation nicht nachvollziehbare Leistungserbringung rechtfertige nicht generell die Streichung der abgerechneten ärztlichen Leistung, sondern nur dann, wenn die Dokumentation zum ausdrücklichen Leistungsinhalt gehöre wie z. B. bei den Nrn. 60 oder 850 EBM, ist zutreffend.

Eine **Begründung für die Implausibilität** einer Abrechnung muss erkennen lassen, nach welcher Methode die geprüften Fälle **hochgerechnet** auf die gesamten Quartale werden. Die geprüften Fälle dürfen für sich genommen zahlenmäßig nicht zu gering (hier. 11 Fälle in 2 von insgesamt 14 Quartalen) sein, um das getroffene Ergebnis zu stützen. Eine Hochrechnung auf alle Fälle der streitigen Quartale ist auch nicht rechtmäßig, denn es gibt keinen Erfahrungsgrundsatz des Inhalts, dass eine in bestimmten Fällen implausibel abgerechnete Leistung damit automatisch auch in allen anderen Fällen nicht plausibel ist.

Dem kl. Internisten wurde von der bekl. KV in einem Plausibilitätsprüfungsverfahren, in dem mit ihm 10 Behandlungsfälle aus II/99 sowie ein Behandlungsfall aus I/99 besprochen wurden, vorgeworfen, die Erbringung der Leistungen nach den Nrn. 10, 11, 17, 19, 21, 60, 850 und 851 EBM sei aus der Dokumentation nicht ableitbar und damit sei davon auszugehen, dass diese Leistungen nicht vollständig erbracht worden seien. Auch hätte anstelle der Nr. 667 aufgrund der Dokumentation lediglich die Nr. 666 EBM, anstelle der Nebeneinanderberechnung 603 und 604 EBM wegen der fehlerhaften Erbringung der Nr. 604 lediglich die Nr. 603 abgerechnet werden dürfen. Daraufhin hob die Bekl. die Honorarbescheide für die Quartale I/96 bis II/99 auf und forderte einen Betrag von insgesamt 294.043,12 DM zurück. **SG Düsseldorf**, Urt. v. 21.04.2004 – S 33 (17) KA 316/01 – gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung der Bekl., beschränkt auf die Quartale I u. II/99, zurück.

Zur Honorarrückforderung aufgrund von Plausibilitätsprüfungen (Zeit-/Quartalsprofile) vgl. zuletzt **LSG Bayern**, Urt. v. 31.03.2004 – L 12 KA 79/03 - RID 04-04-17; **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 11.02.2004 – L 11 KA 72/03 - RID 04-02-33; zur Berücksichtigung von Weiterbildungsassistenten bei einer Plausibilitätsprüfung s. **SG München**, Urt. v. 08.11.2001 - S 43 KA 2819/99 – RID 02-01-20.

2. FEHLERHAFTE ABRECHNUNGS-SAMMELERKLÄRUNG

LSG Hamburg, Beschl. v. 11.07.2005 – L 2 KA 1/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-06

Abrechnungs-Sammelerklärung, Patientenunterlage,

SGB V § 85 IV; § 8 II HVM Hamburg

Eine Abrechnungs-Sammelerklärung ist fehlerhaft, wenn hinsichtlich der geltend gemachten Vergütung für Kopien und Porto die jeweiligen Beträge nicht ermittelt, sondern nur grob geschätzt wurden und die Patientenunterlagen die erbrachten Leistungen völlig unzureichend dokumentieren, wenn aus ihnen nicht (nicht einmal in Form handschriftlicher Kurznotiz) ersichtlich ist, welche Leistungen wann erbracht wurden.

Die KV beanstandete die Abrechnung der Quartale I/99, III/00 und IV/00 d. Kl., eines Psychologischen Psychotherapeuten. Er habe in mehreren Fällen nebeneinander jeweils an einem Behandlungstag Leistungen nach den Nrn. 860 und 861 EBM sowie mehrfach am selben Tage Gesprächsleistungen gegenüber jeweils einem Patienten nach Nr. 870 EBM abgerechnet. Sie minderte die Honorarforderung um 2.200 Punkte. Der Kl. legte Widerspruch ein. Wegen weiterer Auffälligkeiten in der Abrechnung (stereotype Abrechnung eines bestimmten Blockes von EBM-Leistungen; Diagnostik, die in keinem Fall in eine genehmigungspflichtige Therapie mündete) fand ein Gespräch statt und prüfte die Bekl. verschiedene Unterlagen. Mit weiterem Bescheid stellte die Bekl. die Abrechnung der Quartale I/99, III/00 und IV/00 insoweit richtig, dass sie alle Leistungen bis auf die Ordinationsgebühren von der Abrechnung ausnahm; wenn die Sammelerklärung zumindest grob fahrlässig falsch abgegeben worden sei, müsse die Leistungserbringung im Einzelnen konkret nachgewiesen werden. *SG Hamburg*, Urt. v. 26.11.2003 – S 27 KA 2/02 u.a. – RID 04-01-30 wies die Klage ab, weil es sich um stereotypische fehlerhafte Abrechnungen handele, die offensichtlich nicht auf einem bloßen Versehen beruhten, sondern auf grob fahrlässigem Handeln; damit entfalle die Garantiefunktion der Abrechnungs-Sammelerklärungen. Das *LSG* wies die Berufung zurück.

3. LEISTUNGSBESCHRÄNKUNG BEI JOB-SHARING

SG Marburg, Beschl. v. 17.10.2005 – S 12 KA 783/05 ER -
Beschwerde erhoben

RID 05-04-07

Job-Sharing, Leistungsumfang, Honorarberichtigung, Angestellte-Ärzte-Richtlinien

SGB V §§ 85 I, IIa, 95 IX, 101 I Satz 1 Nr. 5; Ärzte-ZV § 32b; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Leitsätze:

Eine **KV** ist bei der Festsetzung des Honoraranspruchs an eine bestandskräftige Beschränkung des Leistungsumfangs durch die **Entscheidung des Zulassungsausschusses** aufgrund eines sog. Job-Sharings **gebunden**. Überschreitet die Abrechnung den festgesetzten Leistungsumfang, so kann eine **Honorarberichtigung** erfolgen.

Die auf der Grundlage der §§ 95 IX, 101 I 1 Nr. 5 SGB V ergangene Angestellte-Ärzte-Richtlinien unterscheidet nicht nach der **Art der Leistung** bei der Berechnung des Punktezahlvolumens. Änderungen der Versorgungslage sind beim Zulassungsausschuss geltend zu machen.

Etwaigen Besonderheiten einer Vertragsarztpraxis tragen die Angestellte-Ärzte-Richtlinien mit der Möglichkeit einer **Erweiterung des Praxisumfanges** auf Antrag hinreichend Rechnung.

Der Ast., einer Ärztin für Allgemeinmedizin, wurde im Mai 2003 die Beschäftigung einer halbtagsangestellten Ärztin gem. § 101 I 1 Nr. 5 SGB V i.V.m. § 32b Ärzte-ZV genehmigt. Im Beschluss des Zulassungsausschusses wurde der Praxisumfang nach den Richtlinien über die Beschäftigung von angestellten Praxisärzten in der Vertragsarztpraxis festgelegt. Der Beschluss wurde bestandskräftig. Im Januar 2005 nahm die KV eine sachlich-rechnerische Honorarberichtigung wegen Überschreitung des Praxisumfanges vor und forderte Honorar in Höhe von 30.080,84 € zurück. Der Widerspruch blieb erfolglos. Über die Klage (Az: S 12 KA 637/05) wurde noch nicht entschieden. Mit dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung begehrte die Antragstellerin die Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage gegen den Honorarrückforderungsbescheid. Sie trug u. a. vor, sie unterhalte in erster Linie eine überwiegend allgemeinärztlich orientierte Praxis und substituiere zusätzlich auch Opiatabhängige. Die Honorierung habe für diese beiden Bereiche nach dem Willen des Gesetzgebers unterschiedlich (§ 85 I, IIa SGB V) zu erfolgen. Die Leistungsbeschränkung erfasse die Methadonsubstitution nicht. Das *SG* wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab. Zum Streitwert s. unter A X 4 b.

4. GYNÄKOLOGE: NRN. 100, 102 UND 1188 EBM

LSG Bayern, Urt. v. 20.04.2005 – L 12 KA 213/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-08

Revision anhängig: B 6 KA 38/05 R

Gynäkologe, Schwangerschaft, Schwangere, Reproduktionsmedizin

SGB V §§ BMÄ/E-GO Nr. 100, 1188

Ein hinreichend sicherer Nachweis einer Schwangerschaft im Sinne der Nr. 100 BMÄ/E-GO liegt bereits dann vor, wenn die Messung des Beta-HCG-Wertes (human-chorionic-gonadotropine) einen Beta-HCG-Wert von über 10 mI.E./ml ergibt, was als Nachweis der Einnistung der befruchteten Eizelle anzusehen ist.

Es ist nicht zu beanstanden, wenn die quartalsbezogene Komplexziffer 100 EBM zu Beginn des Abrechnungszeitraumes angesetzt wird, wenn aus den Abrechnungsunterlagen hervorgeht, dass der Leistungsinhalt innerhalb des Quartalszeitraumes erbracht wird.

D. Kl., ein Gynäkologe, der auch reproduktionsmed. Leistungen erbrachte, und ein Allgemeinmediziner in Gemeinschaftspraxis, wandten sich gegen einen Richtigstellungsbescheid (III/98), mit dem die Bekl. u.a. in drei Fällen den Ansatz der **Nr. 100 EBM** und **Nr. 102 EBM** absetzte, weil diese in engem zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung **Nr. 1188 EBM** nicht berechnungsfähig seien, da der Leistungsinhalt der Nrn. 100, 102 EBM als nicht erfüllt anzusehen sei. *SG München*, Urt. v. 14.01.2003 – S 42 KA 2503/99 – hob die Absetzung der Nrn. 100, 102 EBM auf und verpflichtete insoweit zur Nachvergütung. Das *LSG* ließ mit Beschl. v. 11.02.2004 die Berufung zu und wies dann die Berufung der Bekl. zurück. Zur **Revisionszulassung** führt der Senat aus, zum einen spiele die Frage, ab wann von einer Schwangerschaft im Sinne der Nr. 100 EBM a.F. und der Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung ("Mutterschafts-Richtlinien") auszugehen sei und deshalb die Nr. 100 EBM a.F. erbracht und abgerechnet werden könne, nach Angaben der Beklagten noch für eine Vielzahl von Reproduktionsmedizinern in Bayern eine Rolle. Zum anderen sei zwar mit Wirkung ab 01.04.2005 ein umfassend neu gestalteter EBM in Kraft getreten. Die jetzt für die Mutterschaftsvorsorge maßgebliche Ziffer II 1.7 des EBM verweist aber unverändert auf die Mutterschafts-Richtlinien.

5. NR. 810, 811 EBM: EMD-NADELN (EINMALARTIKEL)

SG Hamburg, Urt. v. 30.05.2005 – S 3 KA 289/02 –

RID 05-04-09

Einmalartikel, EMD-Nadeln, Elektromyographie

EBM 96 A 1. Teil A Nr. 4, Nr. 810, 811

Die Verwendung von EMD-Nadeln mit der Abrechnung der elektromyographischen Untersuchung (Nr. 810, 811 EBM 96) ist bereits abgegolten und kann nicht mehr gesondert als Sachkosten geltend gemacht werden. Hierbei ist unerheblich, ob deren Verwendung zu einer ungünstigen Gewinnspanne führt.

Das *SG Hamburg* wies die Klage ab.

6. NR. 1 EBM: NOTFALLBEHANDLUNGEN ALS EIN BEHANDLUNGSFALL EINES KRANKENHAUSES

SG Hamburg, Urt. v. 25.05.2005 – S 3 KA 158/04 –

RID 05-04-10

Notfallbehandlung, Krankenhaus, Behandlungsfall

EBM Vorbem. zum Abschn. B I 2 Abs. 1 S. 1, Nr. 1; BMV-Ä § 21

Die **Nr. 1 EBM** ist auch bei **Notfallbehandlungen** eines Krankenhauses nur einmal im Quartal abrechenbar.

Die gesamte von demselben Vertragsarzt innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Kranken ambulant zu Lasten derselben Krankenkasse vorgenommene Behandlung gilt jeweils als **Behandlungsfall** (§21 BMV-Ä). Nicht der jeweilige diensttuende Krankenhausarzt ist als Arzt im Sinne dieser Regelung anzusehen, sondern das Krankenhaus als solches (so bereits *SG Hamburg*, Urt. v. 05.09.2001 – S 3 KA 26/97).

Der klagende Träger eines BG-Krankenhauses wendet sich im Rahmen eines Musterverfahrens für die Quartale IV/01 bis IV/02 gegen eine von der bekl. KV durchgeführte Umwandlung der von ihm zum Ansatz gebrachten Nr. 1 in die Nr. 2 EBM. Er vertrat die Auffassung, dass für den behandelnden Arzt der sich zu einem späteren Zeitpunkt vorstellende Patient stets ein neuer Fall sei. Da ihm die ambulante Versorgung grundsätzlich

untersagt sei, könne er nicht auf Krankenakten oder Ähnliches zurückgreifen. Es sei in jedem Fall eine neue Anamnese und eine erneute Diagnostik notwendig. Die Betrachtung eines Krankenhausarztes als eine Arztpraxis sei insofern nicht sachgemäß. Das **SG** wies die Klage ab.

7. ZUSTÄNDIGKEIT DER KV FÜR EINEN SPRECHSTUNDENBEDARFSREGRESS

LSG Sachsen, Urt. v. 26.01.2005 – L 1 KA 30/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-11

Sprechstundenbedarfsregress, Arzneimittel, Supertendin Depot N, Lipotalon
SGB V § 106; BMV-Ä § 48 I

Durch gesamtvertragliche Regelungen kann eine Zuständigkeit der KV für einen Sprechstundenbedarfsregress im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung begründet werden.

Sind nach der Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung bei schmerzstillenden Arzneimitteln Depot-Präparate ausgenommen, so fällt darunter das Präparat Supertendin Depot N. Das Arzneimittel Lipotalon kann als Antirheumatikum ausgenommen sein.

SG Dresden, Urt. v. 15.05.2002 – S 11 KA 178/00 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

8. ZAHNÄRZTE:

A) GARANTIEFUNKTION DER HEIL- UND KOSTENPLÄNE

LSG Hessen, Beschl. v. 14.07.2005 – L 4 KA 18/05 ER –

RID 05-04-12

Garantiefunktion, Heil- und Kostenplan, Zahnersatz, ZE-Leistung
SGB V § 76; Ärzte-ZV § 24 I; SGG § 86b II; BMV-Z § 19; EKV-Z § 12 I

Die Beschwerde gegen **SG Marburg**, Beschl. v. 23.03.2005 – S 12 KA 15/05 ER – RID 05-02-23 (Die Garantiefunktion der Heil- und Kostenpläne entfällt, wenn sich bei mehreren Plänen offensichtliche Zweifel am Eingliederungsdatum und der Erbringung der ZE-Leistungen ergeben) wird zurückgewiesen.

B) NR. Ä 634 UND Ä 175

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 01.09.2004 - L 5 KA 3834/02 -

RID 05-04-13

Eröffnung der Kieferhöhle, Hautlappenplastik
BEMA-Z Nr. Ä 175, Ä 176, Ä 634, Ä 642

Die Nr. Ä 634 ist neben der Nr. Ä 642 für das gleiche Gebiet nicht abrechenbar.

Die Nr. Ä 175 ist neben der Nr. Ä 176 nicht abrechenbar, wenn diese Leistung im Zusammenhang mit dem plastischen Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle bei schwieriger Osteotomie (Ä 736), Osteotomie (Ost2), Germektomie (Germ), plastischer Abdeckung (Pla0-Pla2), Wurzelspitzenresektion (Wsr), Extraktionen (X1-X3), Zystektomien oder Zystomien (Zy1-Zy4) in gleicher Sitzung erbracht wurde.

SG Freiburg, Urt. v. 17.07.2004 - S 1 KA 257/99 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

C) NR. Ä 169 UND Ä 172

LSG Hessen, Urt. v. 13.07.2005 - L 6/7 KA 565/02

RID 05-04-13a

Revision anhängig: B 6 KA 39/05 R

Probeexcision

BEMA-Z Nr Ä 169, Ä 172

Die Nrn Ä 169 und Ä 172 sind neben chirurgischen Leistungen für dasselbe Gebiet nicht abrechenbar

SG Frankfurt a.M., Urt. v. 22.04.2002 - S 27 KA 2573/01 - wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

III. ARZTREGISTEREINTRAGUNG/FACHKUNDE/GENEHMIGUNGEN/NOTDIENST

Nach **BSG**, Urt. v. 31.08.2005 - B 6 KA 10/04 R – kann der Fachkundenachweis als Voraussetzung für die Eintragung **Psychologischer Psychotherapeuten** in das Arztregister nur mit einer **postgradualen Ausbildung** erbracht werden; nach **BSG**, Urt. v. 31.08.2005 - B 6 KA 68/04 R – können im Bereich Verhaltenstherapie bis zu 35 Stunden durch Studiennachweise belegt werden; nach **BSG**, Urt. v. 31.08.2005 - B 6 KA 27/04 R – genügt es für den Fachkundenachweis nicht, wenn sich lediglich einzelne Ausbildungseinheiten auch mit Richtlinien-Verfahren befassen, vielmehr muss Ziel der Ausbildung die Fachkunde in der Anwendung eines Richtlinien-Verfahrens sein.

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.

Nach **BSG**, Urt. v. 28.09.2005 - B 6 KA 60/03 R – darf eine **Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen** nach § 121a SGB V nicht befristet werden.

1. ENTZUG EINER ULTRASCHALLGENEHMIGUNG NACH QUALITÄTSSICHERUNGSMAßNAHME

*SG Marburg, Beschl. v. 25.08.2005 – S 12 KA 182/05 ER –
Beschwerde anhängig*

RID 05-04-14

Verwaltungsakt, Dauerwirkung, Genehmigung, sofortige Vollziehung
SGB V § 135; SGB X § 48; SGG §§ 86a II Nr. 5, 86b I

Eine Genehmigung zur Abrechnung von Langzeit-EKG-Leistungen kann als Verwaltungsakt mit Dauerwirkung unter den Voraussetzungen des § 48 I SGB X entzogen werden. Abzustellen ist auf die Sach- und Rechtslage zum Zeitpunkt der letzten Verwaltungsentscheidung. Bescheinigungen über die Tauglichkeit eines Gerätes, die den Zustand nach der letzten Verwaltungsentscheidung betreffen, sind daher unbeachtlich.

Soweit ein unzureichendes oder schadhaftes Gerät für eine Befundung vorliegt, besteht, unabhängig von der persönlichen Qualifikation eines Behandlers, die Gefahr einer unzureichenden oder falschen Befundung und damit auch die Gefahr einer Gesundheitsgefährdung und kann die sofortige Vollziehung des Entzugs einer Genehmigung angeordnet werden.

2. ENTZUG EINER MAMMOGRAPHIEGENEHMIGUNG

SG Marburg, Beschl. v. 02.11.2005 – S 12 KA 980/05 ER –

RID 05-04-15

Verwaltungsakt, Dauerwirkung, Genehmigung, Mammographie, sofortige Vollziehung
SGB V § 135; SGB X § 48; SGG §§ 86a II Nr. 5, 86b I; Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie §§ 6 V, 14 I 2, Anlage IV § 6 V bis VIII

Eine Mammographiegenehmigung kann als Verwaltungsakt mit Dauerwirkung nach § 48 Abs. 1 S. 1 SGB X aufgehoben werden, wenn auf Grund der Feststellungen im Rahmen einer Qualitätssicherungsmaßnahme der Radiologie-Kommission eine Änderung der Verhältnisse eingetreten ist, weil die Voraussetzungen für einen Genehmigungswiderruf nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie vorliegen.

Der Ast. ist Radiologe. Nach einer Qualitätssicherungsmaßnahme (Turnusprüfung) im Bereich Mammographie nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie teilte ihm die Ag. mit Bescheid vom Okt. 2003 mit, es habe wegen der Beanstandungen – von den vorgelegten 40 Aufnahmen aus zehn Behandlungsfällen seien 26 der Stufe I (regelmäßig), zehn der Stufe II (geringe Mängel) und vier der Stufe III (schwerwiegende Mängel) zuzuordnen – eine Wiederholungsprüfung stattzufinden. Diese führte im April 2004 erneut zu Beanstandungen. Von zehn Behandlungsfällen waren nur drei ohne Beanstandung, von den Aufnahmen in den übrigen Fällen ordnete die Radiologie-Kommission neun der Stufe II und drei der Stufe III zu. Nach einem Gespräch mit der Radiologie-Kommission verzögerte sich eine weitere Prüfung, weil der Ast.

von einer Gemeinschaftspraxis in eine Einzelpraxis gewechselt war und ein neues Gerät angeschafft hatte. Im Oktober 2005 widerrief die Ag. die Genehmigung zur Abrechnung radiologischer Leistungen für das Organgebiet der Mamma und ordnete den sofortigen Vollzug an, weil die neuerliche Überprüfung ergeben habe, dass von den vorgelegten 40 Aufnahmen aus zehn Behandlungsfällen 17 der Stufe I, 22 der Stufe II und keine der Stufe III zuzuordnen seien. Hiergegen legte der Ast. Widerspruch ein, in dem er die Beanstandungen der dritten Prüfung bestritt. Den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung wies das **SG** ab.

Vgl. a. **LSG Rheinland-Pfalz**, Beschl. v. 28.06.2005 – L 5 ER 25/05 KA –RID 05-03-24.

3. VORBEREITUNGSASSISTENT

A) MIT ZAHNHEILKUNDEERLAUBNIS

LSG Hessen, Beschl. v. 14.07.2005 – L 4 KA 20/05 ER –

RID 05-04-16

Zahnarzt, Vorbereitungsassistent, Zahnheilkundeerlaubnis, Genehmigung, Approbation

SGB V § 95; SGG § 86b II; Zahnärzte-ZV §§ 3 II, III, 32 II, 32b; Ärzte-ZV §§ 3 II, III, 32 II, 32b; ZHG § 13

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 türkischer Staatsangehöriger und seit 2004 mit einer deutschen verheiratet. Das fünfjährige Studium der Zahnmedizin schloss er im Jahr 2000 an der Universität Ankara ab. Das Hessische Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen erteilte ihm eine Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung der Zahnheilkunde gemäß § 13 ZHG für die Zeit vom 21.02.2005 bis zum 20.02.2007. 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 Landeszahnärztekammer nach einer Prüfung bescheinigt worden sei. **SG Marburg**, Beschl. v. 18.05.2005 – S 12 KA 30/05 ER – RID 05-02-36 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.

Vgl. bereits **LSG Hessen**, Beschl. v. 14.07.2005 – L 4 KA 21/05 ER – RID 05-03-26.

B) VORBEREITUNGSASSISTENT: MINDESTUMFANG EINER TEILZEITBESCHÄFTIGUNG

SG Düsseldorf, Urt. v. 25.05.2005 – S 2 KA 242/04 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-17

Vorbereitungsassistent, Genehmigung, Teilzeitbeschäftigung, Teilzeit

SGB V §§ 95 IX, 98, Zahnärzte-ZV § 3, 32 II 1

Wenn in § 32 II Zahnärzte-ZV von der Beschäftigung „eines“ Assistenten die Rede ist, so ist damit die Tätigkeit eines **Vollzeitassistenten** gemeint. Die Zahnärzte-ZV verbietet jedoch die Ableistung der Vorbereitungszeit auf einer **Halbtagsstelle** nicht, wenn die Vorbereitungszeit entsprechend verlängert wird.

Die **Beschäftigung zweier Assistenten**, die jeweils nur halbtags tätig sind, ist zulässig (LSG Hessen, Beschluss vom 14.04.1999 - L 7 KA 1234/98 ER - E-LSG B-136). Dies gilt auch dann, wenn beide Vorbereitungsassistenten tatsächlich nicht nur halbtags, sondern ganztägig in der Praxis beschäftigt sind, wobei sich lediglich die vertragszahnärztliche Vorbereitungszeit auf einen halben Tag beschränkt (Urt. der Kammer v. 25.05.2005 - S 2 KA 243/04 und S 2 KA 244/04 -).

Eine **Zersplitterung der Vorbereitungszeit** auf eine jeweils 10-stündige Vorbereitungszeit bei mehreren Zahnärzten einer Praxisgemeinschaft ist unstatthaft. Die für die Vorbereitungszeit erforderliche Dichte der Ausbildung kann nicht mehr gewährleistet werden, wenn die Ausbildung durch Aufteilung in kleine wöchentliche Zeitkontingente und Verteilung auf mehrere Ausbilder zerfasert wird. Als absolute Untergrenze ist eine zumindest halbschichtige Beschäftigung (20 Wochenstunden) anzunehmen, und zwar bei einem Ausbilder.

Der kl. Vertragszahnarzt kooperiert mit mehreren weiteren Zahnärzten in Form einer Praxisgemeinschaft, die Öffnungszeiten montags bis freitags von 07.00 h bis 24.00 h und samstags/sonntags/feiertags von 09.00 h bis 19.00 h hat. Die Zahnärzte arbeiten dort in drei Schichten. Für die Zeit vom 16.02.2004 bis 15.02.2006 hatte die bekl. KZV ihm die Genehmigung erteilt, die Zahnärztin G halbtags als Vorbereitungsassistentin zu beschäftigen. Im Februar 2004 beantragte der Kl. die Genehmigung zur stundenweisen Beschäftigung der Zahnärztin N als Vorbereitungsassistentin für die Zeit vom 19.04.2004 bis 18.08.2008. Dabei gab er die "Stundenzahl Praxis" mit 40, die "Stundenzahl Ass." mit 10 an. Aus einer beigefügten "Ausbildungsvereinbarung" vom 17.02.2004 geht hervor, dass die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit, die für die Ausbildung der kassenzahnärztlichen Leistungen aufgewandt werde, 10 Stunden betrage und sich nach den Öffnungszeiten der Praxis richte. Die KZV lehnte die Genehmigung ab, weil mit einer lediglich 10-stündigen Wochenarbeitszeit eine kontinuierliche und zusammenhängende Ausbildung nicht gewährleistet sei. Auch könne nach den Assistenten-Richtlinien zur Sicherung des Ausbildungszwecks keine Genehmigung für mehr als einen Vorbereitungsassistenten erteilt werden. Während des Rechtsstreites hat die Bekl. dem Zahnarzt W, Mitglied der Praxisgemeinschaft, die Genehmigung zur ganztägigen Beschäftigung der Zahnärztin N als Vorbereitungsassistentin erteilt. Das **SG** wies die Klage ab.

4. GENEHMIGUNG EINER ZWEIGPRAXIS

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 09.11.2004 – L 6 KA 22/03 – Breith 2005, 353 = NZS 2005, 329 **RID 05-04-18**

Genehmigung, Zweigpraxis, Planungsbereich, Zulassungsbeschränkung

SGB V § 82 I; BMV-Ä i.d.F.v. 09.05.2003 § 15; BMV-Z § 6 VI

Leitsatz:

Ist ein Planungsbereich gesperrt und wird die Genehmigung einer Zweigpraxis von einem Vertragsarzt begehrt, der außerhalb dieses Planungsbereiches niedergelassen ist, sind bei der Beurteilung der Versorgungslage auch Ärzte einzubeziehen, deren Praxis außerhalb des Planungsbereiches liegen.

SG Kiel, Urt. v. 15.04.2003 – S 16 KA 414/02 – verurteilte die Bekl. die Durchführung einer Außensprechstunde für weitere 2 Jahre zu genehmigen, das **LSG** wies die Klage ab.

5. AUSGELAGERTE PRAXISRÄUME IN BENACHBARTEM PLANUNGSBEREICH

SG Marburg, Beschl. v. 06.09.2005 – S 12 KA 454/05 ER – juris

RID 05-04-19

Beschwerde anhängig

Vertragsarztsitz, Praxisanschrift, Berufsordnung, Zweigpraxis, ausgelagerter Praxisraum

SGB V § 95 I; Ärzte-ZV § 24 I; BMV-Ä/EKV-Ä § 15; SGG § 86b I 1 Nr. 1

Unter **Vertragsarztsitz** ist die konkrete **Praxisanschrift** zu verstehen (vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 10.05.2000 - B 6 KA 67/98 R - BSGE 86, 121 = SozR 3 5520 § 24 Nr. 4).

Soweit eine **Berufsordnung** es dem Arzt gestattet, über den Praxissitz hinaus an **zwei weiteren Orten** ärztlich tätig zu sein (hier: § 17 II 1 HessBO), so folgt hieraus nicht, dass dies auch unmittelbar Geltung im vertragsärztlichen Bereich entfalten kann.

Die **Abgrenzung** der **Zweigpraxis** von **ausgelagerten Praxisräumen** ist auch nach Änderung der Berufsordnungen auf der Grundlage des Leistungsangebots vorzunehmen. Für eine Zweigpraxis kommt es danach maßgeblich darauf an, ob der Arzt ein ähnliches Angebot in einer Praxis vorhalten will. Ausgelagerte Praxisräume bedingten demgegenüber, dass die dort angebotenen Leistungen nicht auch in den eigentlichen Praxisräumen erbracht werden (vgl. BSG, Urt. v. 12.09.2001 - B 6 KA 64/00 R, SozR 3-2500 § 135 Nr. 20).

Aus § 15a BMV-Ä/EKV-Ä folgt nicht, dass ausgelagerte Praxisräume in jedem Fall **genehmigungsfrei** betrieben werden können. Die als statische Verweisung zu verstehende Definition greift die genannte Abgrenzung der BSG-Rechtsprechung auf. Zu beachten ist hierbei aber die Systematik mit der Bindung der vertragsärztlichen Tätigkeit an den Praxissitz sowie der Zulassung des Vertragsarztes, die jeweils nur für seinen Zulassungsbereich erfolgt. Daraus folgt, dass es dem Vertragsarzt **verwehrt ist, ausgelagerte Praxisräume in anderen Planungsbereichen zu unterhalten**. Dies gilt jedenfalls dann, wenn der anderen Planungsbereich wegen Überversorgung auch für diesen Leistungsbereich für weitere Zulassungen gesperrt ist. Die Verlagerung der Praxisräume in einen anderen Planungsbereich bedeutet, dass diese Leistungen nicht im eigentlichen Planungsbereich, für den die Zulassung erfolgt ist, angeboten werden.

Zur Streitwertfestsetzung s. A X 3.

6. NOTFALLDIENST

Nach **BSG**, Urt. v. 28.09.2005 – B 6 KA 73/04 R – ist nach Ausscheiden eines Arztes aus der vertragsärztlichen Versorgung die Ärztekammer, nicht die KV für eine Entscheidung über einen Antrag auf Teilnahme am organisierten Notdienst **zuständig** und ist die Beschränkung des Kreises der am organisierten Notdienst teilnehmenden Ärzte auf solche mit **eigener Praxis** gerechtfertigt.

A) AUFHEBUNG EINER BEFREIUNG VOM ÄRZTLICHEN BEREITSCHAFTSDIENST

LSG Bayern, Urt. v. 08.06.2005 – L 12 KA 369/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-20

Revision zugelassen

Bereitschaftsdienst, Notdienst, hausärztliche Versorgung, fachärztliche Versorgung, Befreiung, Aufhebung
SGB V §§ 75 I; SGB X § 48 I

Es ist nicht zu beanstanden, wenn eine Bereitschaftsdienstordnung grundsätzlich die **Verpflichtung aller Vertragsärzte** - auch der **Fachärzte** - zur Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst ausspricht und die Befreiung von der Teilnahme am allgemeinen ärztlichen Bereitschaftsdienst grundsätzlich vom Vorliegen eines schwerwiegenden Grundes abhängig macht.

Die **Pflicht zur Teilnahme am Notfalldienst** folgt aus der **Zulassung** als Vertragsarzt. Hierin kann insbesondere kein Verstoß gegen die in § 73 I und Ia SGB V enthaltene Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in eine **hausärztliche** und eine **fachärztliche Versorgung** gesehen werden. Auch Fachärzte sind nach erlangter Approbation und abgeleisteten kassenärztlichen Vorbereitungsdienst grundsätzlich für den Notfalldienst geeignet. Es ist auch Aufgabe und Verpflichtung des einzelnen Vertragsarztes, durch entsprechende angemessene Fortbildung eine Eignungsminderung bzw. einen Eignungsverlust hinsichtlich des ärztlichen Notfalldienstes entgegen zu wirken bzw. zu vermeiden.

Eine **Aufhebung einer Befreiung** vom ärztlichen Bereitschaftsdienst kann nach § 48 I 1 SGB X erfolgen.

Der Kl. ist ein Dermatologe mit der Zusatzbezeichnung Phlebologie. Die bekl. KV beschloss im April 2002, dass die Dermatologen nicht am ärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmen müssten. Der Kl. zeigte an, nicht mehr am hausärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmen zu wollen. Die Bekl. teilte ihm mit, sie habe entsprechend den Obmann informiert. Nach kontroverser Diskussion innerhalb der Ärzteschaft machte der Vorstand der KV im Sept. 2002 die Befreiung der Dermatologen vom ärztlichen Bereitschaftsdienst wieder rückgängig. Mit Schreiben v. Oktober 2002 wurde dem Kl. mitgeteilt, dass er nach der neuen Beschlusslage wieder zur Teilnahme am hausärztlichen Bereitschaftsdienst verpflichtet sei. Hiergegen legte der Kl. erfolglos Widerspruch ein. **SG München**, Urt. v. 30.04.2004 – S 45 KA 1299/03 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück. Das LSG hält die Frage, ob die in § 73 Ia SGB V vom Gesetzgeber vorgenommene Aufteilung der vertragsärztlichen Versorgung in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgung von der KV auch bei der Organisation des Bereitschaftsdienstes zu berücksichtigen ist, für klärungsbedürftig.

B) BESCHRÄNKUNG VON NOTFALLDIENSTEN DURCH VERWALTUNGSVORSCHRIFTEN

LSG Niedersachsen-Bremen, **Beschl. v. 11.08.2005 – L 3 KA 78/05 ER** – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 05-04-21

Feststellungsklage, Notfalldienst, Notdienst, Teilnahmerecht, Teilnahmeberechtigung

SGB V §§ 70 I, 75, 85, 95 II 1; GG Art. 12 I

Für das **Feststellungsbegehren** eines Vertragsarztes, dass aus Art. 12 GG ein Recht auf unbegrenzte Teilnahme am vertragsärztlichen Notfalldienst besteht, hat er ein berechtigtes Interesse.

Ein Vertragsarzt hat grundsätzlich aus § 95 III 1 SGB V ein **Recht, Notdienst zu leisten**. Der Umfang der Teilnahmeberechtigung steht aber nicht im Belieben des einzelnen Vertragsarztes, sondern besteht nur im Rahmen und nach Maßgabe der vertragsarztrechtlichen Vorschriften.

Die KVen haben auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten sicherzustellen. Sie erlassen zu diesem Zweck entweder **Satzungen** (vgl. zu diesem Fall BSG SozR 3-2500 § 75 Nr.2) oder - wie vorliegend - **Verwaltungsvorschriften** (BSG-Urteil vom 11. Juni 1986 - 6 RKa 5/85), die auf der Grundlage der Satzung von den hierfür zuständigen Gremien beschlossen werden.

Die Verwaltungsvorschrift einer KV kann eine **Beschränkung der Notdienststeinsätze** auf maximal zwei in der Woche vorsehen. Unter **Qualitätsgesichtspunkten** ist es bedenklich, wenn ein Vertragsarzt an mehreren Tagen in der Woche neben seiner normalen Praxistätigkeit noch einige Stunden Notfalldienst ableistet und damit einer dauerhaften Überlastung ausgesetzt ist. Die Beschränkung kann auf **Teilbereiche eines Bezirks begrenzt** werden, wenn es dort Beschwerden über die Qualität der Notfalldienste gegeben hat.

Der Ast., ein vertragsärztlicher Anästhesiologie, nimmt auch am ärztlichen Notfalldienst der Ag. teil. Im Mai 2004 beschloss der Vorstand der Ag. neue "Durchführungsbestimmungen für den Ärztlichen Notfalldienst" im – hier maßgeblichen - Notfalldienstbereich D., die mit Wirkung v. 01.07.2004 in Kraft traten. Diese Bestimmungen enthalten unter der Ziffer 3 die Regelung: *"Zur Gewährleistung der Qualität des ärztlichen Notfalldienstes Bremen-Nord wird festgelegt, dass die Tätigkeit eines Arztes im ärztlichen Notfalldienst innerhalb einer Woche maximal zwei Dienste mit mindestens einer Ruhenacht zwischen den Diensten nicht überschreiten darf"*. Der Ast. wurde darauf hingewiesen, dass er in der 49. Kalenderwoche 2004 mehr als zwei Dienste pro Woche durchführe bzw. übernommen habe. Überschreite er die vorgegebenen Maximal-Dienstzeiten gemäß Notfalldienstordnung, so würden die in einem anschließenden Dienst erbrachten Leistungen von der Ag. nicht vergütet. Der Ast. erhob Klage auf Feststellung, dass die Nr. 3 der Durchführungsbestimmungen für den ärztlichen Notfalldienst im Notfalldienstbereich D. im Hinblick auf ihre Begrenzung auf zwei Notdienste unwirksam seien. Außerdem hat er um **vorläufigen Rechtsschutz** nachgesucht mit dem Ziel festzustellen, dass er berechtigt sei, in seinem Notfalldienstbereich wöchentlich mehr als zwei Notdienste zu versehen bei Beachtung einer Ruhenacht bzw. einer 12-stündigen Regenerationsphase zwischen den Diensten. **SG Bremen**, Beschl. v. 18.03.2005 – S 1 KA 61/04 ER – wies den Antrag ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

Zum Streitwert s. A X 2.

IV. WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG/REGRESS/SCHADENSERSATZANSPRUCH

Vgl. zuletzt **BSG**, Urt. v. 02.11.2005 – B 6 KA 63/04 R – (u. 15 Parallelverfahren) zur **Richtgrößenprüfung** der Arzneikosten (Einwendungen gegen ordnungsgemäße Datenerfassung, Rückwirkung); **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 Regelpflichtmethode** 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 Verordnungsweise auch unter dem Gesichtspunkt einer fehlerhaften Zuordnung von Sprechstundenbedarf zu den Ersatzkassen bzw. den Primärkassen zu untersuchen und gegebenenfalls daraus Konsequenzen zu ziehen hat; **BSG**, Urt. v. 20.10.2004 – **B 6 KA 41/03 R** – 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. WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG IN GEMEINSCHAFTSPRAXIS

LSG Bayern, Beschl. v. 03.03.2005 – **L 3 B 467/03 KA ER** – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-22

Gemeinschaftspraxis, Wirtschaftlichkeitsprüfung

SGB V § 106; SGG § 86b Abs. 1

In einer Gemeinschaftspraxis ist ein bestimmtes unwirtschaftliches Verhalten nicht einem bestimmten Mitglied der Gemeinschaftspraxis zuzuordnen und muss sich ein beteiligter Vertragsarzt das Abrechnungsverhalten eines anderen Vertragsarztes zurechnen lassen. Damit liegt auch eine "arztbezogene" Prüfung vor.

SG München, Beschl. v. 14.10.2003 – S 33 KA 5143/03 ER – wies den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

2. ARZNEIKOSTENREGRESS UND OFF-LABEL-USE

Nach *LSG Bayern*, Urt. v. 02.03.2005 – L 12 KA 107/03 – RID 05-03-30 liegt ein Nachweis über den Behandlungserfolg bei der Gabe von Immunglobulinen bei der Behandlung von erwachsenen AIDS-Patienten nicht vor, weshalb es einen Arzneikostenregress bestätigte; 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); zur krankenversicherungsrechtl. Rspr. s. unter B V.

A) VERANTWORTUNG DES VERORDNENDEN ARZTES (ILOMEDIN)

SG Berlin, Urt. v. 06.07.2005 – S 71 KA 66/02 –

RID 05-04-23

Arzneikostenregress, Ilomedin, Off-Label-Use, sonstiger Schaden
SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 31 I, 106

Die Verabreichung eines Medikaments im Off-Label-Use (zu den Voraussetzungen vgl. *BSG*, Urt. v. 19.03.2002 – B 1 KR 37/00 R) setzt voraus, dass publizierte Forschungsergebnisse vorliegen, die erwarten lassen, dass das Medikament auch für die weitere Krankheit zugelassen wird. Für Ilomedin im Einsatz gegen eine sekundäre pulmonale Hypertonie im Jahr 1999 war dies nicht der Fall.

Die Festsetzung eines Arzneikostenregresses setzt ein Verschulden des Arztes nicht voraus. Mit der Verordnung eines Arzneimittels auf Kassenrezept übernimmt der Vertragsarzt die Verantwortung für die Zugehörigkeit des Arzneimittels zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Verordnung auf Kassenrezept führt dazu, dass die Krankenkasse verpflichtet wird, die Kosten zu übernehmen und zwar unabhängig davon, ob es sich um eine Leistung handelt, die zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung gehört oder nicht. Gehört sie nicht dazu, so kann der Arzt das Medikament auf Privatrezept verordnen. Durch die Verordnung auf Privatrezept werden die Kostenträger in die Lage versetzt, zeitnah im Einzelfall über eine Kostenübernahme zu entscheiden.

Der Kläger, ein Facharzt für Chirurgie mit den Teilgebietzeichnungen Gefäß-, Thorax- und Kardiovaskularchirurgie war im Besitz einer Ermächtigung, die ihm die Durchführung von ambulanten Leistungen im Rahmen der prästationären Untersuchung/Behandlung von Patienten vor Herzoperationen sowie Herz- und/oder Lungentransplantationen sowie die Nachbehandlung erlaubte. Er verordnete 1999 dem Versicherten das Medikament Ilomedin (Wirkstoff Iloprost) (insgesamt 11 Einzelverordnungen mit jeweils 50 Ampullen) auf Kassenrezept, das inhalativ verabreicht wurde. Auf Antrag der Krankenkasse setzten die Prüfungsgremien einen sonstigen Schaden in Höhe von 105.018,21 DM fest. Der beklagte Beschwerdeausschuss führte in der Begründung aus, es bestehe bei der hier vorliegenden Krankheit eine etablierte Behandlungsmöglichkeit mit dem nicht in Deutschland zugelassenen Medikament Flolan (Prostazyklin). Für die inhalative Iloprostbehandlung sei erst drei Jahre nach Beginn der Behandlung die Zulassung für das Anwendungsgebiet der pulmonalen Hypertonie beantragt worden. Die Leistungspflicht der Krankenkasse komme bis zum Abschluss der klinischen Arzneimittel der Erprobungsphase III nicht in Betracht. Der Versicherte wurde im Mai 2000 transplantiert und ist inzwischen verstorben. Das *SG* wies die Klage ab.

B) NON LIQUET FÜR INDIKATIONSGERECHTEN EINSATZ EINES MEDIKAMENTS

SG Berlin, Urt. v. 09.02.2005 – S 71 KA 62/02 –

RID 05-04-24

Arzneikostenregress, Polyglobulin, Off-Label-Use, sonstiger Schaden
SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 31 I, 106

Kann ein indikationsgerechter Einsatz eines Medikaments (hier: Polyglobulin) nicht nachgewiesen werden, so geht dies zu Lasten des das Medikament verordnenden Arztes.

Im Jahr 1999 lagen keine Forschungsergebnisse vor, die zur Erweiterung der Zulassung im Hinblick auf Immunmodulationen bei onkologischen Erkrankungen mit Chemotherapien und rezidivierenden bakteriellen oder viralen Infektionen geführt hätten.

Der Kläger, ein Arzt für Allgemeinmedizin, der nach seinen Angaben eine onkologische Schwerpunktpraxis betreibt, verordnete im Jahr 1999 für die an einem metastasierenden Tubenkarzinom, Lebermetastasierung und Peritonealkarzinose erkrankte Versicherte auf Kassenrezept Polyglobin 5% Trockenampullen. Auf Antrag der Krankenkasse setzten die Prüfungsgremien wegen eines sonstigen Schadens einen Regress in Höhe von 51.553,67 DM wegen zulassungsüberschreitender Anwendung des Mittels fest. Das *SG* verpflichtete den Bekl., den Bescheid des Prüfungsausschusses insoweit aufzuheben, als er das Quartal II/99 betrifft – weil der Prüfantrag hierfür verspätet eingegangen sei -, und wies im Übrigen die Klage ab.

C) KEIN VERTRAUENSSCHUTZ BEI BEANSTANDUNG DER ERSTVERORDNUNG

SG Berlin, Urt. v. 09.02.2005 – S 71 KA 52/03 –

RID 05-04-25

Arzneikostenregress, Sandimmun, Ciclosprin, Off-Label-Use, sonstiger Schaden
SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 31 I, 106

Im Jahr 1999 lagen Forschungsergebnisse, die erwarten ließen, dass das Präparat **Sandimmun Optoral** 50 mg Kapseln (Wirkstoff Ciclosprin) zur Behandlung schubförmig verlaufender Multipler Sklerose zugelassen werden könnte, nicht vor. Die unzulässige Verordnung des Medikaments führt zum Entstehen eines Regresses, ohne dass hierfür ein Verschulden des Vertragsarztes festgestellt werden müsste.

Aus dem Umstand, dass die Verordnung nicht bereits zu einem früheren Zeitpunkt von den Prüfungsgremien beanstandet wurde, erwächst allein noch kein **Vertrauensschutz**. Vertrauensschutz scheidet jedenfalls dann aus, wenn die von dem Vertragsarzt vorgenommene Erstverordnung sogleich von der Krankenkasse beanstandet wurde. Allein die Behauptung eines Arztes, dass es im streitbefangenen Zeitraum nicht üblich gewesen sei, Verordnungen für den zulassungsüberschreitenden Einsatz auf Privatrezepten vorzunehmen, reicht nicht aus, um Vertrauensschutz anzunehmen.

Der Kl., ein Internist mit Schwerpunkt Kardiologie und Diabetologie, verordnete im Jahr 2000 für die an schubförmig verlaufender Multipler Sklerose (MS) erkrankte Versicherte Sandimmun Optoral 50 mg Kapseln auf Kassenrezept. Das Präparat, das den Wirkstoff Ciclosprin enthält, ist für die Behandlung von MS nicht zugelassen. Auf Antrag der Krankenkasse setzten die Prüfungsgremien einen Regress in Höhe von 7.985,52 DM fest. Das **SG** wies die Klage ab.

D) PROLEUKIN (INTERLEUKIN-2)

SG Dresden, Urt. v. 06.07.2005 – S 11 KA 829/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-26

Arzneikostenregress, Proleukin, Interleukin-2, Off-Label-Use, sonstiger Schaden
SGB V §§ 2, 12, 27 I 2 Nr. 3, 31 I, 106

Die Verordnung der inhalativen Anwendung des Medikaments Proleukin mit dem Wirkstoff Interleukin-2 verstößt nicht gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot.

Obwohl eine Zulassung in der Applikationsform einer inhalativen Gabe in Deutschland bislang nicht vorliegt und es sich um einen Off-Label-Use handelt, können die Versicherten diese Anwendungsform beanspruchen, da die vom BSG verlangten Ausnahmekriterien hierfür vorliegen.

Die Kl. zu 2., eine Hochschulpoliklinik nach § 117 SGB V, gehört seit 01.07.1999 zum Universitätsklinikum L. und hat im Zeitraum bis Ende 2000 für mindestens 30 bei der Beigel. zu 2. versicherte Patienten im ambulanten Bereich die kombinierte Immuntherapie mit Interleukin-2 bei metastasierenden Nierenzellkarzinom angewandt. Die Beigel. zu 2. machte wegen der außerhalb der zugelassenen Indikation vorgenommenen Verordnungen einen Schaden von 2.194.626,14 DM geltend. Der Bekl. kam nach einer Wirtschaftlichkeitsprüfung zu dem Ergebnis, dass 3 Patienten mit Interleukin-2-Inhalationen behandelt worden seien, obwohl die zuständige Krankenkasse die Übernahme der Hilfsmittelkosten für die Inhalationsgeräte, aus denen die geplante Therapie hervorging, abgelehnt hatte. Die Behandlung mit Interleukin-2 erfolgte in der zulassungsfremden inhalativen Applikationsform, jedoch innerhalb der zugelassenen Indikation (metastasierendes Nierenzellkarzinom). Zur Frage, ob sich aufgrund des BSG-Urt. v. 19.03.2002 (Off-Label-Use) eine Leistungspflicht der Krankenkasse ableiten lasse, habe kein Konsens bestanden. Obwohl der inhalative Applikationsweg von der Mehrheit der Tumorzentren befürwortet bzw. angewendet werde, finde diese Behandlungsform in den Leitlinien der urologischen Fachgesellschaft bisher noch keinen Niederschlag. Er bestätigte den Regress in Höhe von 186.150,48 DM (= 95.177,23 EUR). Das **SG** verurteilte zur Neubescheidung.

3. DAUERMEDIKATION MIT BENZODIAZEPINEN

SG Hamburg, Urt. v. 06.04.2005 – S 27 KA 60/02 u. a. –

RID 05-04-27

Dauermedikation, Benzodiazepine
SGB V § 106

Eine Dauermedikation mit Benzodiazepinen mit einer nicht mehr zu beseitigenden Abhängigkeit des Patienten ist grundsätzlich nur zu rechtfertigen, wenn das Abhängigkeitsproblem vom Arzt als solches erkannt und Entzugsversuche oder Dosisreduzierungen unternommen werden. Bewirkt der Arzt nicht nur die Abhängigkeit der Patienten überwiegend selbst mit seiner Therapie, negiert er ein Abhängigkeitsproblem und verordnet er diesen Patienten Benzodiazepine in einer vielfach die übliche Dosis übersteigenden Menge, so kann ein Arzneikostenregress festgesetzt werden.

4. SPRECHSTUNDENBEDARF: VERORDNUNG VON HYALURONIDASEN

SG Düsseldorf, Urt. v. 28.09.2005 – S 2 KA 240/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-28

Sprechstundenbedarf, Augenheilkunde, Augenarzt, Hyason, Hylase Dessau
SGB V § 106

Den Prüfungsgremien darf die Zuständigkeit für Regresse wegen unzulässiger Arzneimittelverordnung, auch im Wege des Sprechstundenbedarfs, durch gesamtvertragliche Vereinbarung übertragen werden (BSG SozR 3-5533 Allg Nr. 2; BSG SozR 3-2500 § 106 Nr. 52). Nichts Anderes gilt für die Verordnung solcher Gegenstände oder Arzneimittel, für die zwar eine Leistungspflicht der Krankenkassen nach den Bestimmungen des SGB V besteht, die aber nicht zulässigerweise als SSB verordnet werden können (vgl. hierzu näher BSG SozR 3-5533 Allg Nr. 2 m.w.N.; LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 30.07.2003 - L 11 KA 116/01 und L 11 KA 149/01 -; v. 01.10.2003 - L 11 KA 27/02 - RID 04-02-65). Die Mittel Hylase Dessau bzw. Hyalon sind nicht über den Sprechstundenbedarf verordnungsfähig, wenn diese in einer Sprechstundenbedarfsvereinbarung hiervon ausgeschlossen sind.

Der klagende Vertragsarzt für Augenheilkunde verordnete jeweils Hyason bzw. Hylase Dessau als Sprechstundenbedarf (Quartale IV/01 bis III/02). Der Beschwerdeausschuss setzte Regresse fest, weil in Punkt IV.2 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung - Mittel zur Narkose und Anästhesie, auch zur akuten Schmerztherapie - ausdrücklich Mittel zur Lokal- und Leitungsanästhesie (z.B. Procain und Derivate) genannt werden würden. Bei Hylase Dessau Ampullen und Hyason handele es sich jedoch nicht um solche Mittel, sondern um Zusätze zum Lokalanästhetikum. Eine Anästhesie mit Hylase Dessau bzw. Hyason alleine sei nicht möglich. Somit sei eine Verordnung nur als Individualverordnung zu Lasten der jeweils zuständigen Krankenkasse möglich und nicht über den Sprechstundenbedarf. Das *SG* wies die Klage ab.

5. ZAHNÄRZTE: SPRECHSTUNDENBEDARF (QUARTALSÜBERGREIFENDE VERORDNUNG)

SG Gotha, Urt. v. 13.10.2004 – S 7 KA 344/99 –

RID 05-04-29

Sprechstundenbedarf, Verordnung, Quartalsbedarf
SGB V § 106

Eine Unwirtschaftlichkeit liegt nicht schon dann vor, wenn Sprechstundenbedarf nicht nach dem Quartalsbedarf ausgerichtet, sondern quartalsübergreifend verordnet wird.

V. ZULASSUNGSRECHT

Vgl. zuletzt *BSG*, Urt. v. 23.02.2005 – B 6 KA 81/03 R – („Windhundprinzip“), wonach eine Neuregelung der Nr. 23 Satz 2 BedarfsplRI-Ä 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 4-2500 § 101 Nr. 1 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**.

Entfällt RID 05-04-30

Entfällt RID 05-04-31

1. SONDERBEDARFSZULASSUNG: PSYCHOTHERAPEUTEN UND KINDER

SG Marburg, Beschl. v. 20.07.2005 – S 12 KA 354/05 ER –

RID 05-04-32

Sonderbedarfszulassung, psychotherapeutische Behandlung, Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Kind, Jugendlicher

SGB V §§ 95, 101 I Nr. 3; Ärzte-ZV §§ 20 III; SGB X § 32; BedarfspRL-Ä Nr. 24, 25

Auf Psychologische Psychotherapeuten kann Nr. 24 Satz 1 Buchst. b BedarfspRL-Ä auch nicht entsprechend angewandt werden, da es Weiterbildungsordnungen nur für Ärzte, nicht aber für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gibt (Anschluss an LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 13.11.2002 - L 5 KA 1427/02 – RID 05-01-71; SG Stuttgart, Urt. v. 29.07.2004 - S 5 KA 7223/03 - RID 04-04-49).

Eine Sonderbedarfszulassung einer Psychologischen Psychotherapeutin nach Nr. 24 Satz 1 Buchst. a BedarfspRL-Ä für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist nicht möglich, da sie nicht auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen beschränkt werden kann. Angesichts der speziellen Regelungen in Nr. 25 BedarfspRL-Ä sowie § 20 III Ärzte-ZV ist ein Rückgriff auf § 32 SGB X ausgeschlossen. Ein lokaler Versorgungsbedarf im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie kann über eine Sonderbedarfszulassung nur durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten behoben werden. Für eine Psychologische Psychotherapeutin kommt nur eine Ermächtigung nach § 31 Ärzte-ZV in Betracht.

Die Ast., eine approbierte Psychologische Psychotherapeutin beantragte im Oktober 2004 die Sonderbedarfszulassung. Dies lehnte der Zulassungsausschuss ab, weil sie nicht die Voraussetzungen für den Eintrag in das Arzt-/Psychotherapeutenregister als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin erfülle. Aus dem gleichen Grund habe man auch keine Möglichkeit gesehen die Zulassung nach Nr. 24b i.V.m. Nr. 25 BedarfspRL-Ä zu erteilen. Das Widerspruchsverfahren hierüber läuft noch. Mit dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung trägt die Ast. u.a. vor, bei normaler Verfahrensdauer drohe eine Verfestigung der Zulassungen bevorzugter Konkurrenten, die selbst im Falle einer späteren Feststellung der Rechtswidrigkeit der Entscheidung in ihrer Angelegenheit dazu führen könne, dass aus Vertrauensschutzgründen der Konkurrenten ihr Anspruch nicht mehr durchgesetzt werden könne. Es sei um eine beschränkte Anzahl von Sonderbedarfszulassungen gegangen, auf die sich offenbar gleichberechtigt mehrere Ast. beworben hätten. Mindestens der überwiegende Teil der dort aufgeführten Personen habe die Sonderbedarfszulassung erhalten. Da der ablehnende Bescheid ausschließlich an sie ergangen sei, ohne dass die anderen Bewerberinnen als Beteiligte erwähnt worden seien, könne sie nicht davon ausgehen, dass die gesamte Zuteilung der freien Sonderbedarfszulassungen allein durch ihren Widerspruch in der Wirksamkeit aufgeschoben werde. Das *SG* wies den Antrag ab.

2. WIRKSAMWERDEN EINER ZULASSUNGSBESCHRÄNKUNG

LSG Bayern, Urt. v. 16.02.2005 – L 12 KA 436/04 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-33

Zulassung, Zulassungsbeschränkung, Landesausschuss, Zulassungsausschuss

SGB V §§ 96 III, 103; Ärzte-ZV §§ 16b, 19

Die Veröffentlichung der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen ist nicht Voraussetzung für ihre Wirksamkeit. Der für die Wirksamkeit von Zulassungsbeschränkungen maßgebliche Zeitpunkt ist derjenige der Anordnung seitens des Landesausschusses und nicht der Tag ihrer Veröffentlichung in den Publikationsorganen der KV (vgl. BSG, Urt. v. 02.10.1996 - 6 RKA 52/95 - BSGE 79, 152 = SozR 3-2500 § 103 Nr.1).

Dem Zulassungsausschuss wird ein Beschluss des Landesausschusses durch Zugang bei der Geschäftsstelle einer KV, die nach § 96 III seine Geschäfte führt, bekannt gemacht.

Am 29.09.1999 stellte der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Bayern fest, dass im Planungsbereich N für die Arztgruppe der Anästhesisten eine Überversorgung vorliege und ordnete Zulassungsbeschränkungen für diese Arztgruppe an. Dieser Beschluss wurde der Bezirksstelle Mittelfranken der Beigel. zu 1) laut Faxprotokoll am 29.09.1999 um 17.07 Uhr per Faxbrief mitgeteilt. Auf dem Schreiben findet sich ein Vermerk der Sachbearbeiterin, wonach diese von dem Schreiben am 30.09.1999 um 11.05 Uhr Kenntnis erlangt hat. Ebenfalls am 30.09.1999 beantragte der Kl. mit Faxbrief um 11.29 Uhr die Zulassung als Anästhesist in Gemeinschaftspraxis in N., was wegen der Zulassungsbeschränkung abgelehnt wurde. *SG Nürnberg*, Urt. v. 19.05.2004 – S 6 KA 23/02 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

3. ALTERSGRENZE VON 68 JAHREN:

A) AUFSCHIEBENDE WIRKUNG/ EU-RECHT

LSG Hessen, Beschl. v. 10.06.2005 – L 6/7 KA 58/04 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-34

Zulassung, Altersgrenze, Europarecht aufschiebende Wirkung

SGB V § 95 VII; GG Art. 12; SGG §§ 86a, 86b

Leitsätze:

1. Die Entscheidung des Zulassungsausschusses gemäß § 95 Abs. 7 S. 2 (jetzt: S. 3) SGB V beschränkt sich auf die Feststellung, dass die Zulassung mit dem Ende eines bestimmten Quartals kraft Gesetzes geendet hat. **Widerspruch** und Klage gegen eine solche feststellende Entscheidung kommt **keine aufschiebende Wirkung** zu (Anschluss an BSG vom 25.11.1998 - B 6 KA 4/98 R = BSGE 83, 135 = SozR 3-2500 § 95 Nr. 18 und vom 05.02.2003 - B 6 KA 22/02 R = SozR 4-2500 § 95 Nr. 2). Die Anordnung der aufschiebenden Wirkung von Widerspruch und/oder Klage gegen einen solchen Bescheid nach §§ 86a Abs. 3 oder 86b Abs. 1 SGG kommt nicht in Betracht. Einstweiliger Rechtsschutz kann nur gemäß § 86b Abs. 2 SGG im Wege der sog. Regulationsanordnung gewährt werden.
2. Die sog. "**Anti-Diskriminierungs-Richtlinien**" der Europäischen Gemeinschaft (hier: EGRL 78/2000 vom 27.11.2000, Abl. L 303/16 - sog. „Allgemeine Gleichbehandlungs-Richtlinie in Beschäftigung und Beruf“) entfalten grundsätzlich auch Wirkung im Vertragsarztrecht nach dem SGB V - soweit dies nicht durch (eng auszulegende) Ausnahmenvorschriften ausdrücklich ausgeschlossen ist.
3. Das Verbot der Benachteiligung im Hinblick auf das **Merkmal "Alter"** nach Art. 1 und Art. 6 EGRL 78/2000 kann grundsätzlich auch für die Prüfung der Frage bedeutsam sein, ob es weiterhin rechtmäßig bleibt, dass die Zulassung von Vertragspsychotherapeuten/-innen mit Vollendung des 68. Lebensjahres endet (§ 95 Abs. 7 SGB V). Die Vorbemerkungen (Erwägungsgründe) der Nrn. 13 und 14 EGRL 78/2000 schließen die grundsätzliche Anwendbarkeit des Diskriminierungsverbotes wegen des Merkmals "Alter" auf das Zulassungsrecht der als Selbstständige tätigen Vertragspsychotherapeuten/-innen nicht aus.
4. Soweit die Bundesrepublik Deutschland mit der **Umsetzung** der "Anti-Diskriminierungs-Richtlinien" im Verzug ist, haben alle nationalen Gerichte die unmittelbare innerstaatliche Anwendung der Richtlinien zu prüfen - jedenfalls soweit öffentlich-rechtliche Rechtsbeziehungen im Streit stehen - und in Zweifelsfällen ein Vorab-Entscheidungsersuchen nach Art 234 EG an den EuGH zu richten (Anschluss an BVerfG v. 22.10.1986 - 2 BvR 197/83 = BVerfGE 73, 339ff, 366ff; v. 08.04.1987 - 2 BvR 687/85 = BVerfGE 75, 223ff, 245ff, v. 31.05.1990 - 2 BvL 12/88 = BVerfGE 82, 159 ff., 195 ff.). Dies gilt insbesondere auch in Verfahren auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes nach §§ 86a und 86b SGG (vgl. BVerfG, Beschl. v. 29.07.2004 - 2 BvR 2248/03 = DVBl 2004, 1411).
5. In Beschwerde-Verfahren auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes (§§ 86a, 86b, 172 ff., 177 SGG) ist das LSG als letztinstanzliches Gericht i. S. des Art. 234 Abs. 3 EG bei Zweifeln über die Anwendbarkeit und Auslegung europäischen Rechts (hier: unmittelbare Anwendbarkeit einer nicht, nicht vollständig oder verspätet umgesetzten Richtlinie) zur Vorlage an den EuGH verpflichtet, weil sonst den Beteiligten der gesetzliche Richter nach Art 101 Abs. 1 S 2 GG entzogen wird (Anschluss an BVerfG v. 22.10.1986 - 2 BvR 197/83 = BVerfGE 73, 339ff, 366 ff.; vgl. BVerfG Beschl. v. 29.07.2004 - aaO).
6. Die Bundesrepublik Deutschland hat von der in Art. 18 Abs. 2 EGRL 78/2000 ("Allgemeine Gleichbehandlungs-Richtlinie in Beschäftigung und Beruf") vorgesehenen Möglichkeit, hinsichtlich des Merkmals "Alter" eine **Verlängerung der Umsetzungsfrist** um 3 Jahre (bis 02.12.2006) zu beantragen, form- und fristgerecht Gebrauch gemacht (Hinweis auf Vertragsverletzungsverfahren nach Art. 226 EG Aktenzeichen des EuGH - C-43/05).

SG Frankfurt a. M., Beschl. v. 12.05.2005 – S 27 KA 2024/04 ER – wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

Vgl. zuletzt *BSG*, Beschl. v. 27.04.2005 - B 6 KA 38/04 B – RID 05-03-76 (juris); *LSG Hessen*, Beschl. v. 15.12.2004 – L 7 KA 412/03 ER – RID 05-03-41.

B) EINSTELLEN DER TÄTIGKEIT TROTZ AUFSCHIEBENDER WIRKUNG

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 17.05.2005 – L 10 B 10/04 KA ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-04-35**

Zulassung, Beendigung, Altersgrenze, Verwaltungsakt, Widerspruch, aufschiebende Wirkung

SGB V §§ 96 IV, 197a, VwGO §§ 152 ff.

Der Beschluss eines Zulassungsausschusses über die Beendigung der Zulassung wegen Erreichens der Altersgrenze stellt einen Verwaltungsakt (§ 31 SGB X) dar. Ein hiergegen eingelegter Widerspruch hat aufschiebende Wirkung (§ 96 IV 2 i.V.m. S. 1 SGB V). Dennoch muss ein Widerspruchsführer seine Tätigkeit als Vertragsarzt zu diesem Zeitpunkt einstellen. Denn die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs erstreckt sich naturgemäß nicht auf die durch § 95 VII SGB V angeordnete Rechtsfolge.

4. AUSSCHLUSS AUS GEMEINSCHAFTSPRAXIS

SG Marburg, Beschl. v. 14.07.2005 – S 12 KA 74/05 ER –

RID 05-04-36

Beschwerde anhängig

Gemeinschaftspraxis, Zulassungsausschuss, Vertragsarzt

SGB V § 95; Ärzte-ZV § 32 II

Eine Gemeinschaftspraxis muss drei Anforderungen erfüllen: es muss überhaupt eine gemeinsame Ausübung ärztlicher Tätigkeit vorliegen; die zusammenarbeitenden Ärzte müssen Vertragsärzte sein; die gemeinsame Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit muss vom Zulassungsausschuss genehmigt worden sein (vgl. BSG, Urt. v. 19.08.1992 – 6 RKA 36/90 – juris Rdnr. 22).

Die gemeinsame Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit setzt eine tatsächliche gemeinsame Tätigkeit bzw. den Willen hierzu voraus. Fehlt auch nur der Wille eines der an der Gemeinschaftspraxis beteiligten Vertragsärzte, so kann die vertragsärztliche Gemeinschaftspraxis in dieser Form nicht genehmigt bzw. fortgeführt werden. Eine einfache Erklärung eines oder mehrerer Mitglieder der Gemeinschaftspraxis gegenüber den Zulassungsgremien, die Gemeinschaftspraxis in dieser Form nicht mehr fortführen zu wollen, ist für eine Beendigung ausreichend. Dies ist unabhängig von vertraglichen Grundlagen bzw. vertraglichen Verpflichtungen zwischen den Mitgliedern der Gemeinschaftspraxis. Den Zulassungsgremien kommt in diesen Fällen nur eine notarielle Funktion zu, diesem ihr gegenüber kundgetanen Willen einzelner Mitglieder einer Praxisgemeinschaft Rechnung zu tragen.

5. ZULASSUNGSENTZIEHUNG

A) NICHTAUSÜBUNG DER VERTRAGSÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT

LSG Berlin, Urt. v. 01.12.2004 – L 7 KA 13/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-37

Zulassung, Entziehung

SGB V § 96 VI; Ärzte-ZV § 27

Wird die vertragsärztliche Tätigkeit nicht mehr ausgeübt, so ist die Zulassung zu entziehen. Bei der Frage, ob diese Voraussetzung vorliegt, ist allerdings nicht auf den Zeitpunkt der Verwaltungsentscheidung, sondern auf den der letzten mündlichen Verhandlung abzustellen, sofern die angefochtene Entscheidung mangels Anordnung der sofortigen Vollziehung noch keine Rechtswirkung entfaltet.

Die 1959 geb. Kl. wurde ab April 1996 als prakt. Ärztin zugelassen. Seit Dezember 1998 hat sie die Praxis geschlossen. Für sie ist ein Betreuer bestellt. Seit Juni 2000 bezieht sie von der Ärzteversorgung eine Berufsunfähigkeitsrente. Vom Mai bis Dezember 1999 ruhte die Zulassung. Nach einem Verlängerungsantrag entzog der Zulassungsausschuss die Zulassung ab Mai 2000, weil sie über keinen Praxissitz mehr verfüge und weil aufgrund einer schwerwiegenden Erkrankung eine gesetzliche Betreuung gegen ihren Willen eingerichtet worden sei. Die Kl. erhob persönlich Widerspruch. Der Betreuer teilte mit, dass er Kenntnis von dem von der Kl. persönlich erhobenen Widerspruch habe. Er bat darum, ihn über den Fortgang des Verfahrens zu unterrichten. Der Bekl. wies den Widerspruch wegen Fehlens der Einwilligung ihres Betreuers als unzulässig zurück. *SG Berlin*, Urt. v. 25.09.2002 – S 79 KA 477/00 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück. Der Bekl. hob in der mündlichen Verhandlung seinen Beschluss insoweit auf, als danach die Wirkung der Zulassungsentziehung zum Mai 2000 gelten sollte. Klarstellend wies er darauf hin, dass die Zulassungsentziehung mit Eintritt der Bestandskraft der angefochtenen Entscheidungen wirksam werden solle. Im Hinblick hierauf erklärten die Kl. und der Bekl. den Rechtsstreit insoweit übereinstimmend in der Hauptsache für erledigt.

B) ZU GERINGE PSYCHOTHERAPEUTISCHE TÄTIGKEIT

LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 13.10.2004 - L 5 KA 4212/03 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-38

Zulassungsentziehung, Zulassung, Geeignetheit, Sprechzeiten, Praxisumfang

SGB V §§ 72, 75 I, 95 III, VI; Ärzte-ZV § 20 I

Übt ein Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut seine Tätigkeit nicht aus, so kann ihm die **Zulassung entzogen** werden. Damit er seine **Tätigkeit** im Sinne des § 95 VI SGB V (noch) **ausübt**, ist in **objektiver** Hinsicht erforderlich, dass er in ausreichendem Maße Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt, nicht, dass gar keine vertragsärztliche Tätigkeit mehr vorliegt, also letztendlich gar keine sozialversicherten Patienten behandelt werden. Außerdem muss in **subjektiver** Hinsicht der Wille zur kontinuierlichen Teilnahme an deren Versorgung bestehen. Der Vertragsarzt oder Vertragspsychotherapeut muss entsprechend der ihm erteilten Zulassung seine Tätigkeit im jeweiligen Fachgebiet und an seinem Sitz aufnehmen und fortan dauerhaft ausüben, also die Gesamtheit der ihm obliegenden Pflichten als Vertragsarzt oder Vertragspsychotherapeut im Wesentlichen erfüllen (vgl. Senatsurteil vom 21.07.2004 - L 5 KA 1313/04 -).

Der Vertragsarzt muss entsprechend dem Bedürfnis nach einer ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung und den Gegebenheiten seines Praxisbereichs regelmäßig zu den üblichen Sprechzeiten für die Versorgung der Versicherten verfügbar sein und in den Grenzen der Zumutbarkeit und Üblichkeit auch für Notfallbehandlungen und für andere wichtige Fälle außerhalb der Sprechzeiten tätig sein können (näher BSG, Urt. v. 30.01.2002 - B 6 KA 20/01 R - BSGE 89,134; Urt. v. 11.09.2002 - B 6 KA 23/01 R - SozR 5520 § 20 Nr. 4). Das gilt grundsätzlich auch für Vertragspsychotherapeuten, die gem. § 1 III Ärzte-ZV ebenfalls den Eignungsanforderungen des § 20 I Ärzte ZV unterliegen. Da diese aber regelmäßig keine offene Sprechstunde abhalten, sondern ausschließlich eine Bestellpraxis betreiben und auch nicht an Notfalldiensten teilnehmen, sind an die Verfügbarkeit in der eigenen Praxis außerhalb der vereinbarten Behandlungstermine keine allzu hohen Anforderungen zu stellen. Es muss eine mehr als zwanzigstündige wöchentliche Verfügbarkeit in eigener Praxis gefordert werden. Die vertragsärztliche Tätigkeit muss zweifelsfrei den Hauptberuf ausmachen bzw. das Schwergewicht der beruflichen Tätigkeit bilden und ihr das Gepräge geben (so auch LSG Hamburg, Urt. v. 21.11.2001 - II KABf 6/96 - RID 02-02-30 <juris>).

Dem 1957 geb. und 1999 als Psychologischer Psychotherapeut approbierten Kl. entzog der Zulassungsausschuss von Amts wegen die 1999 erteilte Zulassung. Der bekl. Berufungsausschuss wies den Widerspruch zurück und ordnete die sofortige Vollziehung seiner Entscheidung an. Zur Begründung führte er u. a. aus, der Kl. stehe zur Versorgung der Versicherten nicht mehr in erforderlichem Maße zur Verfügung und sei deshalb zur Ausübung der vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit nicht geeignet. So habe er von 26 zugewiesenen gesetzlich Krankenversicherten nur bei einem Patienten 5 Therapieleistungen und bei einem weiteren Patienten 1 Therapieleistung erbracht und abgerechnet, alle anderen nach einer probatorischen Sitzung überwiesen. In den Jahren 2001 und 2002 habe er nur wie folgt abgerechnet: Quartal I/01 4 Fälle, II/01 9 Fälle, III/01 3 Fälle, IV/01 3 Fälle, I/02 1 Fall, II/02 2 Fälle, III/02 26 Fälle und IV/02 5 Fälle (Fachgruppendurchschnitt: (45 Fälle). Er sei außerdem Herausgeber einer Zeitschrift und Inhaber des „Instituts A.“. Somit übe er andere Tätigkeiten aus, die ihn an der Verfügbarkeit für die vertragspsychotherapeutische Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten hinderten. Er habe außerdem seine vertragspsychotherapeutischen Pflichten gröblich und schwerwiegend verletzt. Er habe sich etwa pflichtwidrig geweigert, gutachterliche Äußerungen gegenüber den Krankenkassen abzugeben. Er habe auch gesetzlich krankenversicherte Patienten, die sich mit der Versichertenkarte bei ihm vorgestellt hätten, in die Privatbehandlung abgedrängt. Weiterhin habe er mit einer Internet-Veröffentlichung den Anschein erweckt, er werde gesetzlich Krankenversicherte behandeln, und diesen werde, sofern sie freiwillig versichert seien, die an ihn bezahlte Rechnung erstattet. Schließlich habe der Kl. seine vertragspsychotherapeutischen Pflichten dadurch verletzt, dass er während der Behandlungszeit im Behandlungszimmer ein Kleinkind gehütet und eine Vielzahl von Telefongesprächen geführt habe; weitere Pflichtverletzungen kämen hinzu. Alles in allem sei der Kl. zur Ausübung der vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit ungeeignet, und es müsse ihm die Zulassung entzogen werden. *SG Stuttgart*, Gerichtsbb. v. 16.09.2003 - S 11 KA 1836/03 - wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

6. ERMÄCHTIGUNG

A) ERMÄCHTIGUNG FÜR KONSILIARISCHE BERATUNGEN

LSG Berlin, Urt. v. 01.12.2004 – L 7 KA 12/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-39

Ermächtigung, konsiliarische Beratung
SGB V § 116; Ärzte-ZV § 31a

Der Auffassung der Vorinstanz, wonach kein Anspruch auf eine Ermächtigung besteht, wenn nicht erkennbar ist, in welcher Weise der Krankenhausarzt konsiliarische Leistungen anbieten könnte, die von niedergelassenen Vertragsärzten nicht erbracht werden, ist zu folgen. Soweit es darum geht, die Indikationsstellung für von ihm selbst als Krankenhausarzt durchzuführende Operationen zu überprüfen, ist es nicht nachvollziehbar, diese Leistungen zusätzlich im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu erbringen und zu vergüten.

Der klagende Chefarzt der Klinik für Chirurgie, Unfallchirurgie und Sportmedizin ist Facharzt für Chirurgie mit der Teilgebietsbezeichnung Unfallchirurgie und der Zusatzbezeichnung Sportmedizin. Er beantragte 1999 u. a. erfolglos eine Ermächtigung zur konsiliarischen Beratung zur Operationsindikation (Nr. 1 u. 75 EBM) von Patienten auf deren Überweisung von Vertragsärzten. *SG Berlin*, Urt. v. 14.11.2001 – S 79 KA 418/00 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

B) HISTAMINLIBERATIONS- BZW. FREISETZUNGSTESTS (HFT)

LSG Berlin, Urt. v. 11.05.2005 – L 7 KA 8/02 –

RID 05-04-40

Histaminliberations- bzw. Freisetzungstests (HFT)
EBM '96 Nr. 4288, 4298; EBM '05 32416, 32422

Eine Ermächtigung nach § 31 Ärzte-ZV setzt voraus, dass die Leistung, zu deren vertragsärztlichen Erbringung die Ermächtigung dienen soll, im Leistungskatalog des EBM enthalten ist (BSG SozR 3-2500 § 87 Nr. 14 und § 135 Nr. 11).

Können nach einer EBM-Vorschrift „ähnliche Untersuchungen“ abgerechnet werden, dann hat der Bewertungsausschuss die Konkretisierung der Regelungsbefugnisse auf die jeweilige KV übertragen. Dies ist nur in engen Grenzen möglich. Es muss auf der Hand liegen oder unstreitig sein, welche verschiedenen Tatbestände der ähnlichen Untersuchung die Leistung zuzurechnen ist. Es dürfen ferner nicht solche Leistungen zugeordnet werden, die von ihrem Anwendungsbereich her darauf angelegt sind, in der vertragsärztlichen Versorgung in großem Umfang und/oder mit erheblichen finanziellen Auswirkungen eingesetzt zu werden (BSG SozR 3-2500 § 135 Nr. 11). Diese Voraussetzungen werden für die Durchführung von Laboruntersuchungen aus Vollblut mit dem Ziel, Insektengiftallergien im Wege des sog. Histaminliberations- bzw. Freisetzungstests (HFT) zu erkennen, nicht erfüllt. Es besteht daher kein Anspruch auf Ermächtigung zu diesen Leistungen.

SG Berlin, Urt. v. 12.12.2001 – S 71 KA 33/98 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

VI. KOLLEKTIVER ZULASSUNGSVERZICHT: UNTERLASSUNGSANSPRUCH/ANORDNUNGSGRUND

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 12.10.2005 – L 3 KA 128/05 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 05-04-41

Öffentlich-rechtlicher Unterlassungsanspruch, Zulassungsverzicht, Systemversagen, Kollektivverzicht
SGB V §§ 72 I, 95b; SGG § 86b II; GG Art. 12 I

Eine Kieferorthopädin kann sich auf einen **öffentlich-rechtlichen Unterlassungsanspruch** berufen, der sich als Abwehrrecht unmittelbar aus Art. 12 I GG ergibt, wenn zu besorgen ist, die Krankenkasse würde künftig durch – in ihrer Funktion als Hoheitsträger verlautbarte – unrichtige Erklärungen rechtswidrig in ihre grundrechtlich geschützte Berufsausübungsfreiheit eingreifen. Ein derartiger Eingriff liegt einer **Pressemitteilung**, die die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen abgegeben haben und mit denen sie sinngemäß den gesetzlich Krankenversicherten in Niedersachsen gegenüber erklärt haben, diese könnten kieferorthopädische Behandlungen zu Lasten der GKV nicht bei solchen Kieferorthopäden durchführen, die ihre Zulassung im Rahmen eines abgestimmten Verfahrens zurückgegeben haben.

§ 95b Abs. 3 SGB V regelt einen speziellen Fall des Systemversagens und erweitert damit den Kreis der im Ergebnis zu Lasten der Kassenbehandlungsberechtigten Ärzte und Zahnärzte in grundsätzlich vergleichbarer Weise wie § 13 Abs. 3 SGB V, sieht anstelle der bloßen Erstattungspflicht der Kassen jedoch deren Pflicht zur Zahlung unmittelbar an die betroffenen Ärzte bzw. Zahnärzte vor. Es handelt sich um einen Fall eines **unwiderleglich vermuteten Systemversagens bei Kollektivverzicht**, so dass im Einzelfall nicht mehr dargelegt werden muss, dass es zu Versorgungslücken gekommen ist. In dieser Weise ist § 95b Abs. 3 SGB V ersichtlich auch vom BSG verstanden worden (SozR 3-2500 § 29 Nr. 3 – betreffend kieferorthopädische Behandlung).

Eine **absolute Grenze der Geltungsdauer** der aus § 95b Abs. 3 folgenden Rechtslage dürfte sich allerdings aus § 95b Abs. 2 ergeben, wonach kollektiv ausgeschiedene Ärzte in Zulassungsbezirken im Sinne des § 72a Abs. 1 eine erneute Zulassung nach Ablauf von 6 Jahren erhalten können.

Ein **Antrag auf vorläufige Feststellung** einer Verpflichtung einer Krankenkasse, einer Kieferorthopädin zahnärztliche Leistungen in sog. **Neufällen** in Höhe des 1,0-fachen GOZ-Satzes zu vergüten, ist unbegründet, weil es an einem **Anordnungsgrund fehlt**. Wer an einem kollektiven Zulassungsverzicht teilnimmt, handelt rechtswidrig und hat die eingetretene nachteilige Situation schon deshalb mitzuverantworten.

Die aus der vertragszahnärztlichen Versorgung kollektiv ausgeschiedenen Kieferorthopäden bleiben im öffentlichen Interesse weiterhin aufgerufen, ihre **rechtswidrige Aktion zu beenden** und in das **vertragszahnärztliche System zurückzukehren**, solange die Versorgung der Versicherten ohne sie nicht sichergestellt ist; vieles spricht sogar dafür, dass sie auf der Grundlage der gemäß § 95b Abs. 3 bestehenden Nachhaft zum vertragszahnärztlichen System hierzu verpflichtet sind.

Wenn eine Kieferorthopädin meint, die Vergütung ihrer Behandlungen von Versicherten der GKV gerade über § 95b Abs. 3 im Wege der einstweiligen Anordnung durchsetzen zu müssen, kann dies nur als Ausdruck ihrer weiter bestehenden Absicht gewertet werden, in einer gemeinsam mit anderen Kieferorthopäden durchgeführten **berufspolitisch motivierten Aktion** das gesetzlich vorgegebene System der vertragszahnärztlichen Versorgung in ihrem Fachgebiet zu treffen. Diese gegen das Gesetz gerichtete Entscheidung ist im vorliegenden Zusammenhang aber nicht schutzwürdig; die Geltendmachung vorläufigen Rechtsschutzes zum Zweck ihrer Durchsetzung ist **rechtsmissbräuchlich**. Denn es kann nicht Aufgabe des vorläufigen Rechtsschutzes sein, ihr mit gerichtlicher Hilfe nicht nur die Ergebnisse ihres rechtswidrigen Verhaltens zu sichern, sondern sie auch finanziell in die Lage zu versetzen, den genannten rechtswidrigen Zustand aufrechtzuerhalten.

Lediglich in den Fällen, in denen ausgeschiedenen Kieferorthopäden wegen des Eingreifens der **Wiederzulassungssperre** gemäß § 95b Abs. 2 die Rückkehr in das vertragszahnärztliche System versagt bleibt und der dauerhafte Ausfall von Forderungen nach § 95b Abs. 3 deshalb den Weiterbestand der Praxis gefährdet, erfordert Art. 12 Abs. 1 GG in Fällen der vorliegenden Art, eine einstweilige Anordnung zu Gunsten des Betroffenen zu erlassen (vgl. Senatsbeschluss v. 12. Oktober 2005 – L 3 KA 109/05 ER).

Die Ast. hat – ebenso wie 25 weitere Kieferorthopäden – vor dem SG den Erlass einer einstweiligen Anordnung mit dem Ziel beantragt, die Antragsgegner zu verpflichten, es zu unterlassen, ihren Versicherten bzw. den Versicherten ihrer Mitgliedskassen gegenüber zu erklären, die Kieferorthopäden dürften neue Behandlungen zu Lasten der Krankenkassen nicht beginnen. Außerdem hat sie die Feststellung beantragt, dass die Antragsgegner bzw. ihre Mitgliedskassen bis zu einer Entscheidung im Hauptsacheverfahren verpflichtet sind, den Kieferorthopäden solche zahnärztlichen Leistungen in Höhe des 1,0-fachen GOZ-Satzes zu vergüten, die diese an Patienten erbringen, die nach dem Zulassungsverzicht der Kieferorthopäden bei diesen eine kieferorthopädische Behandlung begonnen haben. **SG Hannover**, Beschl. v. 20.06.2005 – S 35 KA 76/05 ER – hat den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung abgelehnt, das **LSG** verpflichtete, es zu unterlassen, ihren Versicherten bzw. den Versicherten ihrer Mitgliedskassen gegenüber zu erklären, die Antragstellerin dürfe neue Behandlungen zu Lasten der Krankenkassen nicht beginnen und wies im Übrigen die Beschwerde zurückgewiesen.

VII. KV HESSEN: EHV UND NICHTÄRZTLICHE PSYCHOTHERAPEUTEN

SG Frankfurt a. M., Urt. v. 13.04.2005 – S 28/27 KA 1215/00 –

RID 05-04-42

Erweiterte Honorarverteilung, EHV, Psychotherapeut
SGB V § 85 IV

Nach der Satzung der KV Hessen besteht kein Anspruch nichtärztlicher Psychotherapeuten auf Aufnahme in die Erweiterte Honorarverteilung.

Der Kl., ein psychologischer Psychotherapeut, beantragte nach Mitgliedschaft in der KV Hessen aufgrund des PsychThG erfolglos die Aufnahme in die Erweiterte Honorarverteilung. Das **SG** wies die Klage ab.

Zur EHV s. zuletzt RID 04-03-A XI (S. 30).

Aus den Gründen:

„(...) § 8 des Gesetzes über die Kassenärztliche(n) Vereinigung Hessen bezieht sich allein (auf) Kassenärzte und nicht auf eventuell andere Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung. Waren in der EHV, die vor dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (...) in § 1 „alle Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung“ genannt, wurde dieser Text – zur Klarstellung – 2001 geändert. Jetzt bezieht sich § 1 auf die ärztlichen Mitglieder. Damit ist der psychologische Psychotherapeut nicht gemeint und er fällt auch nicht unter den Begriff „ärztlich“. Die Beklagte war auch berechtigt, eine solche Änderung vorzunehmen. Die Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung sind von der Abgeordnetenversammlung auf Grund von § 368 f Abs. 1 RVO und § 8 des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen vom 22.12.1953 beschlossen worden. Damals und bis zum Jahre 1998 nahmen nur Ärzte an der kassenärztlichen Versorgung teil und nicht auch psychologische Psychotherapeuten. Somit bezog sich die Satzung von Anfang an nur auf Ärzte, ohne dass dies wörtlich umschrieben werden musste. Von Anfang an waren die Kassenärzte gemeint. Auf Grund dieser Tatsache ist auch die hinter der EHV stehende Kalkulation zu sehen. Basis der Kalkulation bildet die Einkommensstruktur der Ärzte. Erst durch das Psychotherapeutengesetz wurde der Zugang zur Kassenärztlichen Vereinigung auch dieser Gruppe gewährt. Eine Einbeziehung der Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten hätte einer ausdrücklichen Benennung in der Satzung bedurft. Um Missverständnissen vorzubeugen, hat die Beklagte dann auch in der ab (dem) Jahre 2001 geltenden Satzung dem Wort „Mitglieder“ das Wort „ärztliche“ vorangestellt.

Dem Kläger ist in seiner Argumentation nicht zu folgen. Er ist zwar als psychologischer Psychotherapeut seit dem 01.01.1999 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, damit hat jedoch nicht zwingend eine Aufnahme in den Kreis derjenigen Ärzte zu folgen, die zum Bereich der EHV gehören. Der EHV bildet einen rechtsgültigen Bestandteil des Satzungsrechtes. Der Beklagten wird eine Satzungsautonomie zugestanden. Dies ist gefestigte Rechtsprechung (siehe z. B. HLSG, Urteil vom 12.04.1997, Az.: L 7 KA 987/94). Somit kann sie auch bestimmten Gruppen den Zugang zu den Leistungen der EHV verwehren. Die Beklagte hat ihre Grundsätze zur Erweiterten Honorarverteilung letztlich nicht abgeändert, sondern klarstellend das Wort Mitglieder näher erläutert. Sie hat klargestellt, dass nach der Formulierung des Gesetzes und der Satzung die EHV nur Ärzten und damit nicht den nichtärztlichen Psychotherapeuten offen stehen soll.

Die Beklagte verweigert auch nicht den sozialen Schutz. Denn auch der Vertragsarzt ist meist nicht mehr allein auf die Bezüge der EHV angewiesen. Zum anderen muss oder kann die Beklagte auch die Belange der bisher in der EHV beteiligten Mitglieder schützen, in dem sie neue Gruppen nicht herein nimmt. Bei den nichtärztlichen Psychotherapeuten besteht die Schwierigkeit, dass die oft unzureichende Honorierung das durchschnittliche Honorar und die EHV-Beiträge absenken würden. Dies hätte eine sofortige Minderung der EHV-Anspruchssätze zur Folge. Bei Aufnahme der nichtärztlichen Psychotherapeuten in die EHV würden demnach die zum Teil sehr lange Zeit bestehenden Anwartschaften der teilnehmenden Ärzte empfindlich getroffen. Sie wären in ihren Besitzstand beeinträchtigt. Der Bestandsschutz hat aber hier in der vorliegenden Problematik – EHV und neues Psychotherapeutengesetz – vorrangig Bedeutung.

Nach allem ist festzustellen, dass der Kläger an der EHV nicht teilnehmen kann. (...)“

VIII. ABSCHLAGSZAHlungen NACH AUSLAUFEN DES GESAMTVERTRAGES

Vergütungsvereinbarung, Vertrauensschutz, Vertragsauslegung, Abschlagszahlung

SGB V §§ 81 I 4, 83, 85 I u. II, 89 I; BGB §§ 133, 157

SG Berlin, Beschl. v. 11.05.2004 – S 71 KA 76/04 ER –

RID 05-04-43

Regelungen in einem Gesamtvertrag über zu leistende Abschlagszahlungen sind auch für das Folgejahr aufgrund einer entsprechenden Anwendung von § 89 I 2 SGB V gültig. Es kann nicht Sache der einzelnen Krankenkasse sein, einseitig Veränderungen der Zahlungsmodalitäten vorzunehmen. Wäre es jeder einzelnen Kasse freigestellt, nach Ablauf einer Vergütungsvereinbarung nach eigenen Vorstellungen Abschlagszahlungen zu leisten, wäre eine ordnungsgemäße Arbeit der KV infrage gestellt. Auch die Einführung der sog. Praxisgebühren berechtigt nicht zur Kürzung der Abschlagszahlungen.

LSG Berlin, Beschl. v. 20.01.2005 – L 7 B 19/04 KA ER –

RID 05-04-44

Eine Vergütungsvereinbarung, die keine Klausel für eine Fortgeltung im Nachfolgejahr enthält, gibt keinen Anspruch auf weitere Abschlagszahlungen für das Folgejahr. Weder der Grundsatz des Vertrauensschutzes im Hinblick auf jahrelang vereinbarte ähnliche oder gleich lautende Bestimmungen der Vergütungsverträge noch die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung berechtigen die Sozialgerichte, im Wege einer ergänzenden Vertragsauslegung in entsprechender Anwendung der §§ 133, 157 BGB einen vertragslosen Zustand hinsichtlich der Abschlagszahlungen zur Vergütung vertragsärztlicher Leistungen zu schließen.

Erst nach Vorliegen eines Schiedsspruches oder einer diesen ersetzenden Entscheidung der Aufsichtsbehörden kann sich einer der Vertragspartner an die Sozialgerichte wenden; auch in diesem Falle ist der Rechtsschutz aber auf die Erhebung der Anfechtung des Schiedsspruches oder der aufsichtsbehördlichen Entscheidung und im Rahmen des vorläufigen Rechtsschutzes auf die Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage beschränkt.

Der beigel. Landesverband der Betriebskrankenkassen und die antragstellende KV schlossen am 05.01.2004 für das Jahr 2003 eine Vergütungsvereinbarung, in der u. a. die monatlich von den Betriebskrankenkassen an die KV zu leistenden Abschlagszahlungen geregelt wurden. § 17 bestimmt, dass die Kassen am 15. eines jeden Kalendermonats nach Anforderung durch die KV eine Abschlagszahlungen von 32% der Gesamtvergütung des Quartals des Vorjahres leisten. Im Jahr 2004 teilte die Ag. mit, dass fortan wegen der Praxisgebühr eine Anpassung der monatlichen Abschlagszahlungen vorgenommen werde. Für jeden Monat werde einen Betrag abgesetzt, der sich aus 10% der ambulant kurativen Fälle des der Abschlagszahlung zu Grunde zulegenden Quartals multipliziert mit 10 € errechnet werde. Dieses Verfahren werde solange beibehalten, bis eine den neuen Gegebenheiten angepasste Regelung über Abschlagszahlungen vorliegen oder genauer Erkenntnisse über zu erwartende Zuzahlungen vorlägen. **SG Berlin**, verpflichtete die Krankenkasse im Wege der einstweiligen Anordnung, die monatlichen Abschlagszahlungen im Jahr 2004 gemäß der geschlossenen Vereinbarung bis zum Abschluss einer Änderungsvereinbarung zu leisten. Das **LSG** lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

Parallelverfahren: **SG Berlin**, Beschl. v. 24.05.2004 – S 83 KA 75/04 ER –
LSG Berlin, Beschl. v. 20.01.2005 – L 7 B 20/04 KA ER –

RID 05-04-45

SG Berlin, Beschl. v. 09.07.2004 – S 79 KA 38/04 ER –
LSG Berlin, Beschl. v. 20.01.2005 – L 7 B 33/04 KA ER –

RID 05-04-46

Zum Gesamtvergütungsabschlag vgl. RID 05-01-X 1 c u. d (S. 45 f.); RID 04-04-XIII 1 c (S. 34).

Zur **Bindung** einer Krankenkasse an einen vom Landesverband mit der KV geschlossenen **Gesamtvertrag** und die darin für sie vereinbarte Kopfpauschale je Versichertem sowie zur Zahlung von **Prozesszinsen** vgl. **BSG**, Urt. v. 28.09.2005 – B 6 KA 71 u. 72/04 R -.

IX. VERFAHRENSRECHT

1. RECHTSWEG

A) BGH: INSOLVENZVERWALTER UND HONORARANSPRUCH GEGEN KV

BGH, Urt. v. 04.08.2005 - IX ZR 117/04 - www.bundesgerichtshof.de

RID 05-04-47

Rechtsweg, Insolvenz, Insolvenzverwalter, Insolvenzverfahren, Honoraranspruch

GVG § 13; InsO §§ 96 I Nr. 3, 143 I 1; SGG § 51 I

Für die Klage eines Insolvenzverwalters in einem eröffneten Insolvenzverfahren über das Vermögen eines Vertragsarztes gegen eine KV auf die Erfüllung von Honoraransprüchen, die die Aufrechnung mit Regressansprüchen (§ 52 II BMV-Ä/§ 48 II EKV-Ä) erklärt hat, ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet.

Die Frage der Anfechtbarkeit der Aufrechnungslage ist nicht rechtswegbestimmend. Maßgeblich ist vielmehr, welcher Rechtsordnung der Klageanspruch angehört (vgl. **BGH**, Beschl. v. 02.06.2005 - IX ZB 235/04 - RID 05-04-147).

B) STREITIGKEITEN AUS VERTRÄGEN NACH § 76 VI SGB V

S. a. **BSG**, Urt. v. 06.11.2002 – B 6 KA 39/01 R – juris; **SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 15.08.2001 - KA 3128/00 - RID 01-04-53 (juris); **VG Frankfurt a. M.**, Beschl. v. 25.10.2001 - 5 E 3304/01 (2) - RID 01-04-129.

VG Gießen, Beschl. v. 22.01.2004 – 5 E 1134/03 –

RID 05-04-48

Rechtsweg, Vertragsarztrecht

SGG § 51

Eine Streitigkeit einer KV gegen einen Sozialhilfeträger auf der Grundlage eines Vertrags nach § 75 Abs. 6 SGB V gehört zum Vertragsarztrecht, wofür die Sozialgerichte zuständig sind.

VG Frankfurt a. M., Beschl. v. 15.08.2005 – 7 E 6411/03 (1) –

RID 05-04-49

Zuständig für eine Klage auf der Grundlage eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs wegen behaupteter Nichtigkeit eines Rahmenvertrages über die ambulante ärztliche Versorgung der Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz bzw. nach dem BSHG, der zwischen einer KV mit einem Städte- und Landkreistag auf der Grundlage des § 76 VI SGB V abgeschlossen wurde, sind die Sozialgerichte, da es sich um eine Streitigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung handelt (§ 51 I Nr. 2, 1. Hs. SGB V).

2. MITGLIED DES BESCHWERDEAUSSCHUSSES ALS EHRENAMTLICHER RICHTER

LSG Hessen, Urt. v. 13.07.2005 – L 6/7 KA 564/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-50

Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 6 KA 59/05 B

Ehrenamtlicher Richter, Beschwerdeausschuss, Ausschluss, Unparteilichkeit, Misstrauen

SGB V § 106; SGG § 60; ZPO § 42

Ein ehrenamtlicher Richter, der an der streitbefangenen Entscheidung des Beschwerdeausschusses nicht mitgewirkt hat, aber an einem anderen (früheren oder späteren) Verfahren, ist nicht gemäß § 60 II SGG von der Ausübung des Richteramtes ausgeschlossen. Da es sich bei den Regelungen des Ausschlusses vom Richteramt und der Ablehnung eines Richters um Ausnahmen von der Bestimmung des gesetzlichen Richters handelt, sind diese keiner erweiternden Auslegung zugänglich.

Die Zugehörigkeit eines ehrenamtlichen Richters zu dem beklagten Beschwerdeausschuss führt nicht zu seinem Ausschluss nach §§ 60 I SGG, 41 Nr. 4 ZPO, wenn er nicht den Beklagten zu vertreten berechtigt war bzw. ist. Darin liegt auch kein Grund, der geeignet ist, Misstrauen gegen die Unparteilichkeit des ehrenamtlichen Richters zu rechtfertigen, §§ 60 Abs. 1 SGG, 42 ZPO. Dass der ehrenamtliche Richter dem Beklagten angehört (hat) und in einem anderen Fall an einer den Kläger belastenden Entscheidung des Beklagten mitgewirkt hat, führt nicht dazu, dass ein Beteiligter von seinem Standpunkt aus nach vernünftigen Erwägungen Bedenken gegen die Unparteilichkeit eines Richters haben kann.

SG Frankfurt a. M., Gerichtsbb. v. 17.04.2002 – S 27 KA 3103/00– wies die Klage eines Zahnarztes gegen einen Prüfbescheid wegen Unwirtschaftlichkeit (offensichtliches Missverhältnis des Gesamtfallwertes bei belassener Restüberschreitung von 40 %) weitgehend ab, das *LSG* die Berufung zurück.

3. ISOLIERTE KOSTENGRUNDENTSCHEIDUNG UNANFECHTBAR

LSG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 22.09.2005– L 1 B 1000/05 KA –

RID 05-04-51

Beschwerde, Kosten, Kostengrundentscheidung

SGG §§ 172 I, 197a I 1 Hs. 3; VwGO § 158 II

Eine Entscheidung über die Kosten in Verfahren, für die § 197a SGG gilt, ist unanfechtbar, sofern eine Entscheidung in der Hauptsache nicht ergangen ist.

X. STREITWERT/GENGENSTANDSWERT

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

Nach *BSG*, Urt. v. 23.02.2005 – B 6 KA 72/03 R – (juris Rdnr. 33) ändert der in Verfahren der **Wirtschaftlichkeitsprüfung** aus prozessualen Gründen zweckmäßige Bescheidungsantrag nichts daran, dass das wirtschaftliche Interesse des Vertragsarztes regelmäßig auf die Beseitigung der Honorarkürzungen abzielt, sodass der Streitwert auch bei einem solchen Antrag den vollen Kürzungsbetrag umfasst.

Nach *BSG*, Beschl. v. 01.09.2005 – B 6 KA 41/04 R – juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de und *BSG*, Beschl. v. 26.09.2005 – B 6 KA 69/04 B – (beide diese Ausgabe) ist in Abkehr zur früheren Rechtsprechung in Zulassungsangelegenheiten der Gegenstandswert in der Regel in Höhe der dreifachen Jahreseinnahmen abzüglich der durchschnittlichen Praxiskosten in der jeweiligen Behandlergruppe festzusetzen.

1. HONORARMEHRFORDERUNGEN (BESCHRÄNKUNG VON NOTDIENSTEN)

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 11.08.2005 – L 3 KA 78/05 ER – RID 05-04-21

Aus den Gründen (Das LSG setzte den Streitwert auf 19.200,- EUR fest):

„(...) Die endgültige Festsetzung des Streitwertes beruht auf § 197 a Abs. 1 Satz 1 SGG i. V. m. §§ 53 Abs. 3 Nr. 4, 52 Abs. 1 und 47 Abs. 1 Gerichtskostengesetz (GKG). Der Streitwert bemisst sich nach dem wirtschaftlichen Interesse, das der Antragsteller mit seinem Antrag verfolgt hat. Nach den Angaben der Notdienstkommission in der Auskunft vom 20. Februar 2005 bewegt sich die Vergütung eines Notdienstes (die besonderen Feiertagsregelungen ausgenommen) zwischen 140 EUR und 700 EUR und liegt durchschnittlich bei (gerundet) 400 EUR pro Dienst. Ausgehend von der Prämisse, dass der Antragsteller durchschnittlich viermal wöchentlich Notdienst leisten würde, ergibt sich daraus eine zusätzliche Honorarsumme von 800 EUR pro Woche und damit 9.600 EUR pro Quartal. Entsprechend der Rechtsprechung des Senats zur **Streitwertbemessung bei Honorarmehrforderungen** sind diesbezüglich **zwei Honorarjahre** in Ansatz zu bringen (vgl. Senatsbeschluss vom 28. Mai 2004 – L 3 B 129/03 KA), was zu einer Gesamtsumme von 76.800 EUR führt. Hiervon war – entsprechend der Senatsrechtsprechung zu Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes – ¼ zu berücksichtigen, woraus sich der tenorierte Betrag ergibt.

Diese Entscheidung ist nicht anfechtbar (§ 177 SGG, § 68 Abs. 1 S. 5 i.V.m. § 66 Abs. 3 S. 3 GKG).“

2. ZULASSUNGSENTZIEHUNGSVERFAHREN

LSG Rheinland-Pfalz, Beschl. v. 25.04.2005 – L 5 B 39/05 KA –juris = ZMGR 2005, 149

RID 05-04-52

Gegenstandswert, Zulassungsstreitigkeit

BRAGO § 8 II 2 Halbs. 2, 116 II; GKG § 13 I 1

In Zulassungsstreitigkeiten kommt es bei der Bemessung des Gegenstandswertes auf die Höhe der Einnahmen an, die ein Vertragsarzt im Falle der Zulassung innerhalb der nächsten 5 Jahre hätte erzielen können (vgl. BSG vom 28.01.2000 - B 6 KA 22/99 R = JurBüro 2001, 253).

Bei einer Entziehung der Zulassung ist der Umsatz maßgebend, den der betreffende Arzt nach seinen individuellen Verhältnissen wahrscheinlich erzielt hätte.

Im Falle eines Einnahmenrückgangs ist es angemessen, für die Prognostizierung des Honorars im Falle der Fortführung der Praxis nur zwei letzten zurückliegenden Jahre zu berücksichtigen.

SG Mainz, Beschl. v. 03.02.2005 setzte den Streitwert in einem Zulassungsentziehungsverfahren auf 380.000 € fest, das *LSG* auf 232.756,06 €.

3. SONDERBEDARFSZULASSUNG: EINFACHER JAHRESUMSATZ

SG Marburg, Beschl. v. 20.07.2005 – S 12 KA 354/05 ER –

RID 05-04-53

Der Streitwert im Verfahren über eine Sonderbedarfszulassung ist auf den einfachen Jahresumsatz einer psychotherapeutischen Praxis nach Abzug der Unkosten, hier auf 40.000 Euro geschätzt, festzusetzen. Für das Einstweilige Anordnungsverfahren ist hiervon ein Drittel zu nehmen.

4. WEITERE STREITWERTFESTSETZUNGEN

A) AUSGELAGERTE PRAXISRÄUME IN BENACHBARTEM PLANUNGSBEREICH

SG Marburg, Beschl. v. 06.09.2005 – S 12 KA 454/05 ER – RID 05-04-19

Aus den Gründen (Das SG setzte den Streitwert auf 1.667 EUR fest):

Der Streitwert war auf 1/3 des Regelstreitwertes festzusetzen. Im Streit stand nicht, dass die Antragstellerin die MRT-Leistungen erbringen darf, sondern nur an welchem Ort. Ein wirtschaftlicher Wert hierfür ist nicht ersichtlich, weshalb auf den Regelstreitwert zurückzugreifen war. Die Quotelung erfolgt wegen der Vorläufigkeit dieses Verfahrens. Dies ergab den festgesetzten Wert.“

B) EINSTWEILIGES ANORDNUNGSVERFAHREN GEGEN HONORARBERICHTIGUNGSBESCHEID

SG Marburg, Beschl. v. 17.10.2005 – S 12 KA 783/05 ER -

RID 05-04-07

Der Streitwert in einem einstweiligen Anordnungsverfahren gegen einen Honorarberichtigungsbescheid (hier: 30.080,84 €) ist nach den grob geschätzten Zinskosten (10 %) für die Dauer eines Jahres für das Hauptsacheverfahren in erster Instanz zu bemessen.

XI. ENTSCHEIDUNGEN DES BSG

1. HONORARVERTEILUNG

A) EINHEITLICHER HONORARTOPF FÜR FACHÄRZTE

BSG, Urt. v. 22.06.2005 – B 6 KA 5/04 R -

RID 05-04-54

Leitsatz:

Eine Verpflichtung, im Honorarverteilungsmaßstab den einzelnen Arztgruppen getrennte Honorarkontingente zuzuordnen, besteht nicht.

B) ARZTZAHLVERÄNDERUNGSREGELUNG FÜR HONORARTOPFKONTINGENTE

BSG, Beschl. v. 22.06.2005 - B 6 KA 68/04 B -

RID 05-04-55

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen LSG Sachsen, Urt. v. 31.03.2004 – L 1 KA 8/00 - wird zurückgewiesen. Dem Ziel, zu verhindern, dass eine Fachgruppe ihre Leistungsmenge zu Lasten der Honorarvolumina anderer Fachgruppen ausweiten kann, widerspräche es, wenn die Erhöhung der Arztzahl einer Fachgruppe unabhängig davon, ob damit eine bedarfsbedingte Ausweitung der Leistungsmenge einhergeht, eine Steigerung ihres Honorarvolumens zu Lasten anderer nach sich zöge. Das liefe auf die Anerkennung angebotsinduzierter - sich je nach Arztzahl ändernder - Honorarvolumina hinaus bzw. trüge in sich die Tendenz zu einer auslastungsunabhängigen Alimentierung der Vertragsärzte. Eine Arztzahlveränderungsregelung eines HVM, nach der ab dem 01.01.1997 die seit dem 31.12.1995 eingetretenen Veränderungen der Ärztezahlen für die Honorarvolumina der sog Fachgruppentöpfe (Facharztfonds) zu berücksichtigen sind und die dazu führt, dass jede Änderung der Arztzahl in einer Facharztgruppe automatisch zu einer Erhöhung oder Verminderung des ihr zugeordneten Honorarvolumens und zugleich zur Verringerung bzw. Erhöhung der den anderen Arztgruppen zugeordneten Honorarvolumina führt, ist rechtswidrig. Zur Rechtfertigung der Regelung bedürfte es weiterer Gründe, so z. B., dass zugleich eine medizinisch gerechtfertigte Änderung des Leistungsgeschehens vorliegt - etwa durch Veränderungen der Zusammensetzung der Patientenschaft, der Zahl der Patienten und Behandlungsfälle, oder durch eine sonstige bedarfsbedingte Expansion oder Reduktion der ärztlichen Leistungen.

C) KEIN ANSPRUCH AUF "NACHVERHANDLUNG" DER GESAMTVERGÜTUNGSHÖHE

BSG, Beschl. v. 25.05.2005 - B 6 KA 27/04 B -

RID 05-04-56

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Sachsen*, Urt. v. 31.03.2004 – L 1 KA 4/01 - RID 05-03-04 wird zurückgewiesen.

Der einzelne Vertragsarzt hat keinen Anspruch darauf, im Falle von Gesamtvergütungsnachzahlungen für zurückliegende Zeiträume die Honorarverteilungen bzw. Honorarbescheide für jene Quartale aufgestockt zu erhalten (vgl. BSG v. 09.12.2004 - B 6 KA 84/03 R = Parallelentscheidung von B 6 KA 44/03 R).

D) STRUKTURVERTRAG: BESCHRÄNKUNG DER FACHGRUPPEN (ENDOSKOPIE OHNE CHIRURGEN)

BSG, Beschl. v. 22.06.2005 – B 6 KA 22/04 B -

RID 05-04-57

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Bayern*, Urt. v. 10.11.2004 – L 12 KA 26/03 – RID 05-02-06 wird zurückgewiesen.

Öffentlich-rechtliche Institutionen haben bei Vertragsschlüssen im Regelfall ein Ermessen, ob sie solche Verträge überhaupt und mit welchem Inhalt sie abschließen. Der ihrer Hoheitsgewalt Unterworfenen hat grundsätzlich keinen Anspruch auf Abschluss eines Vertrages mit bestimmtem Inhalt, es sei denn, die zu Grunde liegenden Rechtsnormen enthalten entsprechende Vorgaben. Anhaltspunkte dafür, dass dies beim Abschluss von Verträgen gemäß §§ 72 II, 83 SGB V und auch bei Strukturverträgen gemäß § 73a SGB V grundsätzlich anders sein könnte, sind weder vorgetragen noch ersichtlich. Das Ermessen wird in § 73a SGB V zudem durch dessen Ausgestaltung als "Kann"-Vorschrift besonders betont. Die Ermessens- bzw. Gestaltungsfreiheit ist im Bereich von Abschluss

und Ausformung öffentlich-rechtlicher Verträge, jedenfalls im Rahmen des § 73a SGB V, größer als bei der Schaffung und Ausgestaltung des EBM. Während dieser die Vergütungsgrundregelung für die Honorierung darstellt, sehen fakultative Strukturverträge zusätzliche Vergütungen vor.

Die Ermessensfreiheit bei Abschluss und Ausformung von Strukturverträgen und deren Vergütungsregelungen unterliegt jedoch insofern einer Begrenzung, als öffentlich-rechtliche Institutionen bei ihrer Tätigkeit die Grenze der Sachwidrigkeit beachten müssen (Art 3 I GG).

Für die Begrenzung des Strukturvertrages auf fachärztliche Internisten und den Ausschluss der Chirurgen reicht es aus, dass die nach dem Vertrag zu fördernden Leistungen den Internisten näher stehen als den Chirurgen und die Leistungen in deutlich größerer Zahl von Internisten als von Chirurgen erbracht werden.

E) UMFANG DER KLAGEBEGRÜNDUNG U. TEILWEISE BESTANDSKRAFT EINES HONORARBESCHEIDS

BSG, Urt. v. 23.02.2005 – B 6 KA 77/03 R -

RID 05-04-58

Leitsatz:

Auch bei einem vertragsärztlichen Honorarbescheid kann eine Teilanfechtung oder eine teilweise Klagerücknahme nur angenommen werden, wenn der Wille des Klägers zur Begrenzung des Streitgegenstands klar und eindeutig zum Ausdruck gekommen ist. Im Zweifel ist von einem umfassenden Rechtsschutzbegehren des Klägers auszugehen.

F) AUFHEBUNG BESTANDSKRÄFTIGER HONORARBESCHEIDE

BSG, Urt. v. 22.06.2005 – B 6 KA 21/04 R -

RID 05-04-59

Die Entscheidung einer KV, bestandskräftig gewordene, rechtswidrige belastende Honorarbescheide im Hinblick auf die finanziellen Auswirkungen für die aktuelle Gesamtvergütung nicht zurückzunehmen, ist nicht ermessensfehlerhaft.

Parallelverfahren: *BSG, Urt. v. 22.06.2005 – B 6 KA 24/04 R -*

RID 05-04-60

G) ZAHNÄRZTE – ABGESENKTER PUNKTWERT AUCH IM JAHR 2000

BSG, Urt. v. 27.04.2005 – B 6 KA 23/04 R -

RID 05-04-61

Grundsätzlich haben allerdings einzelne Vertrags(zahn)ärzte keine Befugnis bzw. kein Recht, eine Gesamtvergütungsvereinbarung anzufechten (hierzu s. z.B. BSGE 76, 48, 49 f = SozR 3-2500 § 120 Nr. 5 S 27) oder sie inzident in einem Honorarstreit als rechtswidrig zu beanstanden (vgl. dazu BSG, Urt. v. 14.07.1965, SozR Nr. 2 zu § 368h RVO = Breithaupt 1966, 16). Eine Ausnahme hiervon dürfte auch dann nicht in Betracht zu ziehen sein, wenn die Gesamtvertragsparteien eine den Gesamtvergütungsvertrag ergänzende Protokollnotiz mit einer möglichen Nachzahlungspflicht der Krankenkassen vereinbart haben, die sich auf eine innerhalb des Gesamtvergütungsvertrags getroffene Punktwertfestlegung bezieht. Diese Frage bedarf hier aber keiner abschließenden Entscheidung.

Die Gesamtvergütungsvereinbarung für das Jahr 2000 knüpfte bei ihren Punktwertfestlegungen zu Recht an die für 1999 reduzierten Ausgabenvolumina und Punktwerte an (Urt. v. heutigen Tag in den Verfahren B 6 KA 22/04 R und B 6 KA 42/04 R)

Parallelverfahren: *BSG, Urt. v. 27.04.2005 – B 6 KA 22/04 R -*

RID 05-04-62

2. WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG/REGRESS

A) STICHPROBENWEISE EINZELFALLPRÜFUNG MIT HOCHRECHNUNG

BSG, Urt. v. 23.02.2005 – B 6 KA 72/03 R -

RID 05-04-63

Leitsätze:

1. Eine repräsentative Einzelfallprüfung mit anschließender Hochrechnung darf nur angewandt werden, wenn und soweit auf Grund besonderer Umstände die Regelprüfmethode der statistischen Vergleichsprüfung nach Durchschnittswerten keine beweistauglichen Ergebnisse liefert.

2. Die Prüfungsgremien sind an die Festlegungen in einer Prüfvereinbarung zur Durchführung einer repräsentativen Einzelfallprüfung gebunden, sofern diese nicht gegen die bundesrechtlichen Vorgaben zur effektiven Überwachung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Leistungen verstoßen.

B) EINWENDUNGEN GEGEN ARZNEIKOSTENSTATISTIK

BSG, Urt. v. 27.04.2005 – B 6 KA 1/04 R -

RID 05-04-64

Prüfungsgremien müssen substantiierten Einwendungen des Arztes gegen richtige Erfassung und Zuordnung der elektronisch ermittelten Verordnungskosten nachgehen.

Der Einwand fehlerhaft ermittelter Bruttoverordnungskosten muss bereits von den Prüfungsgremien erhoben werden.

Gelingt es in solchen Fällen Prüfungsgremien nicht, alle Originalverordnungen/Printimages beizuziehen, muss der festzusetzende Regressbetrag reduziert werden, um den bei fehlenden Originalverordnungen/Printimages eingeschränkten Verteidigungsmöglichkeiten des Arztes Rechnung zu tragen.

3. ZULASSUNG NACH AUFGEHOBENER SPERRE ("WINDHUNDPRINZIP")

BSG, Urt. v. 23.02.2005 – B 6 KA 81/03 R -

RID 05-04-65

Leitsätze:

1. Die nur teilweise Aufhebung einer Zulassungsbeschränkung für Vertragsärzte bei Wegfall der Überversorgung in einem Planungsbereich ist rechtmäßig.

2. Die Auswahl unter mehreren Zulassungsbewerbern allein nach Maßgabe der Reihenfolge des Eingangs der vollständigen Zulassungsanträge (sog "Windhundprinzip") genügt den verfassungsrechtlichen Anforderungen an ein faires Verfahren für den Berufszugang nicht.

4. UNTERLASSUNGSANSPRUCH GEGEN MEINUNGSÄUßERUNG

BSG, Beschl. v. 08.04.2005 - B 6 KA 60/04 B -

RID 05-04-66

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Nordrhein-Westfalen*, Beschl. v. 23.07.2004 - L 11 KA 22/04 - wird zurückgewiesen.

Ein Unterlassungsanspruch gegen die in einer Meinungsäußerung enthaltene wertende Kritik ist erst dann begründet, wenn jene die Schranken der grundrechtlich geschützten Meinungsfreiheit überschreitet und sich insbesondere als bloß diffamierende Schmähkritik erweist. Äußerungen, die in engem und unmittelbarem Zusammenhang mit der Rechtsverfolgung oder Rechtsverteidigung in einem gesetzlich geregelten Verwaltungs- oder Gerichtsverfahren stehen, können in aller Regel nicht mit Ehrschutzklagen abgewehrt werden.

Die Verfassungsbeschwerde gegen den Beschluss wurde nicht zur Entscheidung angenommen (BVerfG, 1. Senat, 3. Kammer v. 22.6.2005 - 1 BvR 1251/05 -).

5. GESAMTVERGÜTUNG

A) SCHIEDSSPRUCH: VORJAHRESVERGÜTUNG/FESTSETZUNG DER PUNKTWERTE

BSG, Urt. v. 23.02.2005 – B 6 KA 42/04 R -

RID 05-04-67

Leitsätze:

Wurde die Gesamtvergütung für ein Jahr durch gesetzliche Regelung reduziert, so ist dieses abgesenkte Niveau grundsätzlich der Ausgangspunkt der Festlegung für das folgende Jahr. Die Absenkung kann bei nachfolgenden Vereinbarungen nur außer Betracht bleiben, wenn sich eine solche Vorgabe ausreichend deutlich dem Gesetz entnehmen lässt.

B) DEGRESSIONSFREIE PUNKTMENGE 1. HALBJAHR 1997

BSG, Urt. v. 27.04.2005 – B 6 KA 18/04 R -

RID 05-04-68

Aufgrund der nur halbjährigen Geltung der Degressionsregelungen im Jahr 1997 sind der Berechnung der Degressionsbeträge nur zeitanteilige degressionsfreie Punktmengen zu Grunde zu legen (pro rata temporis).

Parallelverfahren: *BSG, Urt. v. 27.04.2005 – B 6 KA 17/04 R -*

RID 05-04-69

6. GEGENSTANDSWERT IN ZULASSUNGSSACHEN: 3-FACHER JAHRESWERT

A) 5-JAHRES-ZEITRAUM FÜR ALTFÄLLE/AUFGABE DER RSPR. FÜR NEUFÄLLE

BSG, Beschl. v. 01.09.2005 - B 6 KA 41/04 R – juris = www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-70

Auf der Grundlage der bis zum 30.06.2004 geltenden Vorschriften der **BRAGO** ist für die Höhe des **Gegenstandswertes** maßgeblich auf die sich aus dem Antrag des Rechtsuchenden für ihn ergebende Bedeutung der Sache, d. h. in der Regel auf dessen wirtschaftliches Interesse an der erstrebten Entscheidung und ihren Auswirkungen, abzustellen (BSG SozR 1930 § 8 Nr. 2 S 2 ff; SozR 3-1930 § 8 Nr. 1 S 2; aaO. Nr. 2 S 8). Entscheidend ist dabei der wirtschaftliche Wert des in Streit befindlichen Anspruchs. Bietet der bisherige Sach- und Streitstand hierzu keine genügenden Anhaltspunkte, ist der Wert nach billigem Ermessen zu bestimmen.

In vertrags(zahn)ärztlichen/-psychotherapeutischen **Zulassungsangelegenheiten** ist der Senat in der **Vergangenheit** davon ausgegangen, dass der Gegenstandswert in der Regel in Höhe der Einnahmen anzusetzen ist, die der Zulassungsbewerber (bzw. -inhaber) im Falle der (weiterbestehenden) Zulassung innerhalb der nächsten fünf Jahre hätte erzielen können, wobei die erzielbaren Einkünfte um die durchschnittlichen Praxiskosten in der jeweiligen Behandlergruppe zu vermindern sind. Anlass zum Unterschreiten des Zeitraums von fünf Jahren hat der Senat nur dann gesehen, wenn von vornherein feststand oder nach Lage der Umstände mit Gewissheit zu erwarten war, dass die vertrags(zahn)ärztliche/-psychotherapeutische Tätigkeit lediglich für eine kürzere Dauer ausgeübt werden sollte oder konnte.

Der Senat hält an der aufgezeigten Rechtsprechung für die Zukunft mit der Maßgabe fest, dass an die Stelle des Zeitraums der nächsten fünf Jahre die nächsten **drei Jahre** treten.

Für Zulassungsverfahren, in denen § 197a SGG Anwendung findet - mithin für solche, die nach dem 1. Januar 2002 in erster Instanz anhängig geworden sind -, sind künftig Einnahmen aus der (angestrebten) vertrags(zahn)ärztlichen/-psychotherapeutischen Tätigkeit in einem Zeitraum von drei Jahren für die Ermittlung des Streitwerts zu Grunde. Dies ist auch für die Anwaltsvergütung maßgeblich. Für Verfahren, in denen aus Vertrauensschutzgründen das **alte Kostenrecht** weiter gilt, bleibt es indessen bei dem bisher angewandten Fünf-Jahres-Zeitraum. Das gilt unabhängig davon, ob die Rechtsgrundlage der Anwaltsvergütung § 8 Abs. 2 Satz 2 BRAGO in der bis zum 30. Juni 2004 geltenden Fassung oder § 23 Abs. 3 Satz 2 RVG ist (dazu näher Beschl. v. 01.02.2005 - B 6 KA 70/04 B - SozR 4-1935 § 33 Nr. 1). Demgegenüber trüge eine Reduzierung der Basis der Wertermittlung auf die Einnahmen **nur aus einem Jahr dem wirtschaftlichen Wert der Zulassung** für den Betroffenen **nicht hinreichend Rechnung**.

Bei **Zahnärzten** ist der Umsatz nicht nur für die Leistungsbereiche der konservierend-chirurgischen Behandlung, der Parodontosebehandlung und der Kieferbruchbehandlung ohne Individualprophylaxe zu berechnen, sondern es ist auch der Umsatz für Zahnersatz (ohne Material- und Laborkosten zu berücksichtigen).

B) DREI-JAHRES-ZEITRAUM FÜR NEUFÄLLE

BSG, Beschl. v. 26.09.2005 - B 6 KA 69/04 B -

RID 05-04-71

In Zulassungsverfahren, die nach dem 1. Januar 2002 in erster Instanz anhängig geworden sind und auf die mithin gemäß § 197a SGG das neue Gerichtskostenrecht Anwendung findet, ist der Streitwert in Anlehnung an die Regelung in § 42 Abs. 3 GKG in der Regel in Höhe der **Einnahmen** anzusetzen, die der Zulassungsinhaber im Falle der weiterbestehenden Zulassung innerhalb **der nächsten drei Jahre** hätte erzielen können. Dabei sind die erzielbaren Einkünfte aus vertragsärztlicher Tätigkeit um

die **durchschnittlichen Praxiskosten** in der jeweiligen Behandlergruppe zu vermindern (Bestätigung von BSG, Beschl. v. 01.09.2005 - B 6 KA 41/04 R – s. vorstehend). Heranzuziehen sind die Werte für das Jahr, in dem der jeweilige Rechtszug eingeleitet wurde (vgl. § 40 GKG); soweit diese Werte noch nicht bekannt sind, ist zur Bestimmung des Streitwerts auf die jeweils zeitnächsten verfügbaren Daten zu Umsätzen und Praxiskosten zurückzugreifen.

Im konkreten Fall setzte das BSG im Verfahren einer Nichtzulassungsbeschwerde bzgl. der Entziehung der Zulassung wegen Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit als Facharzt für Neurologie (147.300 € Jahresumsatz, durchschnittliche Kostenquote von 53,3 %) den Streitwert auf 206.367 € fest.

c) UMSATZERMITTLUNG

BSG, Beschl. v. 12.10.2005 - B 6 KA 47/04 B – juris

RID 05-04-70

In Zulassungsangelegenheiten ist der Streitwert in der Regel in Höhe des Umsatzes eines **Drei-Jahres-Zeitraums** anzusetzen, den der Arzt innerhalb der nächsten Zeit aus vertragsärztlicher Tätigkeit erzielen könnte, abzüglich des Praxiskostenanteils (vgl. BSG vorstehend unter 6 a u. b).

Für die **Umsätze** ist in dem Regelfall einer Klage auf Zulassung auf die Beträge abzustellen, die im **Gesamtbundesdurchschnitt** (bzw. für Regionen in den neuen Bundesländern im Durchschnitt dieser Länder) für die Arztgruppe ausgewiesen sind, welcher der Arzt angehört (s. dazu KBV <Hrsg>, Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland, www.kbv.de). Sofern Daten des jeweiligen **KV-Bezirks** vorliegen, in welchem der betroffene Vertragsarzt tätig war bzw. tätig werden möchte, können auch diese Umsätze zu Grunde gelegt werden.

Im Fall einer **Zulassungsentziehung** stehen jedenfalls dann, wenn die Entziehung noch nicht vollzogen worden ist, **konkrete Umsätze** des Vertragsarztes zur Verfügung, die sich als Grundlage für die Streitwertfestsetzung eignen.

Soweit nicht auf individuelle Umsätze zurückgegriffen werden kann und eine Arztgruppe betroffen ist, für die **keine Daten** des Gruppendurchschnitts vorliegen, kann es in Betracht kommen, den durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe zu **schätzen** oder auf den Durchschnitt der Umsätze aller Arztgruppen abzustellen.

Vom **Zeitpunkt** her sind nunmehr - gemäß dem seit 1. Juli 2004 geltenden § 40 GKG - die Verhältnisse desjenigen Jahres zu Grunde zu legen, in dem der jeweilige **Rechtszug eingeleitet** worden ist. Soweit die Werte dieses Jahres noch nicht ermittelt worden oder jedenfalls noch nicht bekannt sind, ist auf die zeitnächsten verfügbaren Daten.

Für die **Praxiskostenanteile** ist pauschalierend auf die Kostenquote abzustellen, die im Gesamtbundesdurchschnitt (bzw. für Regionen in den neuen Bundesländern im Durchschnitt dieser Länder) für die Arztgruppe ausgewiesen ist, welcher der betroffene Arzt angehört, bzw. auf die zeitnächsten verfügbaren Daten. Ist eine Arztgruppe betroffen, für die keine Daten vorliegen, so kann es in Betracht kommen, entweder auf die durchschnittliche Kostenquote aller Arztgruppen oder auf einen pauschal gegriffenen Kostensatz von z.B. 50 % abzustellen.

Im Hinblick auf die gebotene pauschalierende Bestimmung von Streitwerten ist eine Reduzierung weder unter dem Gesichtspunkt veranlasst, dass eine neue Praxis in ihrer **Anlaufphase** möglicherweise noch nicht solche Umsätze erreichen wird, noch im Hinblick darauf, dass der Kläger nur eine - auf ein engeres Tätigkeitsspektrum begrenzte - **Sonderbedarfszulassung** begehrt.

7. ANHÖRUNGSRÜGE

BSG, Beschl. v. 03.08.2005 - B 6 KA 22/05 B -

RID 05-04-72

Anhörungsrüge, Sachverhaltsfeststellung, Tatbestandsberichtigung

SGG §§ 139, 178a; GG Art. 19 IV

Die Anhörungsrüge gegen BSG, Urt. v. 09.12.2004 – B 6 KA 44/03 R – wird zurückgewiesen.

Für eine fehlerhafte Sachverhaltsfeststellung in einem Urteil kommt nur eine Tatbestandsberichtigung nach § 139 SGG in Betracht und ist eine Anhörungsrüge unzulässig.

Je umfangreicher ein Vorbringen ausfällt, desto stärker besteht die Notwendigkeit, im Rahmen der Entscheidungsbegründung nur die wesentlichen Fragen abzuhandeln und auf die ausdrückliche Auseinandersetzung mit weniger wichtigen oder gar abwegigen Fragen zu verzichten.

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. 28.09.2005 – **B 1 KR 28/03 R** – besteht kein Anspruch auf Erstattung der Kosten einer ambulant ärztlich durchgeführten extrakorporalen Stoßwellentherapie; der Bundesausschuss war nicht verpflichtet, seinen Beschluss im Hinblick auf eine einzelne, in einem anderen EU-Mitgliedstaat (hier: Österreich) ergangene gegenteilige Entscheidung zu ändern; 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) THERAPIE DES FIBROMYALGIE-SYNDROMS MIT IMMUNGLOBULINEN

LSG Bayern, Urt. v. 22.09.2005 – **L 4 KR 167/02** – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-73

Fibromyalgie, Fibromyalgie-Syndrom, Immunglobuline, Rezepturarzneimittel, Off-Label-Use, Heilversuch
SGB V §§ 27, 116b III Nr. 1, 135; SGG § 86b II

Eine neuartige ärztliche Behandlung, auch unter Verwendung von Rezepturarzneimitteln, unterliegt dem Erlaubnisvorbehalt des § 135 Abs. 1 SGB V.

Die Behandlung der Fibromyalgie mit Immunglobulinen ist in den BUB-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zum maßgeblichen Zeitpunkt der Behandlung nicht empfohlen worden.

Eine Erweiterung der Leistungspflicht der Krankenkassen auf Behandlungsmethoden, die sich erst im Stadium der Forschung oder Erprobung befinden und nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen, lässt das Gesetz auch bei schweren und vorhersehbar tödlich verlaufenden Krankheiten grundsätzlich nicht zu. Dem Einwand, in solchen Fällen müsse ein individueller Heilversuch zulasten der Krankenversicherung auch mit noch nicht ausreichend gesicherten Therapieverfahren möglich sein, kann in dieser allgemeinen Form nicht Rechnung getragen werden (BSG v. 28.03.2000 SozR 3-2500 § 135 Nr. 14; BSG v. 23.05.2000 USK 2000-156).

Bei der Verwendung von Immunglobulinen zur Behandlung der Fibromyalgie handelt es sich um einen sog. „Off-Label-Use“. Die vom BSG hierfür aufgestellten Voraussetzungen (BSG v. 19.03.2002 SozR 3-2500 § 31 Nr. 8; BSG v. 30.09.1999 SozR 3-2500 § 24 Nr. 11) liegen nicht vor.

SG Regensburg, Urt. v. 14.03.2002 – S 2 KR 184/01 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

B) INTERSTITIELLE BRACHYTHERAPIE MIT PERMANENTER SEED-IMPLANTATION

LSG Bayern, Beschl. v. 31.01.2005 – L 4 B 467/04 KR ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-74

Brachytherapie, Behandlungsmethode

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

Die permanente bzw. interstitielle Brachytherapie gehört nicht zur ambulanten kassenärztlichen Versorgung. Es handelt sich um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode. Die fehlende positive Empfehlung des Bundesausschusses ist für Krankenkassen wie für die Gerichte bindend.

Neben der radikalen Prostatektomie sind die perkutane Bestrahlung und permanente Seed-Implantation etwa gleich wirksam. Besteht eine alternative Therapiemöglichkeit, kann von einem Systemversagen nicht ausgegangen werden.

SG München, Beschl. v. 09.08.2004 – S 19 KR 873/04 ER – wies den Antrag ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

Vgl. zuletzt RID 05-03-B I 1 a (S. 31).

C) OFFENE KERNSPINTOMOGRAPHIE

LSG Hessen, Beschl. v. 15.02.2005 – L 8/14 KR 186/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-75

Systemmangel, offene Kernspintomographie, Kernspintomographie-Vereinbarung

SGB V §§ 13 III, 27, 135

Nach der auf der Grundlage von § 135 II SGB V ergangenen "Vereinbarung von Qualitätsvoraussetzungen zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie" (Kernspintomographie-Vereinbarung) vom 10.02.1993 dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung nur solche Kernspintomographen eingesetzt werden, welche bestimmte Anforderungen erfüllen. Die Kernspintomographie-Vereinbarung ist auch im Rahmen der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage. Bei der offenen MRT mit einem anderen Gerät handelt es sich um eine neue Untersuchungsmethode im Sinne von § 135 I 1 SGB V. Es kommt nicht darauf an, ob eine Untersuchung im geschlossenen MRT aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich ist. Nach der Rechtsprechung des BSG ist für die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen allein die Anerkennung der streitigen Methode durch den Bundesausschuss maßgebend, und zwar selbst in Fällen schwerer und vorhersehbar tödlich verlaufender Erkrankungen, in denen anderweitige Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden nicht zur Verfügung stehen (BSG, Urt. v. 28.03.2000 - B 1 KR 11/98 R -).

SG Darmstadt, Urt. v. 24.05.2004 – S 10 KR 1247/01 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung, BSG, Beschl. v. 23.05.2005 - B 1 KR 24/05 B – die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

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

D) CHIVA-METHODE FÜR AMBULANTE OPERATION DER KRAMPFADERN

LSG Thüringen, Urt. v. 06.06.2005 – L 6 KR 132/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-76

CHIVA-Methode, Krampfader,

SGB V §§ 13 III, 27, 135

Die ambulante Operation der Krampfadern nach der CHIVA-Methode gehört als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode i. S. von § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V nicht zu den von den gesetzlichen Krankenkassen geschuldeten Leistungen.

SG Altenburg, Urt. v. 26.11.2002 – S 13 KR 1046/02 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

E) IMPLANTATION EINER PERMANENTEN KONTAKTLINSE

LSG Bayern, Urt. v. 25.05.2005 – L 4 KR 51/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-77

Kontaktlinse, Implantation, Behandlungsmethode, Clear-Lensektomie, Myopie

SGB V §§ 13 III, 27, 135; GOÄ § 12

Erst mit der Erteilung einer den Vorschriften der GOÄ entsprechenden Rechnung wird nach § 12 Abs.1 GOÄ die Vergütung fällig.

Eine Clear-Lensektomie am Auge ist eine Behandlungsmethode, die nicht unter die BUB-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in der Fassung vom 10.12.1999 Anlage B. Nr.13 fällt. Die Implantation einer permanenten Kontaktlinse ist aber ein außervertragliches Verfahren, das noch nicht vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen beurteilt worden ist.

Eine hochgradige Myopie ist eine die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende Erkrankung. Stehen im konkreten Fall andere Behandlungsmöglichkeiten nicht zur Verfügung, so hat die Krankenkasse die Kosten für eine Implantation einer permanenten Kontaktlinse zu übernehmen.

SG Regensburg, Urt. v. 15.01.2004 – S 14 KR 38/03 – gab Klage statt, das **LSG** wies die Berufung mit der Maßgabe zurück, dass die Bekl. der Kl. die Kosten der Operation des linken Auges in Höhe von 2.200,00 Euro zu erstatten hat.

F) LASERINDUZIERTE THERMOTHERAPIE (LITT)

Vgl. zuletzt **LSG Baden-Württemberg**, Urt. v. 13.12.2003 - L 4 KR 1005/02 - RID 05-01-114; **SG Marburg**, Urt. v. 27.01.2004 – S 6 KR 235/02 - RID 04-02-143; **SG Frankfurt a. M.**, Urt. v. 24.02.2003 – S 25 KR 1448/00 - RID 03-02-76 m.w.N.

Laserinduzierte Thermotherapie, LITT, Systemmangel

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

LSG Bayern, Urt. v. 25.05.2005 – L 4 KR 120/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-78

Die ambulant durchgeführte Lasertherapie (LITT) gehört nicht zum vertragsärztlichen Leistungsspektrum und dem derzeit allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse an, sondern befindet sich noch im Stadium der klinischen Entwicklung beziehungsweise Erprobung.

SG Augsburg, Urt. v. 10.12.2002 – S 12 KR 122/02 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 19.10.2005 – L 11 (16) KR 315/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-04-79**

Da die LITT noch nicht Gegenstand des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung ist und der Bundesausschuss ihre Zweckmäßigkeit nicht anerkannt hat, besteht für diese Methode keine Leistungspflicht der Krankenkasse. Die Beschränkung des § 135 I SGB V gilt auch für ambulante Behandlungen, die (zulässigerweise) in einem Krankenhaus durchgeführt werden.

Eine Leistungspflicht für eine nicht anerkannte Methode besteht auch für den Fall nicht, dass anderweitige Therapieoptionen ausgeschöpft sind. Eine Erweiterung der Leistungspflicht der Krankenkassen auf Behandlungsmethoden, die noch nicht im allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen, lässt das Gesetz auch bei schweren und vorhersehbar tödlich verlaufenden Krankheiten grundsätzlich nicht zu. Die Einstandspflicht der gesetzlichen Krankenkassen für eine nicht ausreichend geprüfte Behandlung lässt sich somit nicht damit begründen, dass es eine "anerkannte" Heilmethode für die Krankheit (noch) nicht gibt (BSG SozR 3-2500 § 135 Nr. 14).

SG Düsseldorf, Urt. v. 12.09.2003 – S 8 KR 102/02 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

G) LIPOSUKTION (FETTABSAUGUNG)

SG Dresden, Urt. v. 08.09.2005 – S 18 KR 477/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-80

Liposuktion, Fettabsaugung, neue Behandlungsmethode, Adipositas, Bundesausschuss

SGB V §§ 2 I 3, 13 III, 27 I 1, I 2 Nr. 1, 135 I

Die Liposuktion ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, weil die Behandlung gemäß § 135 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (BUB-Richtlinien) nicht zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung gewährt werden darf. Ein Systemversagen liegt nicht vor.

Das **SG** wies die Klage ab.

Vgl. bereits **SG Duisburg**, Urt. v. 14.01.2004 – S 11/29 KR 8/03 - RID 04-02-140; **SG Köln**, Gerichtsb. v. 18.01.2003 - S 9 KR 601/01 - RID 04-02-14; anders **SG Frankfurt a. M.**, Urteil v. 26.02.2004 - S 30/25 KR 2369/02 - RID 04-02-142 (Systemversagen bei Lipödem als Seltenheitsfall).

2. FUNKTIONSANALYTISCHE UND FUNKTIONSTHERAPEUTISCHE LEISTUNGEN

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 11.08.2005 – L 5 KR 72/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-81

Funktionsanalytische Leistung, funktionstherapeutische Leistung, zahnprothetische Versorgung

SGB V § 28 II 6; GG Art. 21, II

Gemäß § 28 Abs. 2 Satz 6 SGB V besteht in keinem Fall eine Leistungspflicht für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen. Es ist daher unerheblich, wenn die

behandelnden Ärzte eine zahnprothetische Versorgung nur zusammen mit funktionstherapeutischen Maßnahmen für möglich halten. Die Regelung begegnet keinen verfassungsrechtlichen Bedenken.

SG Detmold, Urt. v. 27.02.2004 – S 11 (16) KR 103/02 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

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

LSG Niedersachsen-Bremen, B. v. 16.08.2005 - L 4 KR 197/05 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-04-82**
Zulassungsverzicht, Ermächtigung, Verzicht, Sicherstellungsauftrag, Krankenkasse
SGB V §§ 72a I, 95, 95b

Würde eine Unterbrechung der kontinuierlich gebotenen kieferorthopädischen Behandlung eines Kindes zu irreparablen Schäden führen, so ist ein **Anordnungsgrund** unabhängig davon gegeben, ob die Eltern des Versicherten finanziell in der Lage sind, die Behandlung vorzufinanzieren. Weigert sich eine Krankenkasse, die Kosten der weiteren kieferorthopädischen Behandlung eines Versicherten entgegen *LSG Niedersachsen-Bremen*, Beschl. v. 05.01.2005 - L 3 KA 237/04 ER – RID 05-01-85 zu übernehmen, kann den Eltern des Versicherten eine finanzielle Vorleistung nicht zugemutet werden.

Weder der Wortlaut noch der Regelungszusammenhang des § 95b SGB V setzen den vorherigen Erlass eines **Bescheides nach § 72a I SGB V** voraus. Soweit ein derartiger Bescheid für erforderlich gehalten wird, um den Kreis der betroffenen Ärzte eindeutig abzugrenzen, so gilt dies jedenfalls dann nicht, wenn die betroffene Zahnärztin ausdrücklich ihre Zugehörigkeit zum Kreis der Zahnärzte erklärt hat, die ihre Zulassung im Verlaufe des Jahres 2004 in Niedersachsen im Rahmen eines abgestimmten Verhaltens zurückgegeben haben.

Versicherte können im Rahmen des § 95b SGB V einen **ausgeschiedenen Vertragszahnarzt** – nunmehr im Rahmen ihrer privatautonomen Entscheidung – weiterhin als **Behandler** wählen und die Übernahme der ihren Eigenanteil gemäß § 29 II 1 SGB V übersteigenden **Kosten** durch die Krankenkasse beanspruchen (Anschluss an *LSG Niedersachsen-Bremen*, Beschl. v. 05.01.2005 - L 3 KA 237/04 ER – RID 05-01-85).

Mit der Regelung in § 95b III SGB V sollen die Versicherten vor den Folgen eines kollektiven Zulassungsverzichts geschützt werden, der die Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung im Wege des Sachleistungsprinzips gefährdet. Würde § 95b III SGB V auf den Fall einer gesetzlichen Schuldübernahme beschränkt (so aber *SG Hannover*, Urt. v. 08.06.2005 – S 35 KA 56/05 – RID 05-03-10), ginge die Vorschrift ins Leere, weil Zahnärzte, die ihre Zulassung im Rahmen eines kollektiv abgestimmten Verhaltens zurückgegeben haben, überhaupt nicht mehr in Anspruch genommen werden könnten.

SG Lüneburg, Beschl. v. 03.06.2005 – S 16 KR 93/05 ER – wies den Antrag ab, das *LSG* verpflichtete die Ag. vorläufig bis zum Ende des Hauptsacheverfahrens, den Ast. im Wege der Sachleistung mit einer kieferorthopädischen Behandlung bei Frau Dr. E. nach Maßgabe des am 06.01.2004 genehmigten kieferorthopädischen Behandlungsplanes vom 22.12.2003 auf der Grundlage des § 95b III SGB V i.V.m. § 29 SGB V zu versorgen.

Vgl. zuletzt RID 05-03-10 (S. 9) m.w.N.

II. KOSTENERSTATTUNGSANSPRUCH

1. KEIN NOTFALL BEI IMPLANTOLOGISCHEN LEISTUNGEN

LSG Bayern, Urt. v. 25.05.2005 – L 4 KR 235/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-04-83**
Kostenerstattung, Notfall, Vertragsarzt, Nichtvertragsarzt, Heil- und Kostenplan, Krankenkasse
SGB V §§ 13 III, 28 II 8

Zu den **unaufschiebbaren Leistungen** zählen krankenversicherungsrechtliche **Notfälle** gemäß § 76 I 2 SGB V, die dann vorliegen, wenn die Behandlung durch einen Vertragsarzt nicht möglich oder nicht zumutbar und der Versicherte daher auf die Hilfe eines Nichtvertragsarztes angewiesen war sowie andere **dringliche Bedarfslagen** wie z.B. Systemstörungen oder Versorgungslücken. Liegen zwischen dem Erstellen der Heil- und Kostenpläne und dem Behandlungsbeginn fast drei Monate, so liegt kein Notfall vor.

Bei einem in **mehreren Abschnitten ablaufenden Behandlungsvorgang** scheidet eine Kostenerstattung aus, wenn die Behandlung ohne Einschaltung der Kasse begonnen wurde und sich die Ablehnung

auf den weiteren Behandlungsverlauf nicht mehr auswirken konnte (vgl. BSG, Urt. v. 19.06.2001, SozR 3-2500 § 28 Nr.6).

Im maßgebenden Behandlungszeitraum vom 15.12.1997 bis 19.01.1999 bestand ein Sachleistungsanspruch auf **implantologische Leistungen** einschließlich der Suprakonstruktion nur bei Vorliegen einer Ausnahmeindikation.

SG Würzburg, Urt. v. 10.08.2004 – S 9 KR 90/99 – wies die Klage auf die restliche Kostenerstattung für Versorgung mit Implantaten in Höhe von 6.198,38 DM (3.674,33 EUR) ab, das **LSG** die Berufung zurück.

2. ABTRETUNG EINES KOSTENERSTATTUNGSANSPRUCHS AN BEHANDLER

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 15.06.2005 – L 4/16 KR 8/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 05-04-84

Abtretung, Kostenerstattungsanspruch, Sachleistungsanspruch,

SGB V a. F. §§ 13 III; SGB I §§ 11, 53

Die Abtretung des Kostenerstattungsanspruchs wegen psychotherapeutischer Behandlung einer Versicherten an den Behandler verstößt gegen § 53 Abs. 1, 2 und 3 SGB I und ist unzulässig. Ein Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 SGB V, der sich auf eine Dauerleistung bezieht, betrifft keinen Anspruch auf Geldleistung i.S.d. § 53 Abs. 2 und 3 i.V.m. § 11 Satz 1 SGB I.

SG Bremen, Urt. v. 17.04.2002 – S 16 KR 74/01 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

3. BEGRENZUNG DES KOSTENERSTATTUNGSANSPRUCHS NACH § 13 ABS. 2

LSG Bayern, Urt. v. 28.04.2005 – L 4 KR 174/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-85

Kostenerstattung, Sachleistung, Erstattungsbetrag

SGB V § 13 II

Die Auffassung der Vorinstanz, wonach der Gesetzgeber in § 13 II 4 SGB V festgelegt hat, dass eine Erstattung höchstens in Höhe der Vergütung erfolgt, die die Krankenkassen bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätten, ein geringerer Erstattungsbetrag als die tatsächlich in Rechnung gestellte Summe grundsätzlich vom Gesetz gedeckt ist, auch Abschläge vom Gesetzgeber vorgesehen sind und bei der Erstattung nicht die Rechtslage aus dem Jahr 1963 als Zeitpunkt der Kostenerstattungswahl zu berücksichtigen ist, ist nicht zu beanstanden.

SG München, Urt. v. 15.07.2003 – S 47 KR 514/01 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

III. KOSTEN FÜR STATIONÄRE BEHANDLUNG

Nach **BSG**, Urt. v. 19.10.2004 – **B 1 KR 3/03 R** - 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. WEITERBEHANDLUNG IN PRIVATKLINIK

LSG Bayern, Urt. v. 25.05.2005 – L 4 KR 112/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-86

Gesamtbehandlung, Kostenübernahme, Privatklinik, Weiterbehandlung

SGB V §§ 13 III, 27

Bei einer **Gesamtbehandlung** ist eine getrennte Beurteilung hinsichtlich einzelner Behandlungsschritte unzulässig (BSG v. 16.09.1997, BSGE 81, 54). Handelt es sich um Teile eines einheitlichen Behandlungsvorganges, dann ist eine nochmalige Anfrage bei der Krankenkasse wegen der Kostenübernahme nicht mehr erforderlich.

Behandelt ein Arzt einen an einem Tumor erkrankten Versicherten in einem Vertragskrankenhaus über mehrere Jahre und wechselt dann in eine **Privatklinik**, so hat der Versicherte Anspruch auf Kostenübernahme der **Weiterbehandlung**, wenn es sich um eine schwerwiegende, d. h. lebensbedrohliche Erkrankung, für die keine andere Behandlungsmöglichkeit zur Verfügung steht, handelt (vgl. BSG v. 19.10.2004, SGB 2004, 746).

Der 1936 geb. Kl. litt an einem lymphatisch-metastatisierenden Parotistumor links und befand sich zwischen 1998 und 2001 insgesamt siebenmal in der A.-Klinik W. zur Behandlung mit regionaler Chemotherapie und Operation. Die Beklagte hat die Kosten der Therapie übernommen, die nach dessen Angaben nur von Prof. Dr. A. durchgeführt wird. Der jetzt streitgegenständliche Therapieabschnitt begann am 10.12.2001. Am 14.12.2001 bescheinigte Prof. Dr. A., dass er am 31.12.2001 in der Klinik in W. ausscheiden werde. Für den Kl. bestehe nur die Möglichkeit, sich mit dieser speziellen Therapieform in der Privatklinik des Prof. Dr. A. in B. weiterbehandeln zu lassen. Der MDK sah in der Behandlung ein zweifelhaftes Verfahren, das nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspreche. Der Kl. solle sich in einer onkologischen Schwerpunktpraxis oder Ambulanz einer Universitätsklinik vorstellen. Die Bekl. lehnte eine Kostenübernahme ab. *SG München*, Urt. v. 26.02.2004 – S 2 KR 521/02 – wies die Klage ab, das *LSG* gab ihr statt.

2. KOSTENERSTATTUNG: NICHT ZUGELASSENES KRANKENHAUS

LSG Hamburg, Urt. v. 21.09.2005 – L 1 KR 126/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-87

Krankenhaus, Krankenhauskosten, Aneyrisma
SGB V § 13 III

Liegt eine Notfallsituation, die einen sofortigen Eingriff erfordert, nicht vor und hätte die stationäre Behandlung auch in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgen können, so besteht kein Anspruch auf Erstattung der Krankenhauskosten.

SG Hamburg, Urt. v. 20.08.2004 – S 37 KR 1373/01 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

IV. ARZNEIMITTEL

Nach *BSG*, Urt. v. 28.09.2005 – B 1 KR 6/04 R – führt wegen der im Krankenversicherungsrecht eigenständig zu beachtenden Leistungsgrundsätze nicht alles, was arzneimittelrechtlich erlaubt ist, automatisch auch zur Leistungspflicht der Krankenkassen; die Kosten für Fertigarzneimittel wie **Wobe-Mugos E** können nicht beansprucht werden, für die (wegen zwischenzeitlicher Änderung der Darreichungsform) **keine gesicherte Zulassung** als Alt-Arzneimittel bestand, die nie erfolgreich in einem arzneimittelrechtlichen Verfahren auf Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit überprüft worden sind, und für die sich deren Hersteller nur auf die einstweilen fortwirkende Verkehrsfähigkeit unter dem Blickwinkel der aufschiebenden Wirkung seiner Rechtsmittel berufen konnte; 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 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-B V 1, 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: BIOCARN (L-CARNITIN) BEI POST-POLIO-SYNDROM

SG Marburg, Urt. v. 19.04.2005 – S 6 KR 182/03 – juris

RID 05-04-88

Biocarn, L-Carnitin, Post-Polio-Syndrom

SGB V §§ 13 III, 27 I 2 Nr. 3, 92 I 2 Nr. 6

Das Arzneimittel Biocarn (L-Carnitin) verfügt zwar über eine Zulassung, die sich jedoch nicht auf die Indikation „Post-Polio-Syndrom“ erstreckt. Eine Kostenerstattung kommt nicht in Betracht, da die vom BSG entwickelten Voraussetzungen des Off-Label-Use nicht erfüllt sind. Es fehlt an der begründeten Aussicht, dass mit dem Arzneimittel Biocarn ein Behandlungserfolg erzielt werden kann. Biocarn ist auch nicht als nicht verschreibungspflichtiges Arzneimittel in den Richtlinien nach § 92 I 2 Nr. 6 SGB V des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgenommen worden, so dass eine Kostenerstattung nach dem ab 2004 geltenden Recht ebf. ausscheidet.

2. ZULASSUNGSFREIES REZEPTURARZNEIMITTEL (DRONABINOL)

LSG Sachsen, Beschl. v. 22.08.2005 – L 1 B 102/05 KR-ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-89

Dronabinol, Dronabinol-Tropfen, Cannaboid, multiple Sklerose, Marinol

SGB V §§ 2 I 3, 12 I, 27 I 2 Nr. 3, 31 I, 92 I 2 Nr. 5, 135 I 1

Dronabinol gehört nicht zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Für Dronabinol in Form des Fertigarzneimittels **Marinol** fehlt es an der erforderlichen Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit, da für das entsprechende Medikament nach den Vorschriften des Arzneimittelrechts **keine Zulassung** erteilt worden ist. Es ist daher nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig. Dem steht nicht entgegen, dass Marinol in den USA zugelassen ist. Diese Zulassung ist einer Zulassung nach den Vorschriften des AMG nicht gleichzusetzen.

Dronabinol als **Rezepturarzneimittel** in Form von **"Dronabinol-Tropfen"** ist als **neuartige Therapie** vom **Erlaubnisvorbehalt** des § 135 I SGB V nicht grundsätzlich ausgenommen. Da der Gemeinsame Bundesausschuss – mangels Vorliegens eines entsprechenden Antrags – keine Empfehlung zugunsten einer Therapie mit Dronabinol abgegeben hat, gehört die Behandlung mit Dronabinol nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Kosten hierfür dürfen von der Krankenkasse nicht übernommen werden. Die **Wirksamkeit** der Anwendung von Dronabinol ist bei einer **Schmerzzerkrankung** nicht hinreichend belegt.

Die 1960 geb. Ast. seit ihrem 17. Lebensjahr an einer Trigeminusneuralgie rechts. Im August 1996 wurde bei ihr eine hirnstammnahe Operation nach Janetta durchgeführt. Nach Durchtrennung der sensorischen Trigeminuswurzel am Hirnstamm im Oktober 1996 kam es zu einer post-operativen Nachblutung. Infolge dieser Blutung besteht seit 1997 zusätzlich eine halbseitige Schmerzsymptomatik der gesamten linken Körperseite, arm- und beinbetont, zusätzlich zu den Lähmungserscheinungen ebfd. auf der linken Körperseite (sog. zentraler Schmerz, ausgelöst durch Läsionen von Schmerzbahnen im Zentralnervensystem). Vom März 2003 bis Mitte Januar 2005 hat die Krankenkasse die Kosten für ölige Dronabinol-Tropfen 2,5 % (Delta-9-Tetrahydrocannabinol) übernommen. Dronabinol kann als Rezeptursubstanz verwendet werden. Die Ast. erhielt Dronabinol als Zubereitung verordnet (Herstellung als Rezepturarzneimittel durch einen Apotheker). Die Kosten für dreimal Dronabinol-Tropfen 2,5 % (20 g) betrugen Mitte November 2004 1.047,09 Euro. **SG Dresden**, Beschl. v. 30.05.2005 – S 25 KR 269/05 ER – verpflichtete die Krankenkasse, vorläufig die Ast. bei Vorlage einer entsprechenden Verordnung mit dem Medikament Dronabinol zu versorgen. Das **LSG** wies den Antrag ab.

Vgl. bereits **LSG Baden-Württemberg**, Urtr. v. 25.04.2003 - L 4 KR 3828/01 – (Dronabinol-Tropfen <Cannaboid> bei multipler Sklerose) RID 04-02-185, bestätigt durch **BSG**, Urtr. v. 06.01.2005 - B 1 KR 51/03 B – juris.

3. LORENZO'S ÖL

Arzneimittel, Lebensmittel, Lorenzo's Öl, Nahrungsergänzungsmittel

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 31 I 2; AMR Nr. 17.1; AMG §§ 2, 21; LMBG § 1

Vgl. zuletzt **SG Aurich**, Urtr. v. 08.02.2005 – S 8 KR 84/04 – RID 05-02-113, wonach der Ausschluss als Nahrungsergänzungsmittel eine planwidrige Lücke bedeutet und Patienten mit Adrenomyeloneuropathie Anspruch auf "Lorenzo's Öl" haben; **SG Marburg**, Urtr. v. 18.11.2003 – S 6 KR 626/02 – RID 04-02-181 (Rezepturarzneimittel); **SG Augsburg**, Urtr. v. 16.04.2003 – S 12 KR 63/02 – RID 04-01-144 lehnt einen Versorgungsanspruch ab.

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

LSG Thüringen, Urtr. v. 27.09.2004 – L 6 KR 883/02 – juris

RID 05-04-90

Bei den Spezialölen GTO/GTE handelt es sich um Arzneimittel im Sinne des § 2 I AMG. Es sind keine (diätische) Lebensmittel im Sinne des § 1 I LMBG.

Die Spezialöle GTO/GTE bedürfen der arzneimittelrechtlichen Zulassung nach § 21 I 1 AMG, denn es handelt sich um Fertigarzneimittel, die im Voraus hergestellt und in einer zur Abgabe an den Verbraucher bestimmten Packung in den Verkehr gebracht werden (§ 4 I AMG).

SG Nordhausen, Urtr. v. 12.08.2002 – S 6 KR 1190/00 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück; das BSG wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück durch

BSG, Beschl. v. 04.07.2005 - B 1 KR 101/04 B - juris

RID 05-04-91

Ein in Deutschland nicht zugelassenes Arzneimittel darf trotz seiner Zulassung in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden, wenn es weder das zentrale noch das dezentrale europarechtliche Anerkennungsverfahren

durchlaufen hat (vgl. BSG vom 18.5.2005 - B 1 KR 21/02 R = BSGE 93, 1 = SozR 4-2500 § 31 Nr. 1 jeweils RdNr 8ff).

Die Zuordnung von Stoffen zu den Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysaten oder Elementardiäten ist nicht primär eine Frage der rechtlichen Bewertung, sondern durch naturwissenschaftliche Analyse vorzunehmen

LSG Bayern, Beschl. v. 28.02.2005 – L 4 B 18/05 KR ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-92

Die rechtliche Zuordnung von Lorenzo's Öl entweder zu Lebensmitteln oder Arzneimitteln und hier zu der Gruppe der zulassungspflichtigen oder -freien Arzneimittel ist strittig und kann nicht in dem Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes erfolgen.

Auf Grundlage der Rspr. des BVerfG (Beschl. v. 22.11.2002, NJW 2003, 1236; Beschl. v. 19.03.2004 GesR 2004, 246 und Beschl. v. 22.06.2004 - 1 BvR 1332/04 -) ist im Fall der einzigen zur Verfügung stehenden Therapiemöglichkeit sowie dem Vorliegen einer gravierenden Erkrankung mit dem erhöhten Risiko einer progredienten und irreversiblen Verschlechterung des Gesundheitszustandes bei fehlender Behandlung mit dem streitigen Präparat, unter Umständen mit tödlichem Ausgang, nicht eine summarische Prüfung der Erfolgsaussichten ausreichend, sondern ist eine Folgenabwägung vorzunehmen, die die verfassungsrechtlich geschützten Belange des Versicherten hinreichend zur Geltung bringt.

SG Augsburg, Beschl. v. 23.12.2004 – S 10 KR 399/04 ER – lehnte Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** verpflichtete die Krankenkasse, den Ast. künftig bis Ende 2006 bzw. bis zu einer früheren rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache von den Kosten für den Bezug mit den Spezialölen GTO/GTE bzw. des Präparats Lorenzo's Öl auf Grund vertragsärztlicher Verordnungen vorläufig freizustellen.

4. POTENZMITTEL "CAVERJECT"

LSG Hessen, Beschl. v. 01.09.2005 – L 8 KR 80/05 ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-93

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

SGB V §§ 27 I 2 Nr. 3, 31 I, 34 I 8; SGG § 86b II

Das Potenzmittel "Caverject" (oder auch "Viagra") ist als Leistung in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr vorgesehen. Durch Artikel 1 Nr. 22 GMG wurden mit Wirkung ab 01.01.2004 sämtliche Arzneimittel, die der Behandlung der erektilen Dysfunktion dienen, von der Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen.

SG Frankfurt a. M., Beschl. v. 30.03.2005 – S 4 KR 284/05 ER – wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

Zu Arzneimittel für erektile Dysfunktion ab 2004 vgl. zuletzt RID 05-02-V 6 (S. 51 f.) m.w.N.

Entfällt RID 05-04-94

V. HEILMITTEL

1. PETÖ-METHODE

LSG Berlin, Urt. v. 15.12.2004 – L 9 KR 47/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-95

Petö-Methode, Behandlungsmethode, Bundesausschuss

SGB V §§ 18 I 1, 32. 92 I 2 Nr. 6, 135 I, 138

Behandlungen nach der Petö-Methode (hier: 19.09.2000 bis 12.03.2001) gehören nicht zu den Behandlungsmethoden, auf die sich die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen erstreckt. Ihr therapeutischer Nutzen ist bisher nicht durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (jetzt: Gemeinsamen Bundesausschuss) festgestellt worden. Dass das Anerkennungsverfahren durch die Krankenkassen oder den Bundesausschuss sachwidrig behandelt worden sein könnte, lässt sich nicht feststellen. Insbesondere ist nicht ersichtlich, dass der Antrag bei dem damals noch zuständigen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen verspätet gestellt worden sein könnte.

SG Berlin, Gerichtsbb. v. 25.02.2002 – S 81 KR 2876/01 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Vgl. zuletzt **BSG**, Urt. v. 03.09.2003 - B 1 KR 34/01 R - SozR 4-2500 § 18 Nr. 1 = RdLH 2004, 74 = Breith 2004, 407; s. a. **OVG Rheinland-Pfalz**, Urt. v. 16.08.2005 – 2 A 10479/05 – RID 05-04-191.

2. KRANKENGYMNASTIK OHNE EINHALTUNG EINES THERAPIEFREIEN INTERVALLS

SG Dresden, Gerichtsbb. v. 10.08.2005 – S 18 KR 232/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-96

Krankengymnastik, Heilmittel-Richtlinien, Verordnung
SGB V §§ 27 I, 32 I, 92 I Nr. 6

Es besteht ein Anspruch auf Erbringung von spezieller Krankengymnastik (KG-ZNS Diagnosegruppe ZN 2) ohne Einhaltung eines therapiefreien Intervalls als langfristige Verordnung auf der Grundlage von § 27 I 1 und 2 Nr. 3, § 32 I 1 SGBV i. V. m. Abschnitt I.A.2 des Zweiten Teils und Abschnitt II Nr. 11.3 und 4 des Ersten Teils der auf § 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V beruhenden Heilmittel-Richtlinien, wenn eine Versicherte wegen der Schwere und Komplexität der Beeinträchtigungen dauernder physiotherapeutischer Behandlung, weil eine unbehandelte Spastik zu weiterführenden Dysbalancen der angrenzenden Gelenke führen würde, bedarf.

3. LEGASTHENIEBEHANDLUNG

SG Regensburg, Urt. v. 10.11.2004 – S 14 KR 38/04 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-97

Legastheniebehandlung, Legasthenietherapie, Lese-Rechtschreibschwäche

SGB V §§ 11 II, 27 I, 32 I, 92 I Nr. 6; SGB IX §§ 4 I Nr. 1, 6 I Nr. 1, 7 Satz 2, 26, SGB VIII §§ 2 II Nr. 5, 35a

Nach den Heilmittel-Richtlinien v. 06.02.2001 (Anlage 2 Nr. 15) gehört die Legasthenietherapie zu den nichtverordnungsfähigen Heilmitteln. Auch die ab 01.07.2004 geltenden **Heilmittel-Richtlinien** schließen in der Anlage (Nr. 15) Störungen wie Lese- und Rechtschreibschwäche als nichtverordnungsfähig aus. Ein Systemversagen, das ein Abgehen von der grundsätzlichen Bindung erlauben würde, liegt nicht vor.

Es ist nicht Sinn des **SGB IX**, die in der Krankenversicherung getroffenen Leistungsausschlüsse dadurch zu umgehen, dass sie als Rehabilitationsbedarf über das Behindertenrecht wieder eingeführt werden. Es verbleibt somit für eine Legastheniebehandlung bei der Zuständigkeit der Jugendhilfe.

Das **SG** wies die Klage eines Sozialleistungsträgers ab, der für den beigel. Versicherten im Rahmen der Eingliederungshilfe die Therapiekosten für eine Legastheniebehandlung von vorläufig 30 Sitzungen übernommen hatte.

VI. 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. SCHWIMM- ODER BADEPROTHESE

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 15.09.2005 – L 16 KR 77/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-98

Schwimmprothese, Badeprothese, Prothese, Grundbedürfnis des täglichen Lebens, Xero-Sox-Beinschutz
SGB V §§ 12 I, 33 I 1

Eine **Oberschenkelprothese**, setzt - wie z.B. auch eine Brille - bei ihrem Einsatz **unmittelbar an der Behinderung** an. Es wird die beeinträchtigte oder ausgefallene Körperfunktion - das Gehen- und Stehen-Können - wieder ermöglicht, ersetzt oder erleichtert. Diesen unmittelbaren Ausgleich erkennt LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 22.01.2003 - L 5 KR 159/02 - RID 03-04-105, mit dem einem Versicherten die Versorgung mit einer Schwimmprothese, weil nur mittelbar ersetzend, verweigert wurde.

Für den Fall eines unmittelbar an der gestörten Körperfunktion erfolgenden Ansatzes des Hilfsmittels war/ist nach herkömmlicher Rechtsprechung davon auszugehen, dass die Versorgung mit einem solchen Hilfsmittel **ohne weiteres** den **Anforderungen des § 33 I 1 3. Mögl. SGB V** entspricht, während der Versicherte nur mittelbar an der gestörten Körperfunktion ansetzende Hilfsmittel nur dann beanspruchen kann, wenn das Hilfsmittel benötigt wird, um sog. **"elementare Grundbedürfnisse"** zu befriedigen.

Seit etwa 1999 liest indes mancher aus der **Rspr. des 3. Senats des BSG**, dass die Gewährung eines behinderungsausgleichenden Hilfsmittels ausnahmslos davon abhängt, dass dieses zur Befriedigung eines "elementare Grundbedürfnisses" erforderlich ist. Für eine solche, den Gesetzeswortlaut weit hinter sich lassende Sicht spricht in der Tat die vom SG im angefochtenen Urteil insoweit mit Recht angeführte Entscheidung vom 06.06.2002 (B 3 KR 68/01 R = SozR 3-2500 § 33 Nr. 4), mit dem der 3. Senat des BSG - im Ergebnis sicherlich zu Recht - dem Versicherten, der den technischen Vorteil nutzen kann, die Versorgung mit einer damals ca. 40.000 DM kostenden Prothese mit elektronisch gesteuertem Hydrauliksystem (C-Leg) zugesprochen hat (erneut mit Ur. v. 16.9.2004, B 3 KR 1, 2 und 6/04 R). Ob eine solche Abkehr von der herkömmlichen Rspr. und damit eine weitere **Einschränkung der Rechte der Versicherten** vom 3. Senat des BSG tatsächlich **beabsichtigt war/ist**, erscheint jedoch im Hinblick auf andere Urteile eben dieses Senats durchaus **zweifelhaft** (vgl. etwa das Ur. v. 03.11.1999 - B 3 KR 16/99 R - SozR 3-1200 § 33 Nr. 1 < "Shoprider">, in dem justament das BSG, Ur. v. 10.10.1979 - 3 RK 30/79 - SozR 2200 § 182 Nr. 55 zur "Badeprothese" noch billigend in Bezug genommen wird; vgl. auch Ur. v. 16.9.1999 - B 3 KR 13/98 - USK 99 41 u. - B 3 KR 2/99 - USK 99 67 u. - B 3 KR 8/98 R - SozR 3-2500 § 33 Nr. 31 "Rollstuhl-Bike"; Ur. v. 03.11.1999 - B 3 KR 3/99 R - SozR 3-2500 § 33 Nr. 34 "Mikroportanlage"; Ur. v. 16.9.2004 - B 3 KR 19/03 R - BSGE 93,176 = SozR 4-2500 § 33 Nr. 7 "schwenkbarer Autositz" - zur gegenüber der Rspr. des 8. Senats des BSG eingeschränkten Sicht der Rechte der Versicherten in der Hilfsmittelspr. des 3. Senats des BSG vgl. im übrigen das Ur. des erkennenden Senats v. 27.01.2002 - L 16 KR 137/03 - "Speedy-Bike").

Aber jedenfalls dann, wenn ein Versicherter eine **wasserfeste Prothese** unabdingbar benötigt, um einem **"elementaren Grundbedürfnis"** gerecht zu werden, hat er einen Anspruch auf Versorgung mit diesem Hilfsmittel. Zu einem Grundbedürfnis zählt nicht die ehrenamtliche Tätigkeit für die DRLG, eine Erwerbstätigkeit als Schwimmlehrer oder die Nutzung beim Duschen/Baden im häuslichen Bereich.

Grundsätzlich kann auch das **Schwimmen** als solches ebenso wenig den "elementaren Grundbedürfnissen" zugeordnet werden wie die Möglichkeit, einen Urlaub in bestimmter Weise, etwa in Form eines Badeurlaubs, zu gestalten. Die Dinge sind jedoch **aus der Sicht eines Beinamputierten** grundlegend anders zu betrachten. Das BSG hat schon in seinem Urteil vom 10.10.1979 (3 RK 30/79 = SozR § 182 Nr. 55) auf die **Bedeutung des Versehrtenschwimmsportes** hingewiesen und die Schwimmprothese jedenfalls u.a. auch deshalb der Krankenhilfe zugeordnet.

Das **Schwimmen** ist einem **erweiterten "elementaren Grundbedürfnis" des Beinamputierten** zuzuordnen, so wie das an sich nicht einbezogene Fahrradfahren im Hinblick auf den Kontakt mit Gleichaltrigen Teil eines erweiterten Grundbedürfnisses von Kindern sein kann. Es erkennt schließlich auch die jüngere Rspr. des 3. Senats des BSG (vgl. Ur. v. 16.9.2004 - B 3 KR 15/04 R - Die Leistungen Beilage 2005, 16-21 "schwenkbarer Autositz") durchaus an, dass die Zuordnung bestimmter Betätigungen zu den Grundbedürfnissen von individuell unterschiedlichen Faktoren abhängt wie z.B. dem Alter eines Versicherten, der Förderung des Integrationsprozesses, der Schwere einer Behinderung oder der Notwendigkeit medizinischer Intensivbehandlung, dass mithin das Grundbedürfnis doch nicht, wie es der 3. Senat des BSG dann im Ur. v. 26.03.2003 - B 3 KR 26/02 R - SozR 4-2500 § 33 Nr. 2 ("Therapie-Tandem") annimmt, stets, sondern nur grundsätzlich nach den Lebensverhältnissen eines gleichaltrigen gesunden Menschen zu bestimmen ist.

SG Dortmund, Ur. v. 13.04.2005 - S 44 (40) KR 108/03 - wies die Klage ab, das **LSG** verurteilte die Krankenkasse, den Kl. mit einer wasserfesten Prothese zu versorgen; der Senat weist in den Entscheidungsgründen darauf hin, dass die damalige und heutige Bekl. im **Revisionsverfahren** zu **LSG Nordrhein-Westfalen**, Ur. v. 05.02.2004 - L 16 KR 102/03 - RID 04-02-193 vor dem BSG sich mit dem dortigen Versicherten auf die Übernahme von zwei Dritteln der streitigen Kosten geeinigt habe. Revision sei nicht zuzulassen gewesen, nachdem das o.a. Parallel-Urteil dem BSG bereits zur Prüfung vorgelegen habe, habe der Rechtssache grundsätzliche Bedeutung nicht mehr zugemessen werden können.

Vgl. zuletzt RID 04-02-193 und RID 03-04-B I 2.

2. ROLLSTUHL FÜR WACHKOMAPATIENTEN IN VOLLSTATIONÄREM PFLEGEHEIM

SG Dresden, Beschl. v. 11.10.2005 – S 18 KR 540/05.ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-99

Wachkoma, Rollstuhl, Pflegeheim, Pflegehilfsmittel,

SGB V § 33 I; SGB XI §§ 12, 24, 40 I, 72, 75, 78, 80a II 2 Nr. 3

Ein Versicherter, der im **Wachkoma** liegt und in einer Einrichtung vollstationär gepflegt wird, hat keinen Anspruch auf Versorgung mit einem **Rollstuhl** als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, **wenn er noch nicht wieder in der Lage ist, seinen Aufenthaltsort innerhalb oder außerhalb des Heimes selbst zu bestimmen oder einen Rollstuhl, ggf. in Begleitung, zu bedienen**. So wie die Ermöglichung menschlicher Kontakte und Fahrten in einem Rollstuhl innerhalb des Pflegeheims und im Heimgelände mangels eigengesteuerter Bestimmungsmöglichkeiten des Antragstellers der aktivierenden Pflege im Verantwortungsbereich des Einrichtungsträgers zu-zurechnen sind, so ist unter diesen Umständen auch das Unternehmen von Spazierfahrten mit Hilfe von Angehörigen außerhalb des Heimgeländes originär eine **Pflegehandlung**. Ein hierzu eingesetzter Rollstuhl erfüllt die Funktion eines Pflegehilfsmittels. Die Versorgung mit dem Rollstuhl dient auch nicht der Sicherung der Krankenbehandlung.

Eine Krankenkasse hat lediglich im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages als Trägerin der Pflegeversicherung zu **überwachen**, dass in ihrem Versorgungsgebiet **Pflegeheime für Schwerstpflegebedürftige betrieben werden**, die so ausgestattet sind, dass auch Wachkomapatienten Leistungen in angemessener Qualität erbracht werden können (vgl. §§ 12, 72, 75, 78 und § 80a Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGB XI). Dies hat zur Konsequenz, dass für die Bereitstellung eines Rollstuhls für vollstationär gepflegte Versicherte, die wegen ihrer Behinderung zur eigengesteuerten Bestimmung ihres Aufenthalts nicht im Stande sind, weder die Krankenkasse als Trägerin der Krankenversicherung nach § 33 I SGB V noch als Trägerin der Pflegeversicherung nach § 40 I 1 SGB XI noch der Träger der Pflegeeinrichtung im Rahmen seiner Vorhaltepflcht einzustehen haben, wenn die Fahrten sich über das Heimgelände hinaus erstrecken.

Der 1964 geb. Ast. leidet nach ausgeprägten Schädel-Hirn-Verletzungen in Folge eines Treppensturzes an einem remittierenden apallischen Syndrom. Er ist schwerstpflegebedürftig im Sinne der Pflegestufe III und wird in einer für die Versorgung von Wachkomapatienten ausgestatteten Einrichtung vollstationär gepflegt. Nach einem Rehabericht ist er bei allen Aktivitäten des täglichen Lebens von Hilfe abhängig. Im Sitz benötigt er Unterstützung zur Kopf- und Rumpfstabilisierung. Er ist in der Lage, Bewegungsaufträge für die rechte Hand umzusetzen, ein eindeutiger Ja/Nein-Code zur Verständigung hat nicht vereinbart werden können. Die Versorgung mit einem Multifunktionsrollstuhl mit Trommelbremse für die Begleitperson, Arm-, Bein- und Kopfstütze, Therapietisch und Sitzkissen lehnte die Ag. ab, weil im Vordergrund die Pflege stehe. Eine selbständige Nutzung des Rollstuhls sei nicht möglich. Hiergegen läuft noch das Widerspruchsverfahren. Das *SG* lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

3. SELBSTFAHRROLLSTUHL: FEHLENDES FORTBEWEGUNGSKÖNNEN

LSG Bayern, Urt. v. 28.04.2005 – L 4 KR 125/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-100

Leichtgewichtrollstuhl, Rollstuhl, Gesundheit, Selbstfahrrollstuhl

SGB V §§ 13 III, 33 I

Kann eine Versicherte sich wegen einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes **nicht mehr in dem seinerzeit verordneten Rollstuhl fortbewegen und halten**, so ist dieser Selbstfahrrollstuhl nicht mehr erforderlich und besteht kein Anspruch auf Versorgung.

SG München, Urt. v. 27.04.2004 – S 47 KR 981/03 – verurteilte d. Bekl., der in einem Heim lebenden Kl. einen Leichtgewichtrollstuhl zur Verfügung zu stellen; das *LSG* wies die Klage ab

4. ELEKTOROLLSTUHL ZUM AUFRICHTEN (SOG. LEVO-COMBI)

SG Ulm, Urt. v. 28.06.2005 – S 1 KR 2522/03 – juris

RID 05-04-101

Elektorollstuhl, LEVO-Combi, Stehufähigkeit, Gehunfähigkeit, Freistehbarren

SGB V §§ 12 I, 33 I 1

Ein Versicherter, der an einer erheblichen cerebralen Schädigung mit einer spastischen Tetraparese sowie **Steh- und Gehunfähigkeit** leidet, hat im Rahmen der Hilfsmittelversorgung einen Anspruch auf Versorgung mit einem **Elektorollstuhl zum Aufrichten** (sog. LEVO-Combi), wenn deutliche **Gebrauchsvorteile** gegenüber einem bereits vorhandenen Freistehbarren bestehen. Das Argument der fehlenden Wirtschaftlichkeit hat dann in den Hintergrund zu treten.

5. HILFSMITTEL ZUR PKW-BENUTZUNG

Zur *BSG-Rspr.* s. eingangs unter B VI.

A) UMBAU EINES KRAFTFAHRZEUGES ZUM TRANSPORT EINES KINDES

LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 24.08.2005 – L 4 KR 124/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-04-102**

PKW-Ausstattung, Grundbedürfnis, Kraftfahrzeug, Hubmatik-Kassettenlift, Kind, Eltern
SGB V §§ 13 III, 33 I

Lehnt eine Krankenkasse die begehrte Leistung bereits in einem Telefonat ab und stand damit von vornherein fest, dass die Leistung verweigert würde, so ist der **Beschaffungsweg** nach § 13 III SGB V eingehalten.

Ein behindertes **Kind** kann die **Kosten seiner Eltern** für einen Umbau eines PKW geltend machen (vgl. BSG, Urt. v. 16.09.2004 - B 3 KR 19/03 R -).

Ein behindertengerechter Umbau des Kfz durch Einbau eines **Hubmatik-Kassettenlifts** ist ein geeignetes Hilfsmittel i.S.d. § 33 SGB V. Hierauf hat ein Versicherter einen Anspruch, wenn ein Transport nur in der Sitzschale möglich ist und ihm dadurch aufgrund einer **Internatsunterbringung** der **Kontakt zu seinen Eltern** ermöglicht wird. Ein schwenkbarer Autositz kann danach grundsätzlich als Hilfsmittel geeignet sein, wenn er behinderungsbedingte Beeinträchtigungen eines Versicherten ausgleichen kann. Dies gilt sowohl für das Grundbedürfnis des Erschließens eines gewissen körperlichen Freiraums als auch für das Bedürfnis, bei Krankheit oder Behinderung Ärzte und Therapeuten aufzusuchen.

Der 1989 geb. Kl. ist Tetrapastiker. Er erhält Leistungen nach der Pflegestufe III von der Pflegeversicherung. Er ist u.a. mit einem Therapiefahrrad und einem Elektro-Rollstuhl versorgt. Seit August 1996 befindet er sich aus medizinischen Gründen in einem Internat. Im Juli 1999 schafften sich die Eltern des Klägers einen Hubmatik-Kassettenlift für 20.036,88 DM an. *SG Braunschweig, Urt. v. 25.07.2002 – S 6 KR 17/00 –* wies die Klage ab, das *LSG* verurteilte die Beklagte, dem Kl. 10.244,59 Euro zu erstatten.

B) AUTOSICHERHEITSSITZ MIT HEBEMECHANIK FÜR ARZTBESUCHE

SG Dresden, Gerichtsbb. v. 31.05.2005 – S 25 KR 247/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-103

Autosicherheitssitz, Grundbedürfnis, Arztbesuch
SGB V § 33 I

Ein Hilfsmittel dient dem Grundbedürfnis "**Erschließen eines gewissen körperlichen Freiraums**", wenn dadurch regelmäßig, zumindest **an zwei Tagen in der Woche**, eine Fahrt zu Therapien und zu Ärzten ermöglicht wird.

Der 1987 geb. Kl. leidet u.a. unter infantiler Zerebralparese mit spastischer Tetraparese und Symptomatischer Partialepilepsie. Er kann daher nicht in ein Fahrzeug einsteigen, sondern muss hineingehoben werden. Er kann nicht gehen und lediglich stehen, wenn er festgehalten wird. Auf Grund einer eingeschränkten Rumpfstabilität muss der Kläger während einer Autofahrt besonders fixiert werden. Er ist zu 100 % schwerbehindert. Ihm wurden die Merkzeichen G, aG, H, B erteilt. Im Jahr 1999 hat die Bekl. den Kl. letztmalig mit einem Autositz (Kindersitz) ausgestattet. Den im Jahr 2003 gestellten Antrag auf Ausstattung mit einem Rollstuhltransportplatz (7.049,91 Euro) lehnte die Bekl. ab. Das *SG* verurteilte die Bekl., den Kl. mit einem Autosicherheitssitz mit Hebe-, Senk- und Drehmechanik auszustatten.

C) KEIN SCHWENKBARER AUTOSITZ FÜR ÜBLICHE ARZTBESUCHE

LSG Berlin, Urt. v. 15.12.2004 – L 9 KR 141/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-104

Schwenkbarer Autositz, Grundbedürfnis, Arztbesuch
SGB V § 33 I

Eine Versicherte benötigt einen schwenkbaren Autositz nicht, um eine bestimmte ärztlich verantwortete Krankenbehandlung wahrnehmen zu können, wenn sie sich nicht wesentlich von der Vielzahl anderer Versicherter unterscheidet, die ebenfalls medizinische Untersuchungen in Anspruch nehmen (hier: **Hausarztbesuch ca. einmal im Monat**, regelmäßige Termine <"normale Besuche"> bei ihrem Frauen- sowie ihrem Zahnarzt).

Die Zuordnung bestimmter Betätigungen zu den Grundbedürfnissen hängt deshalb von individuell unterschiedlichen Faktoren ab. Es gehört nicht zu den Aufgaben der gesetzlichen **Krankenversicherung**, den **Besitz eines PKW** oder dessen Benutzung für Behinderte zu ermöglichen.

Die 1958 geb. Kl. leidet an einer progressiven Muskeldystrophie und erhält deswegen Leistungen der Pflegeversicherung nach der Pflegestufe II. Der Grad der Behinderung beträgt 100 v. H. (Merkzeichen "G", "aG", "T" und "H"). Sie ist mit einem Rollstuhl und einem sog. Scalamobil, mit dem das Befahren von Treppen

möglich ist, versorgt. Die Versorgung mit einem schwenkbaren Autositz lehnte die Bekl. ab. *SG Berlin*, Urt. v. 19.07.2002 – S 72 KR 2000/01 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

D) BEHINDERTENGERECHTE PKW-AUSSTATTUNG (EHRENÄMTER/FREIZEITBESCHÄFTIGUNG)

LSG Hessen, Urt. v. 07.07.2005 – L 1 KR 5/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-105

Nichtzulassungsbeschwerde erhoben: B 3 KR 40/05 B

PKW-Ausstattung, Grundbedürfnis, Kraftfahrzeug

SGB V §§ 13 III, 33 I

Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Gewährleistung der medizinischen Rehabilitation. Sie ist zuständig für Maßnahmen, die bei der medizinischen Bekämpfung der **Krankheit** oder der **Behinderung** selbst ansetzen, nicht aber bei deren **Folgen auf beruflichem, gesellschaftlichem oder privatem Gebiet**; für derartige Bedürfnisse, die über die Befriedigung der sog. Grundbedürfnisse hinausgehen, sind ggf. andere Sozialleistungsträger zuständig.

Eine behindertengerechte Ausstattung (Einbau eines orthopädischen Pkw-Sitzes, eines automatischen Getriebes und eines Tempomats) eines Kraftfahrzeuges ist kein Hilfsmittel im Sinne des § 33 Abs. 1 Satz 1 3. Alt. SGB V, wenn der Versicherte diese nicht zur Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens benötigt. Das Grundbedürfnis "**Erschließen eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraums**" ist im Sinne eines Basisausgleichs der Behinderung selbst auf die Entfernungen beschränkt, die ein Gesunder zu Fuß zurücklegt oder um die – üblicherweise – im Nahbereich der Wohnung liegenden Stellen zu erreichen, an denen Alltagsgeschäfte zu erledigen sind. Dazu gehört nicht das Bedürfnis, **Ehrenämtern** und **Freizeitbeschäftigungen** auch außerhalb des Wohnortes nachgehen zu können.

SG Kassel, Gerichtsbb. v. 10.12.2003 – S 12 KR 2037/03 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

E) RÜCKHALTESYSTEM FÜR BEHINDERTENTRANSPORT BEI VERSORGUNG FÜR NAHBEREICH

LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 19.08.2005 – L 1 KR 42/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-106

Rollstuhl, Kraftknoten, Rückhaltesystem, Behindertentransportkraftwagen

SGB V §§ 13 III 2, 33 I 1, 31 I SGB IX §§ 15 I 3 u. 4, 31 I Nr. 3

Ein **Rollstuhlrückhaltesystem** gleicht nicht unmittelbar die beeinträchtigte Funktion der Gliedmaßen aus, sondern setzt am Rollstuhl an, ermöglicht einen sicheren Transport und gewährleistet damit einen **mittelbaren Ausgleich** der Behinderung. Nur mittelbar die Organfunktionen ersetzende Mittel wie das einen Sicherheitsvorteil bietende Rollstuhlrückhaltesystem werden allerdings nur dann als Hilfsmittel der Krankenversicherung angesehen, wenn sie die Auswirkungen der Behinderung nicht nur in einem bestimmten Lebensbereich (Beruf/Gesellschaft/Freizeit), sondern im gesamten täglichen Leben beseitigen oder mildern und damit ein "**Grundbedürfnis des täglichen Lebens**" betreffen. Auch das Bedürfnis, bei Krankheit oder Behinderung Ärzte und Therapeuten aufzusuchen, zählt zu den Grundbedürfnissen des täglichen Lebens. Denn die notwendige medizinische Versorgung ist grundlegende Voraussetzung, um die elementaren Bedürfnisse des täglichen Lebens befriedigen zu können (BSG, Urt. v. 16.09.2004 - B 3 KR 19/03 R - SozR 4-2500 § 33 Nr. 7).

Eine Versorgung mit einem grundsätzlich als Hilfsmittel anzusehenden Rollstuhlrückhaltesystem ist aber nicht **erforderlich**, wenn ein Versicherter bereits ausreichend mit Hilfsmitteln ausgestattet ist, die seine Bewegungsfähigkeit im Nahbereich seiner Wohnung gewährleisten und ihm die Arztbesuche ermöglichen.

SG Speyer, Urt. v. 12.02.2004 – S 7 KR 525/03 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

6. BILDSCHIRMLESEGERÄT

SG Dresden, Gerichtsbb. v. 23.08.2005 – S 18 KR 848/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-107

Bildschirmlesegerät, Bildschirmvergrößerungsgerät, Schreiben, Grundbedürfnis, Braillezeile

SGB V § 33 I

Entscheidend für die **Notwendigkeit eines Hilfsmittels** ist, ob (a) ein Gebrauchsvorteil zum Ausgleich der Behinderung (b) im Bereich eines Grundbedürfnisses erzielt werden kann, der (c) durch die bereits vorhandenen Hilfsmittel nicht in annähernd gleichem Umfang befriedigt werden kann und (d) dessen Umfang unter Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes nicht nur unwesentlich ist (vgl. BSG, Urt. v. 20.05.1987 - 8 RK 45/85; v. 21.11.1991 - 3 RK 43/89; v. 16.04.1998 - B 3 KR 6/97 R -).

Die Auffassung, für einen Erwachsenen, der sich lautsprachlich ausdrücken könne, sei **Schreiben** kein **Grundbedürfnis**, verfehlt offenkundig den Maßstab des allgemein praktizierten Informationsbedarfs. Zu den natürlichen Grundbedürfnissen jedes Menschen gehört auch die Fähigkeit zur selbständigen **Pflege und Erziehung der eigenen Kinder**. Dies umfasst auch die Begleitung der Kinder in schulischen Angelegenheiten, die für jene im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht ihrerseits ein Grundbedürfnis ist (vgl. BSG, Urt. v. 22.07.2004 - B 3 KR 13/03 R -).

Die **Gebrauchsvorteile des Bildschirmlesegeräts** gegenüber der alleinigen Nutzung der **Braillezeile** sind auch mit Rücksicht auf den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit wesentlich.

Die 1976 geb. Kl. leidet an einer progressiven Zapfendystrophie (ICD-10 Nr. 35.5) bei gleichzeitiger Exotropie. Handbewegungen kann sie in 50 cm Abstand noch erkennen, im Nahbereich ist sie zum Sehen auf eine 15-fache Vergrößerung angewiesen. Druckschrift kann sie mit einfacher optischer Vergrößerung nicht erkennen. Sie ist deshalb von der Bekl. bereits mit einer Leselupe, einem Vorlesesystem und einer Braillezeile nebst Software J als Zubehör zu ihrem PC ausgestattet worden. Sie ist alleinerziehende Mutter zweier Kinder, darunter eine schulpflichtige Tochter. Sie beantragte die Bereitstellung eines Bildschirmlesegeräts (5 Jahres-Bereitstellungspauschale von 2.253,76 EUR), weil sie trotz der bereitgestellten Hilfsmittel sehr eingeschränkt sei. Sie müsse etwa zum Ausfüllen von Anträgen, dem Lesen von Aufschriften auf Lebensmitteln und Medikamenten stets auf Hilfspersonen warten. Wegen der Verschlechterung ihres Sehvermögens sei dies mit Lupe und Braillezeile nicht mehr möglich. Sie könne nicht einmal die Hausaufgaben ihrer Tochter kontrollieren. Die Bekl. lehnte dies ab, weil die Kl. bereits mit einem Vorlesesystem und der Braillezeile versorgt sei. Das **SG** verurteilte die Bekl., die Kl. mit einem Bildschirmlesegerät zu versorgen.

7. BEHINDERUNG NACH VERLUST EINES TEILS DES RINGFINGERS (FINGEREPI THESE)

LSG Berlin, Urt. v. 24.11.2004 – L 9 KR 53/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-108

Fingerepithese, Behinderung

SGB V §§ 27 I, 33 I; SGB IX § 2 I 1

Eine Behinderung im Sinne der 3. Alternative des § 33 I 1 SGB V liegt nach der in § 2 I 1 SGB IX enthaltenen allgemeinen, auch für das SGB V geltenden Definition des Begriffs der **Behinderung** vor, wenn die körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit eines Menschen mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher seine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Bei einem unfallbedingten dauerhaften **Verlust des rechten Ringfingers** liegt eine Beeinträchtigung der "körperlichen Funktion" nicht vor, weshalb ein Anspruch auf Versorgung mit einer **Fingerepithese** nicht besteht.

Die 1988 geb. Kl. erlitt im Januar 2002 einen Unfall, der zum Verlust eines Teils des Ringfingers an der rechten Hand führte. Die Übernahme der Kosten (2.174,91 EUR) für die Versorgung mit einer Fingerepithese lehnte die bekl. Krankenkasse ab. **SG Berlin**, Urt. v. 23.01.2004 – S 88 KR 1201/03 – verurteilte d. Bekl. antragsgemäß, der Kl. eine Fingerepithese gemäß Kostenvoranschlag zu gewähren. Zur Begründung hat es ausgeführt, dass die Klägerin Anspruch auf die umfassendste und technisch jeweils fortgeschrittenste Versorgung habe. Der Versorgungsauftrag der gesetzlichen Krankenkasse erstreckte sich auf eine solche Fingerepithese, die notwendig sei, um den Verlust des natürlichen Fingers für einen unbefangenen Beobachter nicht sogleich erkennbar werden zu lassen. Hierzu sei es erforderlich, die Fingerepithese so zu fertigen, dass sie nicht sogleich als künstlich auffalle. Der Anspruch beinhalte eine möglichst naturgetreue Nachbildung des verlorenen Fingers, um in ihrer entsprechenden Altersgruppe die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben möglichst unbefangenen wahrnehmen zu können. Das **LSG** wies die Klage ab.

8. ORTHOPÄDISCHE MAßSCHUHE

A) REHABILITATIONSTRÄGER

SG Meiningen, Urt. v. 16.03.2005 – S 4 KR 1087/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-109

Maßschuh, Rentenversicherungsträger, Rehabilitationsträger

SGB V § 33 I; SGB IX §§ 14, §§ I, VIII Nr. 4; SGB VI §§ 10, 16

Orthopädische Maßschuhe sind als **Hilfsmittel** anzusehen, wenn diese speziell für Behinderte und auf Grund von Behinderungen, die die Geh- und Stehfähigkeit erheblich beeinträchtigen, **erforderlich** sind. Auf Grund dieser notwendigen Abgrenzung zu Schuhen als Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens sind besonders strenge Anforderungen an die Erforderlichkeit zu stellen.

Für die Versorgung mit orthopädischen Maßschuhen ist erheblich, dass eine **angemessene Gehfunktion** mit sonstigen Maßnahmen nicht erreicht werden kann.

Ist zur Erhaltung der **Arbeitsfähigkeit** unbedingt die Versorgung mit orthopädischen Maßschuhen erforderlich, so hat hierfür der **Rentenversicherungsträger als Rehabilitationsträger** aufzukommen.

Das **SG** verurteilte nicht die Krankenkasse, sondern die beigel. LVA als Rehabilitationsträger, die Kosten für orthopädische Maßschuhe abzüglich eines Eigenanteils des Klägers in Höhe von 76,00 Euro zu übernehmen.

B) ÜBERPRÜFUNG TROTZ VERTRAGSÄRZTLICHER VERORDNUNG

LSG Bayern, Urt. v. 30.06.2005 – L 4 KR 106/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-110

Maßschuh, Verordnung

SGB V §§ 33 I, 275 III Nr. 2

Auch bei vertragsärztlicher Verordnung orthopädischer Maßschuhe können die Krankenkassen nach § 275 III Nr.2 SGB V vor Bewilligung durch den MDK prüfen lassen, ob diese erforderlich sind (siehe hierzu BSG, Urt. v. 16.09.1999, SozR 3-2500 § 33 Nr.31).

SG Nürnberg, Urt. v. 10.03.2004 – S 7 KR 141/03 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

9. MOTORBEWEGUNGSSCHIENE CPM/KOSTENERSTATTUNGSANSPRUCH

LSG Hessen, Urt. v. 01.09.2005 – L 1 KR 699/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-111

Motorbewegungsschiene, Kostenerstattung

SGB V §§ 12 I, 13, 27 I, 33 I 1

Hat eine Klägerin **keine Kosten** für das Mieten eines Hilfsmittels verauslagt, so besteht kein **Kostenerstattungsanspruch**. Ein Freistellungsanspruch besteht dann nicht, wenn **keine vertragliche Kostenverpflichtung** eingegangen wurde.

Ein Anspruch eines **Hilfsmittellieferanten** auf Vergütung aus **Geschäftsführung ohne Auftrag** (§§ 670, 683 BGB) scheidet aus, wenn die Behandlung als Privatpatientin mit der Verpflichtung, die entstehenden Kosten selbst zu zahlen, weder dem wirklichen noch dem mutmaßlichen Willen der Versicherten noch ihrem Interesse entsprach (vgl. BSG, Urt. v. 09.10.2001 - B 1 KR 6/01 R; LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 08.06.2004 - L 11 KR 79/03 -). Ein **Bereicherungsanspruch** (§ 812 Abs. 1 Satz 1 BGB) des Leistungserbringers scheitert daran, dass zwischen der Versicherten und der Lieferantin in kein Leistungsverhältnis besteht. Aufgrund des Versichertenverhältnisses hatte die Klägerin vielmehr nur gegenüber der Beklagten einen Anspruch auf Versorgung mit der von den Ärzten als notwendig erachteten Sachleistung.

Das Risiko, zu Unrecht verurteilt zu werden, **ohne** dass überhaupt eine **faktische Inanspruchnahme** geltend gemacht wird oder überhaupt konkret ein Zahlungsanspruch besteht, vermag ein **Rechtsschutzinteresse** für eine Klage des Versicherten gegen die Krankenkasse nicht zu begründen (gegen SG Braunschweig, Urt. v. 21.04.2004 - S 6 Kr 130/01 - www.sozialgerichtsbarkeit.de)

SG Marburg, Urt. v. 25.06.2003 – S 6 KR 811/01 – verurteilte nach Einholung eines orthopädischen Gutachtens die Bekl., der Kl. die Kosten für die Miete der CPM-Schiene für die Dauer von 30 Tagen zu erstatten, das **LSG** wies die Klage ab.

Vgl. zuletzt RID 04-03-B VII 7a; *SG Frankfurt a. M., Urt. v. 30.04.2003 – S 20 KR 1296/02 –* RID 03-03-116 m.w.N.; zum Versorgungsanspruch s. a. *SG Frankfurt a. M., Urt. v. 20.01.2004 – S 30/25 KR 1628/02 –* RID 04-02-204.

10. FESTBETRAGSFESTSETZUNG FÜR HÖRGERÄTE

Vgl. zuletzt RID 05-03-B VII 1 (S. 41); RID 05-02-B VI (S. 54 f.).

A) VOLLE KOSTENERSTATTUNG BEI UNZUREICHENDER VERSORGUNG

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

RID 05-04-112

Berufung anhängig: LSG Sachsen – L 1 KR 67/05 –

Festbetrag, Hörgerät, Hörhilfe,

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

Der **Sachleistungsanspruch** eines Versicherten ist **nicht** auf die Leistung des Festbetrags nach der **Festbetragsgruppe III für Hörhilfen beschränkt**, wenn der Ausgleich der konkreten Behinderung

des mit den zu diesem Betrag auf dem Markt für Hörhilfen verfügbaren Hörgeräten nicht möglich ist. Der Anspruch eines Versicherten auf Hörgeräteversorgung beschränkt sich nicht nur auf die Deckung eines Grundbedürfnisses in ausgewählten Lebensbereichen; seine Befriedigung bemisst sich auch nicht allein am prozentualen Wortverstehen unter Laborbedingungen (vgl. Nr. 63.2 in Verbindung mit Nr. 66 der Heilmittel-Richtlinien). Der Anspruch des Versicherten auf Versorgung mit Hörgeräten richtet sich vielmehr 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).

Das **SG** verurteilte die 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.

B) GELTUNG DER FESTBETRÄGE/MUTWILLENSKOSTEN

LSG Bayern, Urt. v. 25.08.2005 – L 4 KR 150/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-113

Festbetrag, Hörgerät, Darlegungslast, Beweislast

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

Die Krankenkasse beteiligt sich **bis zur Höhe der Festbetragsgrenze**, auch wenn der Versicherte ein aufwändigeres Hilfsmittel wählt.

Dafür, dass die Festbeträge für Hörgeräte unzureichend wären, findet sich kein Anhaltspunkt. Der Hinweis auf eine Stellungnahme des Schwerhörigenbundes ist kein konkreter Nachweis.

Die **Festbetragsregelung** trägt **Verwaltungsaktcharakter**, ist nämlich eine **Allgemeinverfügung**. Rechtsmittel dagegen richten sich nach § 35 Abs.7 SGB V.

SG Landshut, Urt. v. 28.05.2004 – S 4 KR 218/03 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück; nach dem LSG hat d. **Kl.** sich mit 200 EUR an den **Verfahrenskosten** zu Gunsten der Staatskasse zu beteiligen.

Hierzu führt es aus:

„(...) Nach der ausführlichen Belehrung des Klägers bzw. seines Vertreters in der mündlichen Verhandlung vom 25.08.2005 und dem klaren Hinweis in der Niederschrift vom 28.04.2005 musste der Senat seine weitere Inanspruchnahme durch den Kläger als "mutwillig" ansehen. Kein verständiger Beteiligter, der für seine Prozesskosten selbst aufzukommen hat, hätte danach die Berufung weiter verfolgt (vgl. BSG vom 24.05.2000 - B 1 KR 4/93 BM). Es manifestiert sich in der Antragstellung ein hohes Maß an Uneinsichtigkeit, das die Beteiligung des Klägers an den Aufwendungen der Staatskasse für die unmäßige Weiterführung des Prozesses rechtfertigt. Dass der Senat die anzuwendenden Mindestkosten im Irrtum über die Höhe der Pauschgebühren zu niedrig angesetzt hat, kommt dem Kläger zugute.(...)“

Zur unterschiedlichen Rspr. vgl. vorstehend und zuletzt RID 05-03-B VII 1 (S. 41); RID 05-02-B VI (S. 54 f.).

11. SCHWERHÖRIGENTELEFON

SG Dresden, Urt. v. 28.07.2005 – S 18 KR 398/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-114

Berufung anhängig: L 1 KR 95/05

Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens, Schwerhörigentelefon, Verstärkertelefon

SGB V §§ 13 III, 12 I, 33 I

Hörbehinderte haben einen Anspruch auf Versorgung mit einem **Schwerhörigentelefon** als Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Es handelt sich nicht um einen allgemeinen **Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens** (zur Abgrenzung vgl. BSG, Urt. v. 16.09.1999 - B 3 KR 1/99 R -). Auf Grund seiner Ausstattung mit einem speziellen Verstärker für Knochenleitung und einem Lichtsignalgeber handelt es sich bei dem streitgegenständlichen Schwerhörigentelefon um ein Gerät, das für die speziellen Bedürfnisse hörbehinderter Menschen entwickelt sowie hergestellt worden ist und das ganz überwiegend auch von diesem Personenkreis genutzt wird. **Telefonieren** ist ein **Grundbedürfnis**.

Das **SG** verurteilte die Krankenkasse, der Kl. die Anschaffungskosten für das Telefon mit Verstärker für Luft- und Knochenleitung ("M") in Höhe von 154 € abzüglich einer Eigenbeteiligung von 20 € zu erstatten.

Zu einem Bildtelefon vgl. **SG München**, Urt. v. 04.10.2001 – S 44 KR 624/99 - RID 04-03-130.

12. PERÜCKE: ASIATISCHES ODER EUROPÄISCHES ECHTHAAR

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 15.06.2005 – L 5 KR 20/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-115

Perücke, Kunsthaarperücke, Echthaarperücke

SGB V §§ 13 III, 27 I 2 Nr. 3, 33 I 1

Die **Teilhabe am gesellschaftlichen Leben** setzt bei einer Frau nicht voraus, dass ihr ursprüngliches Aussehen durch die **Perücke** so weit wie möglich wieder hergestellt wird; Ziel der Hilfsmittelversorgung ist nicht die möglichst umfassende Rekonstruktion des verlorengegangenen früheren Zustands, sondern nur die Gewährleistung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (vgl. **BSG**, Urt. v. 23.07.2002 - B 3 KR 66/01 R - SozR 3-2500 § 33 Nr. 45).

Eine Perücke mit **asiatischem Echthaar** ist kein gleichwertiger Ersatz für eine haarlose Versicherte, die von Natur aus blond ist und bisher entsprechende Perücken getragen hat. Zwar kann auch asiatisches Haar blond gefärbt werden, dies geschieht jedoch mit einem erheblichen Qualitätsverlust.

Das optische Erscheinungsbild von **Kunsthaarperücken** ist bereits nach kurzer Tragezeit beeinträchtigt und die gesamte Lebensdauer der Perücke limitiert. Es kommt auch zu vermehrter Schweißbildung. Damit ist die Klimatisierung der Kopfhautregion eingeschränkt und schließt weitestgehend eine Langzeitversorgung mit einer solchen Perücke aus.

SG Lübeck, Urt. v. 03.11.2003 – S 19 KR 106/00 – verurteilte die Bkl., der Kl. 818,01 € nebst 4 % Zinsen seit 17.11.1999 und weitere 945 € nebst 4 % Zinsen seit 07.10.2002 zu zahlen; das **LSG** wies die Berufung mit der Maßgabe einer anderen Verzinsung zurück.

13. MINI-MUM THERAPIELIEGE

LSG Thüringen, Urt. v. 30.05.2005 - L 6 KR 23/02 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-116

Therapieliege, Hilfsmittel, Heilmittel, Zubehör, Pflege

SGB V §§ 13 III, 27 I 2 Nr. 3, 33 I 1; SGB IX § 40

Die **Mini-Mum Liege** ist im Wesentlichen für den Einsatz in der Krankengymnastik insb. nach den **Methoden von Bobath und Vojta** (Behandlung zentraler Bewegungsstörungen) konzipiert. Dazu bietet sie den Vorteil einer elektrischen Höhenverstellung und damit eine Transfererleichterung zwischen Rollstuhl und Liegefläche sowie dem Therapeuten eine rücken- und arbeitsgerechte Basis. Wegen ihrer kompakten Form und der abklappbaren Seitenteile passt sie auch in kleine Räume. Insoweit handelt es sich um einen der **Heilmittelerbringung** im Sinne eines **Zubehörs** "dienenden" Gegenstand.

Ein **Anspruch** auf eine solche Therapieliege als Hilfsmittel im Sinne des § 33 I SGB V besteht **nicht**. Bei Gegenständen, die sowohl den Zwecken der Hilfsmittelversorgung der **Krankenversicherung** als auch der Ermöglichung oder Erleichterung der **Pflege** dienen, ergibt sich eine Zuordnung nach ihrem **überwiegenden Zweck**. Besteht er ganz überwiegend darin, die Durchführung der Pflege zu ermöglichen oder zu erleichtern, so begründet allein die Tatsache, dass der Gegenstand auch dem Behinderungsausgleich dient, nicht die Leistungspflicht der Krankenkasse (vgl. **BSG**, Urt. v. 28.05.2003 – B 3 KR 30/02 R - SozR 4-2500 § 33 Nr. 4 m.w.N.).

SG Nordhausen, Urt. v. – S 6 KR 500/99 – verurteilte die beigel. Pflegekasse, die Kosten für die selbst beschaffte Therapieliege Mini-Mum zu erstatten. Das **LSG** wies die Berufung zurück.

VII. HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE

1. ABGRENZUNG GRUND- UND BEHANDLUNGSPFLEGE

A) EINMALKATHETERISIERUNG

Vgl. zuletzt und z. T. anders als nachfolgend SG Meiningen *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 28.04.2005 – L 5 KR 105/04 – RID 05-03-114; *LSG Nordrhein-Westfalen*, Urt. v. 17.03.2005 – L 16 KR 99/04 – RID 05-02-133 m.w.N.

AA) KRANKENPFLEGE-RL OHNE ERMÄCHTIGUNGSGRUNDLAGE (SCHULBESUCH)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.04.2005 – L 5 KR 228/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de RID 05-04-117
Revision anhängig: B 3 KR 17/05 R

Schulbesuch, Einmalkatheterisierung, Dauerkatheter, Pflegeversicherung, Behandlungspflege, Grundpflege
SGB V §§ 13 III, 37 II, 38 IV 2, 92 I 2 Nr. 6, VII; SGB XI § 14 IV

Besteht ein Anspruch auf **Einmalkatheterisierung** in der **Schule**, wird diese aber durch die **Mutter** der Versicherten erbracht, so kann die Erstattung der erforderlichen **Fahrkosten** verlangt werden. Es kann nicht der Krankenkasse zugute kommen, wenn zwar die Eltern wegen des Kostenrisikos von der Beauftragung eines Pflegedienstes absehen, andererseits aber über die Grenze der Zumutbarkeit hinaus (§ 37 Abs. 3 SGB V) Pflegemaßnahmen selbst erbringen.

Ist die **Katheterisierung** als Folge einer neurogenen Blasenentleerungsstörung notwendig und dient sie der Verhütung einer Verschlimmerung (Schädigung der Nieren durch Rückfluss des Restharns) und kann ein Dauerkatheter nicht gelegt werden, so besteht ein Anspruch hierauf gegenüber der Krankenkasse.

Medizinisch erforderliche Maßnahmen, die bei einem vorübergehenden Aufenthalt **außerhalb der Familienwohnung** anfallen (wie hier während des Besuchs der Schule) 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). Dies gilt insbesondere hinsichtlich der Versorgung von Kindern mit Spina bifida.

Bei der 1994 geb. Kl. besteht eine angeborene thorakolumbale Spina bifida (angeborene Spaltbildung an einem Teil der Wirbelsäule), die u.a. eine neurogene Blasenentleerungsstörung zur Folge hat. Die Blasenentleerung erfolgt durch regelmäßige Katheterisierung, die im häuslichen Bereich von den Eltern durchgeführt wird. Die Kl. erhielt im streitigen Zeitraum (Oktober bis Dezember 2002) Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung nach der Pflegestufe II. Nach dem Pflegegutachten vom 05.06.2002 bestand im Bereich der Grundpflege ein behinderungsbedingter Bedarf im Umfang von 145 Minuten täglich. Das Katheterisieren wurde bei der Verrichtung "Blasenentleerung" im Umfang von 21 Minuten täglich bei der Grundpflege berücksichtigt. Die rollstuhlpflichtige Klägerin hatte seit Mai 1998 einen Kindergarten besucht und war dort täglich durch einen Pflegedienst katheterisiert worden. Seit Sommer 2001 besucht sie eine Regelschule, die etwa 3,9 km von der Familienwohnung entfernt liegt. Auch dort wurde die Katheterisierung zunächst durch einen Pflegedienst durchgeführt. Gestützt auf Stellungnahmen des MDK hatte die Beklagte seit Mai 1998 bis zuletzt zum 30.09.2002 die jeweils für ein Quartal verordnete Katheterisierung übernommen, seit dem 01.04.2000 im Umfang von zweimal täglich. Weil es sich um eine grundpflegerische Leistung, die von der Pflegeversicherung abzudecken sei, handele, lehnte die Bekl. dann eine weitere Übernahme ab. *SG Duisburg*, Urt. v. 31.10.2003 – S 9 (7) KR 29/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de gab der Klage statt, das *LSG* wies die Berufung zurück.

BB) AUSSCHLUSS NACH KRANKENPFLEGE-RL (WERKSTATT FÜR BEHINDERTE)

SG Meiningen, Urt. v. 14.12.2004 – S 4 KR 599/01 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-118

Behindertenwerkstatt, Einmalkatheterisierung, Dauerkatheter, Pflegeversicherung, Behandlungspflege, Grundpflege

SGB V §§ 13 III, 37 II, 92 I 2 Nr. 6, VII

§ 37 II 1 SGB V begrenzt die Leistungspflicht der Krankenkasse nicht räumlich auf den Haushalt des Versicherten oder seiner Familie als Leistungsort und schließt medizinisch erforderliche Maßnahmen, die bei vorübergehenden **Aufenthalten außerhalb der Familienwohnung** anfallen, dann nicht aus, wenn sich der Versicherte ansonsten ständig in seinem Haushalt bzw. seiner Familie aufhält und dort seinen Lebensmittelpunkt hat (BSG, Urt. v. 21.11.2002 - B 3 KR 13/02 R -).

Auf der Grundlage der **RL des Gemeinsamen Bundesausschusses** ist eine **Einmalkatheterisierung** von den gesetzlichen Krankenkassen nicht zu übernehmen, soweit sie nicht von den Patienten selbst im Rahmen einer Selbstkatheterisierung vorgenommen werden können. Die Legung eines Dauerkatheters wird in diesem Zusammenhang als erforderlich und medizinisch ausreichend angesehen. Insoweit bestehen erhebliche Zweifel, ob die Ermächtigungsnorm in § 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V einen grundsätzlichen Ausschluss sonstiger Maßnahmen durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkasse rechtfertigt.

Die Einmalkatheterisierung ist aber untrennbarer Bestandteil der zur **Grundpflege** gehörenden Verrichtung der **Blasenentleerung**. In einem solchen Fall ist der zeitliche Aufwand für diese Maßnahme der Behandlungspflege im Rahmen des Gesamtaufwandes für die betroffene Verrichtung der Grundpflege als Pflegebedarf zu berücksichtigen. Eine Kostenübernahme der Krankenkasse für diese Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege ist ausgeschlossen.

B) ÜBERLAPPUNG BEHANDLUNG-/GRUNDPFLEGE: KEINE ANTEILIGE HONORARSKÜRZUNG

LSG Bayern, Beschl. v. 16.03.2005 – L 4 B 23/05 KR ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-119

Behandlungspflege, Grundpflege

SGB V §§ 27 I 1, 37

Werden acht Stunden Behandlungspflege verordnet und sind sie notwendig, so hat die Krankenkasse hierfür die Kosten zu übernehmen. Voraussetzung für eine **anteilmäßige Kürzung** ist, dass es zu Zeiten der **Überlappung** von Behandlung und Grundpflege kommt. Eine anteilmäßige Kürzung betrifft aber nur den **Zeitbedarf** (Stundenzahl), nicht aber das **Honorar** für den Leistungserbringer.

Bei der 1999 geb. Ast. besteht ein Zustand nach peripartaler Asphyxie, schwere mentale und statomotorische Retardierung, Tetraspastik, Anfallsleiden, PEG-Sonde, Niereninsuffizienz, Harn- und Stuhlinkontinenz. Sie ist in Pflegestufe III eingestuft. Sie wird, abgesehen von immer wieder erforderlichen Zeiten stationärer Krankenhausbehandlung, zu Hause gepflegt. Der behandelnde Kinderarzt hat für die Zeit v. 14.05. bis 30.06.2004 Behandlungspflege (Medikamentengabe, Intensivpflegeleistung, Kontrolle der Vitalfunktion, Sauerstoffgabe, Monitoring, PEG-Pflege) acht Stunden täglich als Monatsbudget verordnet. Die Pflege wird durchgeführt von S., außerklinische Kinder- und Intensivpflege. Die Kosten betragen kalendertäglich 224 €. Die Ag. hat die Übernahme von 161,28 € zugesagt, da die während der Behandlungspflege nötigen Hilfeleistungen im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung bei festgestellter Pflegebedürftigkeit von der Pflegekasse zu übernehmen und deshalb von den Leistungen der Krankenkasse abzuziehen seien. Bei der Kürzung ging die Krankenkasse vom Zeitbedarf für Grundpflege von täglich 397 Minuten aus, 27,57 % des Tages. Die restlichen 72,43 % wurden der Behandlungspflege zugeordnet. Zu Lasten der Ag. sollten deshalb von den vom Pflegedienst geforderten 28 € stündlich nur 20,28 € (= 72,43 %) angesetzt werden. **SG Landshut**, Beschl. v. 09.11.2004 – S 4 KR 237/04 ER – verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, der Ast. häusliche Krankenpflege im Umfang von acht Stunden täglich zu einem Stundensatz von 28 € vom 12.08.2004 bis 31.12.2004 mit Ausnahme des Zeitraums des stationären Aufenthaltes zu gewähren; das **LSG** wies die Beschwerde der Krankenkasse zurück.

Zur Abgrenzung Grund- und Behandlungspflege s. zuletzt RID 05-01-B VII (S 67 f.) und RID 04-04-B VIII 1 (S.59) m. w. N.

C) MITWIRKUNG DER EHEFRAU

LSG Bayern, Beschl. v. 08.07.2005 – L 4 B 225/05 KR ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-120

Pflegeversicherung, Behandlungspflege, Grundpflege

SGB V §§ 37 II, 92 I 2 Nr. 6, VII; SGB IX §§ 34 II 1, 36 I

Wirkt die **Ehefrau** eines Versicherten nicht nur bei der **Grundpflege** und hauswirtschaftlichen Versorgung, sondern auch bei der **Behandlungspflege** mit und zwar an Werktagen im Durchschnitt

drei Stunden täglich, am Samstag 7,5 Stunden und am Sonntag 5,5 Stunden (durchschnittliche Einbindungszeit von vier Stunden), so besteht insoweit kein Anspruch auf häusliche Krankenpflege. Hinsichtlich der Kostenlastverteilung im Verhältnis zur Pflegekasse der Krankenkasse ist zu berücksichtigen, dass diese im Falle der Pflegebedürftigkeit für die Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung zuständig ist. Denn zum einen lässt § 37 Abs. 2, 3 SGB V insoweit Satzungsmehrleistungen zu, ordnet aber deren Wegfall bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI an. Der gleiche Rechtszustand muss eintreten, wenn die Satzung der Krankenkasse derartige Leistungen nicht vorsieht.

SG Bayreuth, Urt. v. 04.04.2005 – S 6 KR 67/05 ER – verpflichtete die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, längstens bis zum Eintritt der Rechtskraft einer Entscheidung in der Hauptsache oder Erledigung der Hauptsache auf andere Weise Leistungen der Behandlungspflege im Umfang von 24 Stunden täglich als Sachleistung zu erbringen und lehnte im Übrigen den Antrag ab; das **LSG** verpflichtete die Ag. auf deren Beschwerde, ab diesem Zeitpunkt (4. April 2005) bis zur rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache bzw. einer anderen Erledigung, längstens bis 31.12.2006, die Kosten der Leistungen der häuslichen Krankenpflege von täglich 20 Stunden nach Vorlage entsprechender vertragsärztlicher Verordnungen zu übernehmen.

2. UNZUMUTBARE HILFE DURCH HAUSHALTSANGEHÖRIGE

LSG Brandenburg, Urt. v. 07.06.2005 – L 24 KR 49/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-121

Revision anhängig: B 3 KR 24/05 R

Hausangehörige, häusliche Krankenpflege, Insulininjektion

SGB V §§ 12 I, 37 III

§ 37 III SGB V ist eine konkrete Ausgestaltung des **Vorrangs der Eigenhilfe** vor der Inanspruchnahme von Hilfe durch die Solidargemeinschaft der Krankenversicherung. Es wird dabei an familienrechtlichen Fürsorge- und Unterhaltspflichten sowie an sittlichen Beistandspflichten unter zusammenlebenden Hausangehörigen außerhalb des Familienverbundes im engeren Sinne angeknüpft (BSG, Urt. v. 30.03.2000 - B 3 KR 23/99 R). Diese Vorschrift ist damit Ausdruck des Subsidiaritätsprinzips des § 1 Satz 2 SGB V und des Wirtschaftlichkeitsgebotes des § 12 I SGB V. Der Versicherte kann von der Solidargemeinschaft nicht solche Leistungen verlangen, die bei ihm im Haushalt lebende Personen zumutbar erbringen können und dadurch fremde Hilfeleistungen entbehrlich machen.

Die Kl. sind die Erben der 1920 geb. und im Januar 2005 verstorbenen Versicherten, die bei ihnen lebte. Die Bekl. lehnte häusliche Krankenpflege (18.02. bis 05.03.2002) für Injektionen subkutan zweimal täglich ab, da laut Pflegegutachten Familienangehörige im Haushalt seien, die die verordneten Maßnahmen übernehmen könnten. Aufgrund eines weiteren Antrages bewilligte die Bekl. für die Zeit v. 06. bis 31.03.2002 neben einer Dekubitusbehandlung auch die Insulininjektionen, nicht aber für die Zeit v. 01.04. bis 30.06.2002. **SG Cottbus**, Urt. v. 28.05.2003 – S 10 KR 125/02 – verurteilte die Bekl., die Versicherte von Kosten in Höhe von 933,99 € freizustellen; das **LSG** verurteilte d. Bekl. auf die Anschlussberufung der Kl. unter Zurückweisung der Berufung der Bekl., an die Kl. 446,94 € zu zahlen. Nach dem LSG war die **Revision zuzulassen**, da klärungsbedürftig sei, welche Rechtsgrundlage für solche Kosten in Betracht zu ziehen sei, die nach Erteilung des die Leistung ablehnenden Bescheides auf der Grundlage eines vor Bescheiderteilung geschlossenen Vertrages entstünden.

3. SACHLEISTUNGSANSPRUCH UND GEEIGNETHIT SELBSTBESCHAFFTER PFLEGEKRAFT

LSG Bayern, Urt. v. 08.04.2005 – L 4 B 84/05 KR ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-122

Krankenpflege, Pflegekraft, Geeignetheit

SGB V §§ 2 II, 13 I, 37, 132a

In der Regel erfolgt die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung durch **Pflegedienste** auf der Grundlage des § 132a SGB V. Den Krankenkassen obliegt hierbei ein **Sicherstellungsauftrag** und sie können selbst die qualitativen, personellen und räumlichen Anforderungen an den Abschluss von Verträgen mit Pflegediensten definieren. In Abweichung vom Sachleistungsprinzip bei der Erbringung häuslicher Krankenpflege setzt der **Erstattungsanspruch** nach § 37 IV SGB V u.a. voraus, dass die Krankenkasse nicht in der Lage ist, eine Kraft für die häusliche Krankenpflege zu stellen.

Ganz gleich, welche Gründe ausreichen, den Sachleistungsgrundsatz zu durchbrechen, ist stets zu beachten, dass die selbstbeschaffte **Pflegekraft geeignet** ist.

SG München, Urt. v. 21.02.2005 – S 19 KR 118/05 ER – wies den Antrag auf einstweilige Anordnung ab, das **LSG** die Beschwerde zurück.

VIII. FAHRKOSTEN ZUR METHADON-BEHANDLUNG

LSG Hessen, Urt. v. 06.09.2005 – L 1 KR 196/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-123

Revision anhängig: B 1 KR 20/05 R

Fahrkosten, Methadon-Substitution, Krankentransport-Richtlinien

SGB V §§ 60 I, 92 I 2 Nr. 12

Ein Versicherter hat keinen Anspruch auf Erstattung der **Fahrkosten** zur **Methadon-Substitution**.

Die Voraussetzungen nach § 8 Abs. 1 u. 2 **Krankentransport-Richtlinien** sind in den in Anlage 2 der Richtlinien genannten **Ausnahmefällen** in der Regel erfüllt. Diese Liste ist nicht **abschließend**.

Bei der **Methadon-Substitution** handelt es sich um keinen **Ausnahmefall** im Sinne der beispielhaft aufgeführten Diagnosen in der Anlage 2 zu § 8 der Krankentransport-Richtlinien, weil ein vergleichbarer Fall nicht vorliegt, insb. ist eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben nicht unerlässlich. Finanzielle Gründe sind keine zwingenden medizinischen Gründe.

Bei der Heroinabhängigkeit, die zur Substitutionstherapie geführt hat, handelt es sich nicht um ein Krankheitsbild, das in seiner Schwere mit einem Nierenversagen mit Dialysepflicht oder einem bösartigen Tumor mit onkologischer Therapie vergleichbar ist. Diese Therapie ist vergleichbar mit einer dauerhaften medikamentösen Therapie, wie z. B. bei insulinpflichtigen Diabetikern.

Die 1957 geb. Kl. beantragte im Januar 2004 erfolglos die Kostenübernahme für Krankenfahrten zur ambulanten Methadon-Substitution mit öffentlichen Verkehrsmitteln. Die Krankenkasse wies darauf hin, dass ein besonderer Ausnahmefall im Sinne der Krankentransport-Richtlinien nicht vorliege. *SG Kassel, Urt. v. 07.07.2004 – S 12 KR 1065/04 –* RID 04-03-142 verurteilte die Krankenkasse, der Kl. aus Anlass ihrer Teilnahme an der Methadon-Substitution Fahrtkosten in gesetzlichem Umfang, mindestens in Höhe von monatlich 36,50 €, rückwirkend und laufend über den 31.12.2003 hinaus auch ab 01.01.2004 zu zahlen. Das *LSG* wies die Klage ab.

Zu Fahrkosten s. zuletzt RID 04-03-B IX (S. 59).

IX. ZUZAHLUNGEN/STERBEGELD

1. PRAXISGEBÜHR

Zur Praxisgebühr vgl. zuletzt RID 05-02-B XI (S. 60 f.), RID 05-01-C V 6 (S. 89) u. VII (S. 91), RID 04-04-A XII (S. 32) u. B XIV (S. 81 f.); RID 04-03-A VIII (S. 27 f.), RID 04-02-A IX (S. 47 f.) u. A XI (S. 50).

A) KEINE MAHNKOSTEN FÜR KV/ÜBERWEISUNGSSCHEIN

SG Berlin, Urt. v. 09.06.2005 – S 82 KR 927/05 –

RID 05-04-124

Praxisgebühr, Gerichtskosten, Mahnkosten, Überweisung, Überweisungsschein,

SGB V §§ 28 IV, 43b, 61 II ; SGG §§ 182a, 183, 184, 193a; BMV-Ä § 18 I, V

Von einer - das erneute Fälligwerden einer **Praxisgebühr** ausschließenden - Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen auf **Überweisung** kann nur dann ausgegangen werden, wenn der Überweisungsschein des überweisenden Arztes vor Beginn der Behandlung dem in Anspruch genommenen Arzt auch tatsächlich vorgelegt wird. Der Wortlaut von § 28 IV 1 SGB V ist insoweit auslegungsfähig und auslegungsbedürftig. Zur Auslegung der Frage, wann eine ärztliche Behandlung auf Überweisung erfolgt, kann auf die Regelungen des **BMV-Ä** zurückgegriffen werden. Dieser Vertrag ist unmittelbar zwar nur zwischen den Ärzten und Krankenkassen verpflichtend, schließt jedoch nicht aus, dass sein Inhalt auch bei der Auslegung von Vorschriften des SGB V berücksichtigt wird. § 18 I 5 BMV-Ä bestimmt, dass die nachträgliche Vorlage einer Überweisung oder eines Befreiungsausweises keinen Rückzahlungsanspruch des Versicherten gegenüber dem Vertragsarzt begründet. Auch diese Bestimmung geht offensichtlich davon aus, dass eine Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen auf Überweisung nur dann erfolgt, wenn ein entsprechender Überweisungsschein - der zudem medizinische Informationen des überweisenden Arztes enthalten kann - bereits **zum Zeitpunkt der Behandlung vorgelegt** wird.

Für die Geltendmachung von **Gerichts- und Mahnkosten** bei der **Eintreibung einer Praxisgebühr** besteht **keine Rechtsgrundlage**. § 18 V BMV-Ä begründet lediglich eine Vergütungspflicht der Krankenkasse gegenüber der KV. § 182a SGG gilt ausdrücklich nur für Beitragsforderungen nach dem SGB XI und kann nicht analog für den Einzug sonstiger Forderungen angewandt werden.

Es ist Aufgabe des Gesetzgebers bzw. der vertragsschließenden Parteien der Bundesmantelverträge, den Einzug in die Vollstreckung der Praxisgebühr in wirtschaftlich sinnvoller Weise zu regeln.

Die gesetzlich krankenversicherte Bekl. suchte im Januar 2004 die Praxis einer Internistin auf und entrichtete dort 10 € als sog. Praxisgebühr. Im März begab sie sich in die Behandlung einer Gynäkologin. Dort unterschrieb sie ein mit „Zahlungserinnerung“ überschriebenes Formular, in dem sie gebeten wurde, die gesetzliche Zahlung von 10 € innerhalb von 10 Tagen an die Praxis zu zahlen. Die Bekl. übersandte dann an die Gynäkologen eine Kopie der Quittung über die Zahlung der Praxisgebühr im Januar. Die Gynäkologen übergab die Angelegenheit der **klagenden KV**, welche ergebnislos einen Mahnbescheid über 33 € (10 € Praxisgebühr, 19 € Kosten für das gerichtliche Mahnverfahren und 4 € Mahnkosten) erwirkte. Nach Abgabe an das Amtsgericht und Verweisung an das SG machte die Klägerin weiterhin in die Zahlung von 33 € geltend. Die Bekl. trug vor, sie habe bereits im Januar eine Überweisungsschein zur Gynäkologin erhalten. Diese habe sie zwar bei der Behandlung vergessen, nach Unterzeichnung der Zahlungserinnerung jedoch per Post an die Gynäkologin geschickt. Das **SG** verurteilte die Beklagte zur Zahlung von 10 € und wies im Übrigen die Klage ab; außergerichtliche Kosten waren nicht zu erstatten, weil die Kl. mit ihrer Hauptforderung, der Zahlung der Praxisgebühr durchgedrungen sei. Die Berufung ließe das SG nicht zu.

B) KEINE PROZESSSTANDSCHAFT FÜR KV/PORTOKOSTEN

SG Karlsruhe, Urt. v. 15.10.2004 – S 5 KR 975/04 – juris

RID 05-04-125

Praxisgebühr, Prozessstandschaft, Portokosten

SGB V §§ 28 IV, 43b II, 61 S. 2, 82 I; BMV-Ä § 18 V

Leitsätze:

1. Keine Kassenärztliche Vereinigung ist befugt, die Zahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit im Wege der gesetzlichen Prozessstandschaft geltend zu machen.
2. Jedenfalls dann, wenn dem Vertragsarzt beim versuchten Einzug der Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V keine Portokosten entstanden sind, hat eine Kassenärztliche Vereinigung gegenüber dem Versicherten keinen Anspruch auf Erstattung von Portokosten.

2. ZUZAHLUNGSBEFREIUNG: GESAMTEINKOMMEN DER FAMILIE

SG Bayreuth, Urt. v. 26.08.2005 – S 9 KR 10/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-126

Berufung zugelassen

Zuzahlung, Zuzahlungsbefreiung, Zuzahlungspflicht, Familie

SGB V § 62 II, III

Zwar hat der Gesetzgeber durch die Neuordnung der Regelungen zur **Belastungsgrenze bei Zuzahlungen** generell eine Belastungsgrenze vorgesehen, so dass grundsätzlich jeden Versicherten auch eine Zuzahlungspflicht trifft; die näheren Ausführungen in § 62 II 1 bis 3 SGB V zeigen jedoch, dass Familien durch die Einräumung von Freibeträgen für Angehörige einen besonderen Schutz erfahren sollen. Die Anwendung des § 62 SGB V auf **Familien** ergibt, dass keine **Zuzahlungspflicht** besteht, wenn das **Gesamteinkommen** der Familie unterhalb der Freibeträge liegt. Dass dies ungewollt war, lässt sich § 62 SGB V und der BT-Drs. 15/1525 nicht entnehmen.

Der Kläger leistete Zuzahlungen in Höhe von 40,00 EUR und stellte einen Antrag auf Befreiung. Als Einkommen gab er an, aus einer Rente monatlich brutto 665,52 EUR zu erzielen, im Jahr 2003 habe er zudem Zinseinkünfte in Höhe von 0,20 EUR gehabt. Seinem Antrag legte er eine Bescheinigung seines Hausarztes Dr. K. bei, der zufolge der Kläger an einer schwerwiegenden chronischen Krankheit leidet. Die Bekl. nahm eine Belastungsgrenze von 34,44 EUR an und erstattete ihm daher 5,56 EUR. Sie ging bei der Berechnung der Zuzahlung davon aus, dass eine Sozialhilfe beziehende Familie im Jahr 2004 Zuzahlungen auf der Grundlage eines Regelsatzes von 287,00 EUR zu leisten habe. Beim Kläger müsse nach einer Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 19.01.2004 analog § 62 II 5 SGB V ebenfalls dieser Betrag als Einkommen angesetzt werden, so dass sich hieraus eine Zuzahlungspflicht in Höhe von 34,44 EUR (287,00 EUR x 12 = 3.444,00 EUR, hiervon 1 %) ergebe. *SG Bayreuth, Urt. v. 26.08.2005 – S 9 KR 10/05 – verurteilte d. Bekl., dem Kl. für das Jahr 2004 weitere 34,44 Euro zu erstatten.*

3. ZUZAHLUNGSBEFREIUNG FÜR DAS JAHR 2004/STERBEGELD

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 30.06.2005 – L 2 KR 89/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-127

Zuzahlungsbefreiung, Sterbegeld

SGB V §§ 61, 62

Die gesetzlichen Neuregelungen zur Änderungen zur **Zuzahlungsbefreiung** und zum **Sterbegeld** durch das **GMG** verstoßen nicht - auch nicht aus Gründen des Vertrauensschutzes - gegen das **Grundgesetz**. Auch unter Berücksichtigung des gesamten Regelungskonzepts des GMG vom 14.11.2003 handelt es sich vielmehr um im Rahmen des gesetzgeberischen Gestaltungsmessens zulässige Lei-

stungseinschränkungen im Rahmen systembezogener Strukturmaßnahmen, die dem übergeordneten Zweck dienen, die Leistungsfähigkeit des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhalten und die Eigenverantwortung des Versicherten zu stärken (vgl. zum Sterbegeld: BSGE 69, 76 ff = SozR 3-2500 § 59 Nr. 1 m.w.N.; im Übrigen insb. BVerfGE 76, 220 und 272; BSG NJW 1992, 260; zu den neuen Zuzahlungsregelungen der §§ 61 f. SGB V auf der gleichen Grundlage: LSG Thüringen, Beschl. v. 22.04.2004 – L 6 KR 212/04 ER - RID 04-03-148; LSG NRW, Urte. v. 23.05.2005 - L 16 KR 240/04 -).

SG Köln, Urte. v. 17.08.2004 – S 26 KR 23/04 – wies die Klage ab, das *LSG* die Berufung zurück.

X. BEZIEHUNGEN ZU LEISTUNGSERBRINGERN

Nach *BSG*, Urte. 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*, Urte. 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*, Urte. 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*, Urte. 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*, Urte. 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*, Urte. v. 12.05.2005 – B 3 KR 32/04 R - unterliegen auch nach der Neuregelung der Rechtsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern zum 01.01.2000 (§ 69 SGB V) die Vergütungsansprüche der Krankenhäuser gegen die Krankenkassen für die Behandlung von Versicherten einer **vierjährigen Verjährungsfrist**; nach *BSG*, Urte. 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*, Urte. 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*, Urte. v. 22.07.2004 – B 3 KR 20/03 R – SozR 4-2500 § 112 Nr. 3, wonach das BSG gehindert ist, die **Auslegung der Landesverträge** durch das LSG zu überprüfen, weil es sich um reines Landesrecht handelt. Das bundesrechtliche Willkürverbot ist dadurch ebenso wenig wie das Wirtschaftlichkeitsgebot der gesetzlichen Krankenversicherung verletzt worden. Zur **Krankenhausbehandlung bei vormundschaftsgerichtlicher Genehmigung** vgl. *BSG*, Urte. 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*, Urte. 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*, Urte. 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 –; nach **BSG**, Urt. v. 12.05.2005 - B 3 KR 18/04 R – kann für die stationäre Behandlung eines Frühgeborenen weder die Fallpauschale 16.02 (Fassung 1.1.1998) noch ein tagesgleicher Pflegesatz abgerechnet werden, wenn das Kind am Tag der Geburt in ein anderes Krankenhaus verlegt wird; 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) NICHTEINHALTUNG DES VEREINBARTEN VERFAHRENS DURCH KRANKENKASSE

LSG Saarland, Urt. v. 19.01.2005 – L 2 KR 29/02 – juris

RID 05-04-128

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 22/05 R

Krankenhaus, Überprüfung, Krankenhausbehandlung, Prüfverfahren

SGB V §§ 108, 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1, 112 II 1 Nr. 2; SGG § 103

Leitsatz:

Wird das zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer einer Krankenhausbehandlung vereinbarte Verfahren von der Krankenkasse nicht eingehalten und kann dem Krankenhaus eine Nachholung der Überprüfung nicht zugemutet werden, ist die Krankenkasse mit ihren Einwendungen endgültig ausgeschlossen; eine gerichtliche Sachaufklärung findet nicht mehr statt (Anschluss an BSG vom 13.12.2001 - B 3 KR 11/01 R = BSGE 89, 104 = SozR 3-2500 § 112 Nr. 2).

Die bei der Bekl. versicherte W.P. war vom 14.11. bis 22.12.2000 in der Klinik des Kl. in stationärer Behandlung und erneut ab 25.12.2000. Mit Schreiben vom 04.01.2001, bei der Klinik eingegangen am 08.01.2001, gab die Bekl. ein Kostenanerkennnis bis zum 03.01.2001 ab, was der voraussichtlichen Entlassung entsprach. Mit Schreiben vom 10.01.2001, bei der Bekl. eingegangen am 15.01.2001, beantragte die Klinik eine Verlängerung, da eine weitere stationäre/teilstationäre Behandlung aus medizinischen Gründen ("rezidivierende Bronchospastik, Abklärung und Ausschluss eines Lungentumors erforderlich") notwendig sei und die Behandlung voraussichtlich am 11.01.2001 beendet werde. Der MDK zeigte daraufhin mit Schreiben vom 25.01.2001 und 05.02.2001 der Klinik an, dass er von der Beklagten wegen der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung um eine sozialmedizinische Stellungnahme gebeten worden sei und bat um Übersendung medizinischer Unterlagen. Im April lehnte die Bekl. dann eine weitere Kostenübernahme ab. **SG Saarland**, Gerichsb. v. 22.10.2002 – S 1 KR 403/01 – verurteilte die Bekl., an die Kl. 1074,17 EUR nebst 2% Zinsen über den jeweiligen Basissatz gemäß DÜG seit dem 06.11.2001 zu zahlen. Das **LSG** wies die die Berufung zurück.

Parallelentscheidung: SG Saarland, Gerichsb. v. 28.10.2002 – S 1 KR 401/01 –

LSG Saarland, Urt. v. 19.01.2005 – L 2 KR 30/02 – juris

RID 05-04-129

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 23/05 R

B) ABGRENZUNG STATIONÄR/AMBULANT BEI NOTFALLAUFNAHME

SG Dresden, Urt. v. 24.02.2005 – S 18 KR 180/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-130

Notfallaufnahme, Rettungsdienst, stationäre Behandlung, ambulante Behandlung

SGB V §§ 39 I 2 und 3, 75, 108 Nr. 1 und 2, 109 I 2, IV 3

Nach einer **Notfallaufnahme** nach Einlieferung durch den Rettungsdienst, bei der der Patient in das Krankenhaus hineingerollt und vom Krankenhauspersonal übernommen wird, wird er in den organisatorischen Betrieb des Krankenhauses eingegliedert und werden damit die personellen und sachlichen Ressourcen des Krankenhauses - unabhängig vom konkreten Umfang der Inanspruchnahme - genutzt. Damit liegt **stationäre Behandlung** vor. Eines gesonderten, von der "eigentlichen" Krankenhausbehandlung zu unterscheidenden Zwischenschrittes zur spezifischen Untersuchung und Beurteilung der Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit bedarf es dabei nicht. Diese Prüfung ist bereits mit der Einweisung durch den diensthabenden Notarzt bzw. der Übernahme der Behandlung durch die Krankenhausärzte erfolgt. Ob tatsächlich eine Behandlung im Krankenhaus erforderlich war oder nicht, ist dagegen für die Frage der Aufnahme ohne Belang.

Nach § 2 II 1 SächsRettdG ist **Notfallrettung** die Durchführung von lebensrettenden Maßnahmen bei Notfallpatienten, die Herstellung ihrer Transportfähigkeit und ihre unter fachgerechter Betreuung

erfolgende Beförderung in ein für die weitere Versorgung geeignetes Krankenhaus. Das Ziel der Notfallrettung ist damit die Verbringung ins Krankenhaus zur weiteren Behandlung. Es gibt keine ausschließliche Zuständigkeit des Notarztes für Reanimationsmaßnahmen im Notfall. Mit der **Einlieferung ins Krankenhaus** endet die Notfallrettung. Einlieferung und Aufnahme fallen zusammen. Alle weiteren Maßnahmen, ganz gleich, von welchem Umfang und von welcher Dauer, zählen zur Krankenhausbehandlung.

Die Versicherte wurde vom Rettungsdienst mit der Aufnahmediagnose eines das kardiovaskuläre System betreffenden Schocks um 9.50 Uhr in die Notfallaufnahme der Kl. eingeliefert. Dort wurden die zunächst fortgesetzten Reanimationsmaßnahmen um 10:19 Uhr abgebrochen und um 10:23 Uhr das Ende der Behandlung wegen des Todes der Patienten mit der Diagnose eines akuten Myokardinfarkts vermerkt. Eine Bezahlung der Krankenhausleistungen lehnte die Bekl. ab, weil die durchgeführten Maßnahmen den in Nr. 332 EBM aufgeführten Notfallmaßnahmen entsprochen hätten. Sie verwies d. Kl. auf eine Abrechnung über die KV. Das **SG** gab der Klage statt.

C) ZINSANSPRUCH DES KRANKENHAUSTRÄGERS

LSG Sachsen-Anhalt, Urt. v. 23.02.2005 – L 4 KR 2/03 – (rechtskräftig) www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-04-131**

Pflegesatzvereinbarung, Zinsanspruch, Verzinsung, Verzugszins

SGB V §§ 112; KHG § 17; BPflV § 17 I 3

In einer **Pflegesatzvereinbarung** kann ein **Zinsanspruch** des Krankenhausträgers vereinbart werden. Die Rechtsgrundlage folgt aus § 17 I 3 BPflV. Danach muss die Pflegesatzvereinbarung Bestimmungen enthalten, die eine zeitnahe Zahlung der Pflegesätze an das Krankenhaus gewährleisten; hierzu sollen insbesondere Regelungen über angemessene monatliche Teilzahlungen und Verzugszinsen bei verspäteter Zahlung getroffen werden. § 17 KHG, der Grundsätze für die Pflegesatzermittlung aufstellt, enthält keine Bestimmung über Zinspflichten und steht einer solchen Regelung nicht entgegen.

SG Halle, Urt. v. 23.02.2005 – S 2 KR 16/01 – gab der Klage statt, das **LSG** wies die Berufung zurück.

Zu Verzugszinsen s. a. **LSG Nordrhein-Westfalen**, Urt. v. 04.11.2004 – L 5 KR 161/03 RID 05-02-150.

2. APOTHEKER

A) VERGÜTUNGSANSPRUCH BEI VERSTOß GEGEN ARZNEIMITTELLIEFERUNGSVERTRAG

LSG Thüringen, Urt. v. 19.07.2005 – L 6 KR 770/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-132

Apotheker, Rahmenvertrag, Arzneimittelversorgung, Arzneimittellieferungsvertrag, Verordnung

SGB V §§ 69, 129

Im Krankenversicherungsrecht selbst gibt es keine Normen, die das **Zahlungsbegehren eines Apothekers** gegen eine Krankenkasse regeln. Vielmehr bestimmt allein § 69 i.V.m. § 129 SGB V die Rechtsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und den Apotheken. Sie sind vertraglich zu gestalten und werden daher nicht nach den Regeln der Geschäftsführung ohne Auftrag abgewickelt (vgl. BSG, Urt. v. 17.01.1996 - 3 RK 26/94 - BSGE 77, 194).

Ein **Arzneimittellieferungsvertrag** kann nach § 129 SGB V bestimmen, dass die Arzneimittel nur dann abgegeben werden dürfen, wenn die **Verordnung innerhalb von einem Monat** nach ihrer Ausstellung in der **Apotheke vorgelegt** wird und, wird die Verordnung nach diesem Zeitpunkt, aber innerhalb von zwei Monate nach ihrer Ausstellung in der Apotheke vorgelegt, die Mittel erst abgegeben werden dürfen, wenn zuvor **Rücksprache mit dem Arzt** genommen wurde und der Arzt gegen die Abgabe keine Einwände erhebt sowie der Apotheker dies auf dem Verordnungsblatt vermerkt. Verstößt ein Apotheker gegen diese Bestimmungen, so entsteht kein Vergütungsanspruch des Apothekers. Eine Zahlung der Krankenkasse an den Apotheker erfolgt ohne Prüfung der sachlichen und rechnerischen Richtigkeit und kann deshalb nach einem Arzneimittellieferungsvertrag auch nur unter Vorbehalt erfolgen. Die **sachliche und rechnerische Prüfung** kann dann einem nachfolgenden Beanstandungsverfahren vorbehalten sein.

SG Nordhausen, Urt. v. 30.06.2003 – S 6 KR 363/02 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

B) KEINE VERGÜTUNG "VERFRISTETER" VERORDNUNGEN

LSG Thüringen, Urt. v. 19.07.2005 – L 6 KR 771/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-133

Apotheker, Rahmenvertrag, Arzneimittelversorgung, Arzneimittellieferungsvertrag, Verordnung, verspätet
SGB V §§ 69, 129

Ein **Arzneimittellieferungsvertrag** kann nach § 129 SGB V bestimmen, dass ein Apotheker nach Ablauf einer **Ausschlussfrist von einem Monat** seinen Anspruch gegen die Krankenkasse auf Vergütung der "verfristeten" Verordnungen nicht mehr geltend machen kann. Bereits geleistete Vergütungen können im Wege einer sachlichen und rechnerischen Prüfung zurückgefordert werden.

SG Nordhausen, Urt. v. 30.06.2003 – S 6 KR 388/02 – wies die Klage ab, das LSG die Berufung zurück.

3. HEILMITTELERBRINGER: VERGÜTUNG DER MEHRWERTSTEUER

LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 29.06.2005 - L 5 KR 58/04 - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-134

Heilmittelerbringer, Mehrwertsteuer
SGB V § 127

Ein Heilmittelerbringer hat Anspruch auf Vergütung der Mehrwertsteuer, wenn nach den jeweiligen Verträgen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Heilbäderverband dafür als Voraussetzungen die Zulassung und Umsatzsteuerpflicht vor dem 1. Januar 1990 gelten und er diese erfüllt. Als weitere Voraussetzung kann darüber hinaus nicht eine vor 1990 geschlossene Vereinbarung verlangt werden. Es ist einer streng am Wortlaut orientierten, von der objektiven Erklärungsbedeutung von Willenserklärung ausgehenden normativen Auslegung der Vorzug zu geben.

SG Schleswig, Urt. v. 16.02.2004 – S 8 KR 130/02 – verurteilt die Krankenkasse, an die Kl. 10.969,97 € (Mehrwertsteuer) zu zahlen, das LSG wies die Berufung im Wesentlichen zurück.

4. AUFNAHME VON PRODUKTEN IN DAS HILFSMITTELVERZEICHNIS (VACOPED)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 20.09.2005 – L 5 KR 35/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-135

Revision zugelassen
Hilfsmittelverzeichnis, VACOPED, VACOachill-System, Verbandmittel, Hilfsmittel
SGB V §§ 2 I 3, 31, 33, 128, 135 I, 139 II

Bei dem VACOPED bzw. VACOachill-System handelt es sich nicht um ein **Verbandmittel** i.S.d. § 31 Abs. 1 Satz 1 SGB V, sondern um **Hilfsmittel** i.S.d. § 33 Abs. 1 SGB V.

Die Voraussetzungen für eine Aufnahme des VACOPED und des VACOachill in das **Hilfsmittelverzeichnis** liegen für bestimmte Indikationen vor.

Eine eigenständige **Prüfung** des therapeutischen Nutzens eines Hilfsmittels durch die **Spitzenverbände**, die sich notwendigerweise auf den therapeutischen Nutzen der Methode insgesamt erstrecken müsste, ist abzulehnen. Sie widerspricht der gesetzlichen Konzeption, wonach die Frage, ob eine neue Behandlungsmethode dem von der GKV geforderten Qualitätsstandard entspricht, ausschließlich durch den Bundesausschuss entschieden werden soll. Da die Spitzenverbände an die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gebunden und nicht befugt sind, den therapeutischen Nutzen der in Frage stehenden Methode und damit auch des untrennbar mit dieser Behandlung verbundenen Hilfsmittels abweichend oder an Stelle des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beurteilen, kommt ihrer Ablehnung der Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis keine eigenständige Bedeutung zu.

Soll ein Hilfsmittel im Rahmen einer vom **Gemeinsamen Bundesausschuss noch nicht anerkannten Methode** eingesetzt werden, kann nur in Frage stehen, ob dem Hersteller eines Hilfsmittels im Rahmen des § 135 Abs. 1 SGB V ein Anspruch auf Befassung des Gemeinsamen Bundesausschusses mit der Behandlungsmethode, für die das Hilfsmittel eingesetzt werden soll, einzuräumen wäre. Dabei erscheint es auch unter Berücksichtigung des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 17.12.2002 (BVerfGE 106, 275) zu den Festbeträgen für Arzneimittel und Hilfsmittel als fraglich, ob Hilfsmittelhersteller und -erbringer durch eine Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses tatsächlich in ihrem Grundrecht aus Art. 12 Abs. 1 GG berührt sind oder ob es sich bei ihnen nur um

mittelbare faktische Auswirkungen handelt, die als Reflexe nicht geeignet sind, einen Grundrechtseingriff zu begründen (s.a. Knispel NZS 2001, 466, 471).

Wird ein Hilfsmittel im Rahmen einer **anerkannten Behandlungsmethode** eingesetzt, ist für die Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis nur die **Prüfung** erforderlich, ob das Gerät den in diesem Rahmen vom Einsatz bezweckten therapeutischen Nutzen hat. Diese Prüfung kann sich an den allgemeinen Anforderungen des § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V orientieren. Dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse i.S. dieser Vorschrift entspricht eine Leistung dann, wenn über ihre Zweckmäßigkeit in den einschlägigen Fachkreisen, von einzelnen, nicht ins Gewicht fallenden Gegenstimmen abgesehen, Konsens besteht. Im Regelfall setzt dies voraus, dass sich die Behandlung in einer für die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von Fällen als erfolgreich erwiesen hat und dies durch wissenschaftlich einwandfrei geführte Statistiken belegt ist (BSG SozR 3-2500 § 27 Nr. 5).

Die Kl. produziert und vertreibt das Vakuumstützsystem VACOPED und VACOachill (letzteres zur Behandlung von Achillessehnenrupturen). Es handelt sich um ein Stützsystem zur postoperativen und konservativen Behandlung von Frakturen und Bandläsionen der unteren Extremität im Bereich des Vorfußes, des Sprunggelenks und des distalen Unterschenkels. Es besteht aus zwei Hartschalen (dorsal/ventral), die durch ein Vakuumkissen ausgefüllt sind, das über ein Ventil mit einer Pumpe zur kompressionsfreien Anpassung an die Fußform abgesaugt wird. Die Schalen werden mit Gurtbändern verschlossen, ferner verfügt das System über eine abnehmbare Sohle. Mit vorder- und rückseitigen Adaptern lässt sich das Sprunggelenk in verschiedenen Winkelstellungen fixieren. Ferner kann die Schiene mit einem Bewegungsausmaß zwischen 80° und 100° im oberen Sprunggelenk bewegt werden, so dass begrenzte Dorsalflexionen und -extensionen möglich sind. Das Vakuumstützsystem befindet sich seit etwa 1994 auf dem Markt. Die Kl. hatte sich schon frühzeitig um eine Abrechnungsmöglichkeit des Systems bemüht, aber ohne Ergebnis. **SG Köln**, Urt. v. 24.09.2001 – S 19 KR 3/99 – verurteilte die Bekl., das VACOPED-System in das Hilfsmittelverzeichnis aufzunehmen. Das **LSG** wies die Berufung mit der Maßgabe zurück, dass die Bekl. verurteilt wurde, VACOPED für die Indikationen "schwere Bandverletzungen im Bereich des oberen Sprunggelenks" und "Frakturen am Fuß und Sprunggelenk (außer Zehenfraktur)" sowie VACOachill für die Indikation "Achillessehnenruptur" in das Hilfsmittelverzeichnis aufzunehmen.

5. ALTES RECHT FÜR ERST 2004 AUSGELIEFERTE BRILLEN

SG Aachen, Urt. v. 06.09.2005 – S 13 KR 27/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-136

Augenoptiker, Sehhilfe, Hilfsmittellieferant
SGB V §§ 2 II, 27 I, 33

Die Tatsache, dass noch im Jahr 2003 verordnete Sehhilfen erst im Januar 2004 von Hilfsmittellieferanten an die Versicherten abgegeben worden sind, führt nicht zu einem Ausschluss der Versorgungsansprüche der Versicherten nach Maßgabe des § 33 I 5 SGB V i.d.F. ab 01.01.2004. Entsprechend haben die Hilfsmittellieferanten gegenüber der Krankenkasse einen Erstattungsanspruch.

Das **SG** verurteilte die Krankenkasse, den Kl. 7.128,99 € bzw. 4.261,75 € zu zahlen.

6. BLINDENFÜHRHUNDSCHULE: VERTRAG MIT KRANKENKASSE

LSG Bayern, Urt. v. 14.07.2005 – L 4 KR 153/02 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-137

Blindenführhundschiule, Blindenführhund
SGB V § 69; BGB § 150 II

Bei einem **Vertrag** zwischen der Besitzerin einer **Blindenführhundschiule** und der **Krankenkasse** über die Lieferung eines Blindenführhundes für einen Versicherten handelt es sich auch nach der Neufassung des § 69 SGB V ab 01.01.2000 um ein **privatrechtliches Rechtsgeschäft**. Für zuvor abgeschlossene Rechtsgeschäfte ist die Neufassung nicht anwendbar.

Der **Vertrag** kommt dadurch **zu Stande**, dass der Versicherte zugleich als Vertreter seiner Krankenkasse sich mit dem Leistungserbringer über den Abschluss eines Beschaffungsvertrages einigt, der den Leistungserbringer verpflichtet, dem Versicherten die vereinbarte Leistung nach den Vorgaben des maßgebenden Rahmenvertrages zu erbringen, und die Krankenkasse verpflichtet, die Vergütung zu zahlen. Das Einzelleistungsverhältnis entspricht danach einem üblichen privaten Rechtsgeschäft, das auf der Grundlage rechtlicher Gleichordnung abgeschlossen wird.

SG München, Urt. v. 25.04.2002 – S 18 KR 46/00 – wies die Klage der Besitzerin einer Blindenführhundschiule, die auf Zahlung eines restlichen Kaufpreises von 2.169,00 DM (Risikoaufschlags wegen des zu erwartenden hohen Prüfungsrisikos) gerichtet war, ab, das **LSG** die Berufung zurück.

7. HEBAMMENLEISTUNGEN

A) KEINE AKUPUNKTUR DURCH HEBAMME

LSG Bayern, Urt. v. 22.12.2004 – L 4 KR 115/04 NZB – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-138

Akupunktur, Hebamme, Krankenkasse, Leistungskatalog

SGB V § 134; RVO §§ 195, 196; HebGV Ziff. 4

Die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Berufung durch *SG Nürnberg*, Urt. v. 29.04.2004 – S 11 KR 159/03 – wird zurückgewiesen.

Es ist geklärt, dass Akupunktur nicht in den Leistungskatalog der Krankenversicherung fällt und damit auch nicht von Hebammen zu Lasten einer Krankenkasse erbracht werden kann.

B) SCHWANGERENSCHWIMMEN UND AKUPUNKTUR

SG Leipzig, Urt. v. 09.06.2005 – S 8 KR 89/04 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-139

Hebamme, Krankenkasse, Leistungskatalog, Akupunktur, Schwangerenschwimmen

SGB V §§ 31 III, 32 II, 134; RVO §§ 195, 196; Hebammen-GebührenVO § 3; sächs. Hebammen-Gesetz

Eine Hebamme hat keinen Rechtsanspruch auf eine Vergütung für **Schwangerenschwimmen** und **Akupunktur**.

Nur der **Arzt** kann bei länger andauernden Beschwerden auf Grund seiner medizinischen Fachkompetenz ggf. längerfristig wirkende Maßnahmen und Therapien verordnen, weil diesem die Krankenbehandlung obliegt, zu der er sich gegebenenfalls weiterer Personen hilfsweise bedienen kann (§§ 15, 28 SGB V). Zwar darf die **Hebamme** nach § 4 Hebammen-Gesetz über die Methoden, die sie einsetzt, selbst entscheiden; ihr verbleibt indes kein eigenständiger Aufgabenbereich zur Ausübung von Heilkunde (ebenso: *SG Nürnberg*, Urt. v. 29.04.2004 - S 11 KR 159/03 -). Bei der Abgrenzung der Tätigkeit von Arzt und Hebamme ist grundsätzlich davon auszugehen, dass der Arzt die medizinisch komplizierteren Fälle betreut, die Hebamme hingegen die "normale" Schwangerschaft (so bereits *SG Leipzig*, Urt. v. 16.12.2004 - S 8 KR 7/02).

8. SONDENNAHRUNG: KÜRZUNG DER KOSTENVORANSCHLÄGE

Sondennahrung, Nahrungsmittel, Arzneimittel, Applikationsmittel

SGB V §§ 31 II 1, 69, 126 f.; SGB I §§ 13, 14; EG Art. 81, 82; BGB §§ 812, 818; SGG § 86b II

Zum Sachverhalt s. bereits *SG Frankfurt a. M.*, Beschl. v. 09.11.2004 – S 20 KR 3073/04 ER - RID 05-01-176.

LSG Bayern, Beschl. v. 11.03.2005 – L 4 B 11/05 KR ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-140

Soll mit dem Erlass einer **einstweiligen Anordnung** erreicht werden, dass eine Krankenkasse **Kostenvoranschläge für Sondennahrung** und Applikationsmittel nicht in der Preishöhe kürzt, so fehlt es jedenfalls dann an einem Anordnungsgrund, wenn nicht dargelegt wird, dass nur diese hergestellt bzw. vertrieben werden oder dass die Versicherten der Krankenkasse die einzigen Kunden sind. Ein Anordnungsgrund ist auch nicht glaubhaft gemacht, wenn verhindert werden soll, dass sich die Marktbedingungen ändern.

SG Nürnberg, Beschl. v. 16.11.2004 – S 11 KR 565/04 ER – wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* die Beschwerde zurück.

LSG Hessen, Beschl. v. 06.09.2005 – L 8/14 KR 364/04 ER –

RID 05-04-141

Wendet sich ein Lieferant von Sondennahrung im einstweiligen Anordnungsverfahren gegen Preiskürzungen von 15 bzw. 8 %, so fehlt es an einem Anordnungsgrund, da auch ohne die bisherige Preisabsprache ein Vergütungsanspruch nach Bereicherungsrecht besteht.

Es liegt auf der Hand, dass die Problematik der Vertragskonstruktion und des Vergütungsanspruchs privater Leistungserbringer und des Vergaberechts nicht im Wege des vorläufigen Rechtsschutzes erfolgen kann.

SG Frankfurt a. M., Beschl. v. 09.11.2004 – S 20 KR 3073/04 ER - RID 05-01-176 wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das *LSG* die Beschwerde zurück..

XI. RECHTSBEZIEHUNGEN ZW. KRANKENKASSEN/AUFSICHTSBEHÖRDEN

1. RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH

A) JAHRESAUSGLEICH FÜR 1997

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 30.06.2005 – L 5 KR 34/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-142

Risikostrukturausgleich, RSA, Jahresausgleich

SGB V § 266

Die Einwände der fehlenden Anhörung, fehlenden Begründung als auch gegen das Verfahren zur Ermittlung der Ausgleichszahlungen (Versicherungszeiten, Ermittlungen der Leistungsausgaben) sind unbegründet (vgl. Senatsurt. v. 28.08.2001, u. a. L 5 KR 167/00; BSG, Urt. v. 24.01.2003, u. a. B 12 KR 19/01 R).

Ungeachtet der festgestellten Fehlerquote musste der RSA für das Jahr 1997 durchgeführt werden. Das BSG (aaO.) hat zutreffend darauf hingewiesen, dass der Gesetzgeber selbst in Kenntnis der immer noch bestehenden Defizite bei den Datengrundlagen die Durchführung des Ausgleichsverfahrens bis Ende Februar 1999 vorgeschrieben hatte. Dass bei einzelnen Kassen (bzw. Geschäftsstellen) Fehlerquoten von mehr als 5 % festgestellt worden sind, ändert im Übrigen nichts daran, dass insgesamt bei den Kassenarten - mit Ausnahme der Betriebskrankenkassen (was auf "Ausreißern" bei einzelnen Kassen beruhte) - die Fehlerquote im Bereich von 2,36 % (Ersatzkassen) bis 3,86 % (Innungskrankenkassen) lag. Unabhängig davon dass der Senat nach wie vor bezweifelt, dass tatsächlich Kassen entgegen anders lautender Erklärungen bewusst fehlerhafte Versicherungszeiten gemeldet haben, könnte auch ein solches Verhalten nicht die Durchführung eines RSA in Frage stellen.

SG Köln, Urt. v. 28.02.2000 – S 19 KR 53/99 – hob den Bescheid insoweit auf, als er die Beitragsbedarfskorrekturen aus den Vorjahren betrifft (Position 2) und wies im Übrigen die Klage ab; das *LSG* wies die Klage in vollem Umfang ab.

B) DATENERHEBUNG

LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 20.10.2005 – L 16 B 14/05 KR ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-143

Datenerhebung, Daten, Krankenkasse, Risikostrukturausgleich

SGB V §§ 274; SGB IV §§ 89 I 2, 90 I 1; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Eine Krankenkasse ist verpflichtet, im Rahmen des RSA Daten zu liefern. Eine einheitliche Datenerhebung ist Grundlage für die Durchführung des RSA. Im Hinblick auf die für sämtliche Krankenkassen mit dem RSA verbundenen finanziellen Auswirkungen ist eine konsequente Einhaltung der gesetzten Vorgaben durch ausnahmslos alle Krankenkassen wichtig.

Im Sommer 2004 forderte die Ag., der die Aufsicht über die Ast. obliegt, von dieser mehrfach 851 Datensätze der sog. Satzart (SA) 40 P des Bezugsjahres 2001 an, um eine Prüfung der Versicherungszeiten im Rahmen der Berechnungen zum RSA vornehmen zu können. Die Ast. verweigerte die Herausgabe der Daten mit der Begründung, durch die Festlegung der Stichprobengröße würden kleine Kassen überdurchschnittlich benachteiligt, da sie im Verhältnis zur Gesamtzahl der Versicherten weit überdurchschnittlich viele Fälle im Vergleich zu Großkassen herauszusuchen hätten. Die Ag. verpflichtete die Ast. zur Vorlage, wogegen diese die Klage erhob (Az.: S 34 KR 318/04), und ordnete die sofortige Vollziehung an. *SG Düsseldorf, Beschl. v. 11.01.2005 – S 34 KR 317/04 ER –* wies den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage zurück, das *LSG* die Beschwerde zurück.

Parallelverfahren: *SG Düsseldorf, Beschl. v. 13.06.2005 – S 34 KR 96/05 ER –*

LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 20.10.2005 – L 16 B 47/05 KR ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-144

2. SCHADENSERSATZ GEGEN LANDESVERBAND AUS PVV

LSG Bayern, Urt. v. 12.05.2005 – L 4 KR 118/03 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-145

Krankenkasse, , positive Vertragsverletzung, pVV, Schuldverhältnis

SGB V §§ 83, 85, 207, 211

Eine Krankenkasse hat gegen ihren Landesverband keinen Anspruch aus positiver Vertragsverletzung, weil zwischen ihnen kein besonders enges Verhältnis besteht, das hierfür Voraussetzung ist. Aus dem Normzweck des § 207 SGB V ergibt sich, dass es Aufgabe des Landesverbandes ist, nicht jeweilige Einzelinteressen seiner Mitglieder zu wahren, sondern gemeinsame Interessen aller Mitglieder. Die

Struktur der Beziehung des Landesverbandes und seiner Mitglieder ist von öffentlich-rechtlichen Normen geprägt, die ihrer Eigenart nach die Annahme eines Schuldverhältnisses ausschließen, weshalb die Regelungen der pVV nicht anwendbar sind.

Die kl. bayerische Betriebskrankenkasse machte gegenüber dem bekl. Landesverband Schadensersatz für die Jahre 1997 bis 1999 in Höhe von 5.901.096,20 € zzgl. 4 % Zinsen hieraus seit dem 15.05.2000 geltend, weil es für sie eine unbillige Härte darstelle, dass der Vereinbarung über die Gesamtvergütung für vertragsärztliche Versorgung Kopfpauschalen zugrunde gelegt werden, die aus dem Jahre 1991 fortgeschrieben würden und nicht mehr den tatsächlichen Leistungen für die Mitglieder entsprächen. **SG München**, Urt. v. 05.12.2002 – S 2 KR 458/00 – wies die Klage ab, das **LSG** die Berufung zurück.

Vgl. **BSG**, Urt. v. 28.09.2005 – B 6 KA 71 u. 72/04 R - zur **Bindung** einer Krankenkasse an einen vom Landesverband mit der KV geschlossenen **Gesamtvertrag** und die darin für sie vereinbarte Kopfpauschale je Versichertem sowie zur Zahlung von **Prozesszinsen**.

3. UMLAGEBESCHEIDE DES BUNDESVERBANDES DER BKKEN

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 02.09.2005 – L 16 B 65/05 KR ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de **RID 05-04-146**

Umlagebescheide, Mitgliedskasse, notleidend

SGB V § 265a

Es bestehen weder ernsthafte Zweifel an der Rechtmäßigkeit der angefochtenen Umlagebescheide des Bundesverbandes der BKKen noch hat ihre Vollziehung für die kostenpflichtige antragstellende BKK eine unbillige, nicht durch überwiegende öffentliche Interessen gebotene Härte zur Folge (§ 86 a Abs. 3 S. 2 i.V.m. Abs. 2 Nr. 1 und § 86 b Abs. 1 Nr. 2 SGG).

Die Bewilligung der finanziellen Hilfe für notleidende Mitgliedskassen i.S. von § 265 a I 1 SGB V kann von den zum Ausgleich verpflichteten Mitgliedskassen nicht unmittelbar oder mittelbar überprüft und angefochten werden.

SG Dortmund, Beschl. v. 12.07.2005 – S 12 KR 46/05 ER – wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das **LSG** wies die Beschwerde zurück.

XII. VERFAHRENSRECHT

1. BGH: RECHTSWEG BEI ANSPRÜCHEN EINES PFLEGEDIENSTES NACH INSOLVENZ

BGH, Beschl. v. 02.06.2005 - IX ZB 235/04 - www.bundesgerichtshof.de

RID 05-04-147

Insolvenz, Krankenkasse,

GVG § 13; InsO §§ 96 I Nr. 3, 143 I 1; SGG § 51 I

Leitsätze:

1. Der insolvenzrechtliche Anfechtungsanspruch gehört als bürgerliche Rechtsstreitigkeit vor die ordentlichen Gerichte (Bestätigung von BGHZ 114, 315, 320).

2. Hält der Insolvenzverwalter eine Aufrechnung oder Verrechnung für unzulässig, weil der Insolvenzgläubiger die Möglichkeit der Aufrechnung durch eine anfechtbare Rechtshandlung erlangt hat, ist die Frage der Anfechtbarkeit nicht rechtswegbestimmend.

S. a. **BGH**, Urt. v. 04.08.2005 - IX ZR 117/04 - RID 05-04-47.

2. FEHLENDE SACHVERHALTSERMITTLUNG UND AUFHEBUNG (§ 131 V SGG)

SG Dresden, Gerichtsbb. v. 11.08.2005 – S 18 KR 304/05 – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-148

Ermittlung, Amtsermittlung, Anfechtungs- und Verpflichtungsklage

SGG § 131 V 1 und 5,

Das Gericht kann, wenn es eine weitere Sachaufklärung für erforderlich hält, ohne in der Sache selbst zu entscheiden, den Verwaltungsakt und den Widerspruchsbescheid aufheben, soweit nach Art oder Umfang die noch erforderlichen Ermittlungen erheblich sind und die Aufhebung auch unter Berücksichtigung der Belange der Beteiligten sachdienlich ist (§ 131 V 1 und 5). Die Vorschrift ist auch im Rahmen der **kombinierten Anfechtungs- und Leistungs- oder Verpflichtungsklage** anwendbar und nicht auf reine Anfechtungsklagen beschränkt (entgegen Meyer-Ladewig, SGG § 131, Rn. 18).

3. ÄRZTLICHE FESTSTELLUNGSKLAGE GEGEN KRANKENKASSE (KOSTENERSTATTUNGSBASIS)

LSG Bayern, Beschl. v. 01.03.2005 – L 4 B 601/04 KR ER – www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-149

Arzt, Feststellung, Krankenkasse, Kostenerstattung, Klagebefugnis, Unterlassungsanspruch

SGB V § 13 III; SGG §§ 55 I 1, 86b II,

Ein **nicht zugelassener Arzt** kann nicht mit Recht auf **Feststellung** klagen, dass die Krankenkasse ihren Versicherten die Inanspruchnahme nicht zugelassener Ärzte auf **Kostenerstattungsbasis** ermöglichen müsse. Einer entsprechenden Anfechtungs- und Verpflichtungsklage fehlt danach die **Klagebefugnis** und auch ein entsprechender Feststellungsantrag ist unzulässig (§ 55 I 1 SGG; siehe BSG vom 17.03.1999 SozR 3-2500 § 13 Nr.19). Es ist nicht Aufgabe eines gerichtlichen Verfahrens, erst recht nicht eines Verfahrens im vorläufigen Rechtsschutz, abstrakte Feststellungen über den Inhalt, Umfang und die Grenzen des allgemeinen Kostenerstattungsanspruchs gemäß § 13 SGB V in problematischen Fallvarianten zu erörtern.

Ein Unterlassungsanspruch einer Ärztin setzt die Glaubhaftmachung voraus, dass die Versicherten die beanstandete Erklärung auch erhalten haben.

Die Ast., eine **Zahnärztin für Kieferorthopädie**, hatte **zum 30.06.2004 auf ihre Kassenzulassung verzichtet** und ihre Patienten hierüber sowie über Abrechnungsmöglichkeiten im Wege der Kostenerstattung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung informiert. Die Ag. teilte mit Schreiben vom 14.06.2004 der Ast. mit, dass sie die Versorgungslücke auf anderen Wegen schließen werde. Es mache keinen Sinn, dass die Ast. ihre Versicherten anrufe, um mit ihnen für die Zeit ab 01.07.2004 Behandlungstermine zu vereinbaren. Die Ag. und auch die anderen ortsansässigen gesetzlichen Krankenkassen würden derartige Behandlungen auch nicht im Wege der Kostenerstattung finanzieren. Am 21.06.2004 verfertigte die Geschäftsleitung der Direktion M. der Ag. ein **Schreiben**, das **für die bei der Ag. versicherten Patienten** der Ast. bestimmt war. Darin wies die Ag. auf eine Weiterbehandlung durch den Kieferorthopäden Dr. B. hin und lehnte eine Kostenerstattung für die Privatbehandlung durch die Ast. ab. In einem mit "Hintergrundinformation" betitelten Zusatz war davon die Rede, dass die Ast. aus finanziellen Gründen zur Privatliquidation übergehe und die beabsichtigte Gemeinschaftspraxis mit einer anderen Zahnärztin wohl aus sachlichen und fachlichen Gründen nicht zu Stande gekommen sei. Eine Unterlassung lehnte die Ag. ab. Am 05.08.2004 kam **zwischen Bet. eine Vereinbarung** über die Behandlung von Bestandsfällen zu Stande und verpflichtete sich die Ag., sämtliche Patienten der Ast. über die Möglichkeiten der Fortführung der Behandlung bei der Ast. schriftlich zu informieren. Neben der Regelung der Einzelheiten der Abrechnungen verpflichteten sich die Bet. zu einer sachlichen Zusammenarbeit und stellten fest, dass beide Parteien weitere Verpflichtungen nicht übernehmen, die über die im Vergleichsabschluss hinausgehen. Auf Grund dieser Vereinbarung nahm die Ast. den Antrag auf vorläufigen Rechtsschutz gegen den Direktor der Ag. zurück. Die Ag. verneinte das Rechtsschutzbedürfnis für den Erlass einer einstweiligen Anordnung zu Gunsten der Antragstellerin und wies darauf hin, dass das von der Ast. vorgelegte Schreiben auf dem Briefpapier der Ag. nicht personalisiert ist. Die Ast. vertrat die Auffassung, dass die am 05.08.2004 geschlossene Vereinbarung nicht abschließend sei und die Wiederholungsgefahr nicht beseitige. **SG München**, Beschl. v. 25.10.2004 – S 47 KR 744/04 ER – "verurteilte" die Ag., es vorläufig zu unterlassen, gegenüber Dritten zu erklären, dass die Ast. aus finanziellen Gründen versuche, über Privatliquidationen die Patienten unmittelbar zu belasten und dass die vorgesehene Gemeinschaftspraxis mit einer anderen Zahnärztin wohl aus sachlichen und fachlichen Gründen nicht zu Stande gekommen sei. Für jeden Fall der Zuwiderhandlung drohte es der Antragsgegnerin ein Ordnungsgeld in Höhe von 125.000 € an. Es wies im Übrigen den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab. Das **LSG** wies auf Anschlussbeschwerde den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung vollumfänglich ab.

XIII. ENTSCHEIDUNGEN DES BSG

1. VERTRAGSÄRZTLICHE BEHANDLUNG

A) LEISTUNGEN ZUR KÜNSTLICHEN BEFRUCHTUNG NACH STERILISATION

BSG, Urt. v. 21.06.2005 – B 8 KN 1/04 KR R -

RID 05-04-150

Leitsatz:

Ein Anspruch auf Leistungen der Krankenkasse zur künstlichen Befruchtung setzt ungewollte Kinderlosigkeit voraus und ist nach einer nicht durch Krankheit erforderlichen Sterilisation eines Ehepartners ausgeschlossen (Anschluss BSG v. 25.05.2000 - B 8 KN 3/99 KR R = SozR 3-2500 § 27a Nr. 1).

B) LEISTUNGEN ZUR KÜNSTLICHEN BEFRUCHTUNG NUR FÜR EHEPAARE

BSG, Beschl. v. 05.07.2005 – B 1 KR 100/04 B -

RID 05-04-151

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen *LSG Berlin*, Urt. v. 15.09.2004 – L 9 KR 94/04 – RID 05-02-84 wird zurückgewiesen.

Aus Art. 6 I GG folgt nach der Rechtsprechung des BVerfG nicht nur ein Benachteiligungsverbot hinsichtlich Ehe und Familie. Vielmehr ist es dem Gesetzgeber wegen des verfassungsrechtlichen Schutzes und dem verfassungsrechtlichen Auftrags zur Förderung der Ehe aus Art. 6 I GG auch nicht verwehrt, diese gegenüber anderen Lebensformen zu begünstigen.

Die Leistungspflicht der Krankenkasse nach § 27a SGB V knüpft nicht an einen regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand ihres Mitglieds, sondern an die ungewollte Kinderlosigkeit des Ehepaares und die daraus resultierende Notwendigkeit einer künstlichen Befruchtung an; vorausgesetzt wird allein, dass die vorgesehenen Maßnahmen zur Herbeiführung der gewünschten Schwangerschaft erforderlich und erfolgversprechend sind; nicht die Krankheit, sondern die Unfähigkeit des Paares, auf natürlichem Wege Kinder zu zeugen und die daraus resultierende Notwendigkeit einer künstlichen Befruchtung bildet den Versicherungsfall (BSG SozR 3-2500 § 27a Nr. 3 S 24).

2. ANSPRUCH IM INLAND BEI WOHNSITZ IM EU-AUSLAND

BSG, Urt. v. 05.07.2005 – B 1 KR 4/04 R -

RID 05-04-152

Leitsätze:

Pflichtversicherter in der Krankenversicherung der Rentner bleibt, wer als Bezieher ausschließlich deutscher Rente in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union (hier: Frankreich) verzieht. Sein Anspruch auf Krankenversicherungsleistungen bei vorübergehendem Deutschlandaufenthalt richtet sich nach deutschem Recht (Fortführung von BSG vom 16.6.1999 - B 1 KR 5/98 R = BSGE 84, 98 = SozR 3-2400 § 3 Nr. 6; Abgrenzung zu EUGH vom 3.7.2003 - C-156/01 = EuGHE I 2003, 7045 = SozR 4-6050 Art 22 Nr. 1).

Parallelverfahren: BSG, Urt. v. 05.07.2005 – B 1 KR 2/04 R -

RID 05-04-153

3. METHODE DR. KOZIJAVKIN

BSG, Beschl. v. 07.10.2005 - B 1 KR 107/04 B - www.sozialgerichtsbarkeit.de

RID 05-04-154

Die Beschwerde des Klägers gegen die Nichtzulassung der Revision in *LSG Bayern*, Urt. v. 30.09.2004 – L 4 KR 104/02 - RID 05-01-137 wird verworfen

Soweit indessen die allgemeinen Tatsachen nicht die Qualität und Funktion von Rechtsnormen erreichen, wie es für allgemeine Erfahrungssätze angenommen wird, sind sie weiterhin als "Tatsachen" zu qualifizieren.

Hinzu kommt im vorliegenden Fall, dass nach der jüngeren ständigen Rechtsprechung des Senats die Frage nach den Therapiemöglichkeiten für ein einzelnes Leiden und dem darauf bezogenen krankenversicherungsrechtlichen Behandlungsanspruch des Versicherten angesichts der Vielzahl der in der Medizin diskutierten Krankheitsbilder ohnehin nicht in den Rang einer Rechtsfrage von "grundsätzlicher" Bedeutung gehoben werden kann (vgl. z.B. Senat, Beschl. v. 20. Juli 2004, B 1 KR 1/03 B, vom 21. Dezember 2004, B 1 KR 11/03 B, vom 19. Oktober 2004, B 1 KR 92/03 B und öfter). Daran hält der Senat auch in Ansehung der Behandlungsmethode nach Dr. Kozijavkin fest.

4. ARZNEIMITTEL: VIAGRA

BSG, Urt. v. 10.05.2005 - B 1 KR 25/03 R -

RID 05-04-155

Leitsätze:

1. Das Arzneimittel Viagra war zur Behandlung einer krankheitsbedingten erektilen Dysfunktion bis Ende 2003 nicht von der Versorgung durch die Krankenkassen ausgeschlossen (Fortführung von BSG vom 30.9.1999 - B 8 KN 9/98 KR R = BSGE 85, 36 = SozR 3-2500 § 27 Nr. 11).

2. Der ab 1.1.2004 gesetzlich angeordnete Ausschluss der Versorgung mit Arzneimitteln, die überwiegend der Behandlung der erektilen Dysfunktion dienen, verstößt nicht gegen Art 2 GG.

Verfassungsbeschwerde erhoben: 1 BvR 1778/05.

Parallelverfahren: BSG, Urt. v. 10.05.2005 - B 1 KR 20/03 R -

RID 05-04-156

BSG, Urt. v. 10.05.2005 - B 1 KR 28/04 R -

RID 05-04-157

5. GRUND- UND BEHANDLUNGSPFLEGE

A) REICHWEITE DER HKP-RL (GEH- UND STEHÜBUNGEN)

BSG, Urt. v. 17.03.2005 - B 3 KR 35/04 R -

RID 05-04-158

Leitsätze:

1. Gezielte Bewegungsübungen, die den Folgen bestimmter Erkrankungen und nicht nur den Folgen der Bettlägerigkeit entgegenwirken sollen, sind als Maßnahmen der Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege von den Krankenkassen zu gewähren.
2. Zur Verbindlichkeit der Abgrenzung von Grund- und Behandlungspflege in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (HKP-Richtlinien).

B) HILFELEISTUNG BEI VERRICHTUNGEN DER GRUNDPFLEGE: MEDIKAMENTENGABE

BSG, Urt. v. 17.03.2005 - B 3 KR 9/04 R -

RID 05-04-159

Leitsätze:

1. Zur Abgrenzung von Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege - hier: Medikamentengabe - zu den Verrichtungen der Grundpflege in der sozialen Pflegeversicherung (Fortführung von BSG SozR 3-2500 § 37 Nr. 3).
2. Pflegebedürftige, die Anspruch auf häusliche Krankenpflege gegenüber der Krankenkasse und auf Leistungen der sozialen Pflegeversicherung haben, besitzen bei verrichtungsbezogenen Maßnahmen der Behandlungspflege ein Wahlrecht, ob sie eine Zuordnung der Behandlungspflege zur Grundpflege wünschen oder nicht; sie üben dieses Wahlrecht aus, wenn sie Pflegegeld, Pflegesachleistungen oder Kombinationsleistungen bei der Pflegekasse beantragen.

Parallelentscheidung: *BSG, Urt. v. 17.03.2005 - B 3 KR 8/04 R -*

RID 05-04-160

6. KRANKENHAUSBEHANDLUNG

A) LANGZEITBEHANDLUNG BEI PSYCHISCHER ERKRANKUNG

BSG, Urt. v. 07.07.2005 - B 3 KR 40/04 R -

RID 05-04-161

Bei einer psychiatrischen Erkrankung kann der Einsatz von krankenhausspezifischen Geräten ganz in den Hintergrund treten und allein der Einsatz von Ärzten, therapeutischen Hilfskräften und Pflegepersonal sowie die Art der Medikation die stationäre Behandlung kennzeichnen (BSGE 92, 300, 305 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 2).

Bei Patienten mit schweren und zum Teil bereits chronisch verlaufenden psychischen oder psychiatrischen Erkrankungen entspricht es inzwischen dem allgemein anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse, dass ein komplexer Behandlungsansatz des Zusammenwirkens eines multiprofessionellen Teams von Ärzten, Dipl.-Psychologen, Sozialpädagogen, Ergotherapeuten und Bewegungstherapeuten mit fachlich besonders geschultem und erfahrenem psychiatrischen Krankenpflegepersonal gewählt wird. Im Rahmen einer länger dauernden Krankenhausbehandlung kann es dabei durchaus vorkommen, dass die Behandlung durch Psychologen, Sozialpädagogen, Ergotherapeuten oder Bewegungstherapeuten neben der medikamentösen Behandlung ganz im Vordergrund steht und sich der ärztliche Behandlungsbeitrag auf die begleitende Kontrolle und Überwachung der Behandlung beschränkt, was sich in den Krankenhausbehandlungsunterlagen nicht niederschlägt, weil diese ärztliche Kontrolle im Wesentlichen im Rahmen von Rücksprachen oder Konferenzen mit den behandelnden Therapeuten ausgeübt wird. Aus den nur gelegentlichen Eintragungen über ärztliche Maßnahmen in den Behandlungsunterlagen kann also nicht gefolgert werden, dass die unverzichtbare ärztliche Anleitung und Überwachung der Behandlung unterblieben ist.

Die Rechtsprechung des Senats, dass es auf die fachlich einwandfreie Einschätzung des behandelnden Krankenhausarztes ankommt, trägt der Situation und Entscheidungsverantwortung des behandelnden Krankenhausarztes Rechnung, die dadurch geprägt ist, dass es eine eindeutig objektiv richtige Maßnahme im Bereich ärztlichen Handelns oft nicht gibt und ärztliches Handeln gerade bei der Behandlung schwerwiegender psychiatrischer Erkrankungen auf unterschiedliche, auch wechselnde therapeutische Ansätze angewiesen ist.

B) SACHVERSTÄNDIGENGUTACHTEN/FALLPAUSCHALE

BSG, Urt. v. 12.05.2005 – B 3 KR 30/04 R -

RID 05-04-162

Leitsätze:

1. Zur Feststellung der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung durch Sachverständigen-gutachten.
2. Zur Abrechenbarkeit tagesgleicher Pflegesätze bei Verlegung eines Patienten im Rahmen einer Zusammenarbeit zweier Krankenhäuser, wenn das erstbehandelnde Krankenhaus zur Abrechnung von berechtigt ist (hier FP 17.061 und 17.062).

C) FALLPAUSCHALE 16.02 - BELEGUNGSTAG

BSG, Urt. v. 12.05.2005 – B 3 KR 18/04 R -

RID 05-04-163

Leitsatz:

Für die stationäre Behandlung eines Frühgeborenen kann weder die Fallpauschale 16.02 (Fassung 1.1.1998) noch ein tagesgleicher Pflegesatz abgerechnet werden, wenn das Kind am Tag der Geburt in ein anderes Krankenhaus verlegt wird.

D) VIERJÄHRIGE VERJÄHRUNGSFRIST

BSG, Urt. v. 12.05.2005 – B 3 KR 32/04 R -

RID 05-04-164

Leitsatz:

Auch nach der Neuregelung der Rechtsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern zum 01.01.2000 (§ 69 SGB V) unterliegen die Vergütungsansprüche der Krankenhäuser gegen die Krankenkassen für die Behandlung von Versicherten einer vierjährigen Verjährungsfrist (Fortführung, BSG v. 17.06.1999 - B 3 KR 6/99 R = SozR 3-1200 § 45 Nr. 8).

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. ÄRZTLICHES BERUFSRECHT

1. BERUFSRECHT

A) BVERFG: APPROBATION ALS PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUT

BVerfG, Beschl. v. 06.04.2005 - 1 BvR 505/05 -

RID 05-04-165

Die Verfassungsbeschwerde gegen BVerwG, Urt. v. 09.12.2004 – 3 C 11.04 – RID 05-02-188 (Approbation nur für Dipl. Psych.) wird nicht zur Entscheidung angenommen.

B) AUßERBERUFLICHES FEHLVERHALTEN

VG Frankfurt a. M., Urt. v. 26.04.2005 – 21 BG 5727/04 – www.vg-frankfurt.justiz.hessen.de

RID 05-04-166

Berufsordnung, Fehlverhalten, Doktorgrad, Dokortitel, berufsrechtlicher Überhang
BO Hessen § 27 VI; HeilberufsG Hessen § 22

Leitsätze:

1. Die berufsrechtliche Ahndung außerberuflichen Fehlverhaltens nach strafrechtlicher Ahndung erfordert einen berufsrechtlichen Überhang.
2. Das unberechtigte Führen des Doktorgrades im privaten Schriftverkehr erfordert unter Anwendung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit keine berufsrechtliche Sanktion, wenn keinerlei Zusammenhang zur Berufsausübung besteht.
3. § 27 Abs. 6 der Berufsordnung erfasst nur den beruflichen Tätigkeitsbereich; zwischen "Ankündigung" und "Führen" ist zu unterscheiden.

C) AUTOFAHREN IN ALKOHOLISIERTEM ZUSTAND WÄHREND DES NOTDIENSTES

VG Frankfurt a. M., Beschl. v. 26.04.2005 – 21 BG 6932/04 – www.vg-frankfurt.justiz.hessen.de

RID 05-04-167

Berufsordnung, Alkoholismus, Berufsvergehen, berufsrechtlicher Überhang
HeilberufsG Hessen § 22

Leitsätze:

Ein Arzt, der in alkoholisiertem Zustand während des Notdienstes ein Kraftfahrzeug führt sowie als Wiederholungstäter auf dem Weg zur Praxis alkoholisiert ein Fahrzeug führt, verstößt gegen seine Berufspflichten. Trotz strafrechtlicher Verurteilung ist in diesem Falle die Ahndung mit einer berufsrechtlichen Sanktion nicht unverhältnismäßig.

D) REDUZierter KAMMERBEITRAG BEI TEILZEITARBEIT

OVG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 09.08.2005 – 6 A 10095/05 – <http://cms.justiz.rlp.de/justiz>

RID 05-04-168

Kammer, Kammerbeitrag, Psychotherapeutenkammer, Teilzeitarbeit
Art. 3 I GG

Ein für Pflichtmitglieder einer Psychotherapeutenkammer vorgesehener einheitlicher Jahresbeitrag in Höhe von 400 € ist angesichts der Typisierungsfreiheit des Satzungsgebers unter Gleichheitsgesichtspunkten insoweit nicht zu bemängeln, als dieser sich bei der normativen Ausgestaltung des Beitrags tarifes für einen Einheits- und gegen einen einkommensabhängigen gestaffelten Beitrag entschieden hat. Ist aber bei etwa einem Fünftel der angestellten Kammermitglieder, das etwa einem **Zehntel der Gesamtmitgliederzahl** entspricht, die wirtschaftliche Leistungskraft in nennenswertem Umfang aufgrund **Teilzeitarbeit** reduziert, dann betrifft dies einen zahlenmäßig durchaus ins Gewicht fallenden Personenkreis, dessen Besonderheit aus Gerechtigkeitsgründen auch bei typisierenden Handeln grundsätzlich nicht mehr übergangen werden darf.

E) PFLICHTMITGLIEDSCHAFT IN PSYCHOTHERAPEUTENKAMMER: FORENSISCHE PSYCHOLOGIN

VG für das Saarland, Urt. v. 13.07.2005 – 1 K 148/04 –

RID 05-04-169

Psychotherapeutenkammer, Pflichtmitgliedschaft, Psychologe, forensisch, Beitragspflicht

PsychThG § 1 III; HeilBKG Saarland § 2 I 2

Eine ausschließlich forensisch tätige Psychologin, die eine **gerichtpsychologische Praxis** unterhält (Tätigkeit zu mindestens 98 % in Strafverfahren und zwar ausschließlich in Bezug auf die Überprüfung der Glaubwürdigkeit von Kindern und Jugendlichen als Opfer von Straftaten bzw. als Zeugen; zu ca. 2 % in familiengerichtlichen Verfahren tätig, allerdings nicht im Sinne einer Diagnostik oder Behandlung von Krankheiten, sondern zur Feststellung der Eignung von Erziehungsberechtigten zur Erziehung eines Kindes, etwa bei einem Elternkonflikt über die Ausübung des Sorgerechts), ist dem allgemein anerkannten **Beruf des Psychologen** und nicht dem des **Psychologischen Psychotherapeuten** zuzuordnen, da zu ihrer Berufsausübung nicht die heilkundliche Behandlung psychischer oder psychosomatischer Störungen zählt. Eine Pflichtmitgliedschaft in der Psychotherapeutenkammer, verbunden mit einer entsprechenden Beitragspflicht, besteht daher nicht.

F) ALTERSVERSORGUNGSWERK: RECHTMÄßIGKEIT FEHLENDER RENTENANPASSUNG 2004

OVG Niedersachsen, Beschl. v. 01.02.2005 - 8 ME 324/04 - juris

RID 05-04-170

Berufsständisches Versorgungswerk, Altersrente, Zahnarzt, Niedersachsen, Rentenanpassung

Alterssicherungsordnung der Zahnärztekammer Niedersachsen

Leitsatz:

Zur Rechtmäßigkeit der Entscheidung des Leitenden Ausschusses des Altersversorgungswerkes der Zahnärztekammer Niedersachsen, für das Jahr 2004 keine Rentenanpassung vorzunehmen.

(Ergänzung der Redaktion:

Bei **fehlender Leistungsfähigkeit** des Altersversorgungswerks darf unabhängig von der Kaufkraft der Renten eine Rentenanpassung nicht erfolgen. Die notwendige Leistungsfähigkeit für die Gewährung von Rentenanpassungsleistungen ist nicht gegeben, wenn in der sonstigen versicherungstechnischen Rückstellung keine Mittel vorhanden sind. Ob dies der Fall ist, beurteilt sich nach dem jährlich zu erstellenden und von der Kammerversammlung nach § 3 Nr. 2 ASO festzustellenden aktuellen Jahresabschluss.

Der Satzungsgeber hat ein bewährtes System zu wählen, das nach den bisherigen Erfahrungen die Versorgung der Berechtigten sicherstellt. Ob ein nach dem **Äquivalenzprinzip mit einem Rechnungszins von 4%** arbeitendes berufsständisches Versorgungswerk nach den Erfahrungen ab dem Jahr 2003 noch über ein solches bewährtes System verfügt, erscheint keineswegs sicher.)

G) UNZULÄSSIGE BEZEICHNUNG "ZAHNARZT FÜR IMPLANTOLOGIE"

OVG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 14.06.2005 - 13 B 667/05 - www.justiz.nrw.de = juris

RID 05-04-171

Berufsrecht, Ordnungsverfügung, Untersagung, Zahnarzt für Implantologie, Implantologie

BerufsO Zahnärzte NRW § 16, 20

Leitsatz:

Zur (Nicht-)Berechtigung des Führens der Bezeichnung "Zahnarzt für Implantologie".

Aus den Gründen:

„(...) Jedoch muss dies in einer Art und Weise geschehen, dass Irreführungen und Verwechselungen sowie Unsicherheiten beim Patienten vermieden werden. Vor diesem Hintergrund hat der Antragsteller offenbar auf das Führen der Bezeichnung "Fachzahnarzt für Implantologie" verzichtet, weil die Weiterbildungsordnung der Beklagten vom 16. Mai 1998 die Verwendung des Begriffs "Fachzahnarzt" nur in Verbindung mit den Gebieten Kieferorthopädie, Oralchirurgie und Parodontologie vorsieht. Aber auch der Begriff "Zahnarzt für Implantologie", der formell in der Weiterbildungsordnung nicht vorgesehen ist, ist geeignet, Patienten zu verunsichern und zu verwirren, was unter diesem Begriff zu verstehen ist. Der Begriff "Zahnarzt" ist in Verbindung mit der Approbation (vgl. § 1 Abs. 1 Satz 2 ZHG) berufsrechtlich besetzt und kennzeichnet die Berufsausübung als Zahnarzt, während es nach der postgradualen Ausbildung des Antragstellers an der E. - Universität in L. , aus der der Antragsteller die Berechtigung der in Frage stehenden Bezeichnung ableitet, um die Anerkennung und das Führen eines akademischen Grades geht. Die Wortkombination "Zahnarzt für ..." suggeriert eine Nähe und Vergleichbarkeit zum "Fachzahnarzt für ..." und erweckt damit beim verständigen Patienten den Eindruck, als sei die Bezeichnung Ausdruck einer besonderen durch förmliche Weiterbildung erworbenen zusätzlichen Qualifikation und als ob sich der Betreffende einer entsprechenden Weiterbildung unterzogen habe. Aus Sicht eines verständigen Patienten kann die Bezeichnung "Zahnarzt für Implantologie" sowohl dahin verstanden werden, dass es sich um einen nur und ausschließlich im Bereich der Implantologie tätigen Zahnarzt handelt, sowie - was beim Antragsteller im Vordergrund stehen wird - auch dahin, dass es sich um einen Zahnarzt mit besonderer Qualifikation oder zumindest häufiger Tätigkeit in diesem Bereich handelt. Beides ist für die Patienten gleichermaßen unklar und verwirrend, weil mit der in der ersten Alternative liegenden Einengung des Tätigkeitsspektrums des Zahnarztes der Eindruck erweckt wird, dass der betreffende Zahnarzt für "normale" zahnärztliche Behandlungstätigkeiten außerhalb des Bereichs der Implantologie nicht zur Verfügung steht, und weil die zweite Alternative auf eine vermeintliche Qualifikation hindeutet, die tatsächlich nicht gegeben ist.

Auf die mit der postgradualen Ausbildung in L. verbundene zusätzliche Qualifikation im Bereich der Implantologie kann der Antragsteller zudem in anderer Weise als durch die Bezeichnung "Zahnarzt für Implantologie" aufmerksam machen. Im Hinblick auf Art. 12 Abs. 1 GG ist er grundsätzlich zur Ankündigung (auch) im Ausland erworbener Qualifikationen berechtigt.(...)"

2. ZIVILRECHTLICHES ARZTRECHT

A) BGH: AUSLEGUNG EINES VERTRAGES ÜBER EINE ZAHNÄRZTL. PRAXISGEMEINSCHAFT

BGH, Urt. v. 21.02.2005 - II ZR 126/03 - www.bundesgerichtshof.de

RID 05-04-172

Vertragsauslegung, Auslegung, Vertrag, Vertragszahnarzt, Praxisgemeinschaft

BGB § 157

Zur Auslegung einer Kostenregelung (Umsatz- und Kostenbeteiligungsansprüche, tatsächliche oder abgerechnete Vergütung) eines Vertrages über eine vertragszahnärztliche Praxisgemeinschaft.

B) VERPFLICHTUNG ZUR AUSSCHREIBUNG DES VERTRAGSARZTSITZES

OLG Zweibrücken, Urt. v. 25.05.2005 – 4 U 73/04 – juris = GesR 2005, 423

RID 05-04-173

Gemeinschaftspraxis, Verzicht, Vertragsarztsitz

SGB V §§ 95 VII, 103 IV; GG Art. 12 I 1; BGB §§ 138 I, 705

Leitsätze:

1. Eine gesellschaftsvertragliche Regelung, die dem freiwillig aus einer Gemeinschaftspraxis ausscheidenden Vertragsarzt die Pflicht auferlegt, einen Antrag auf Ausschreibung dieses Sitzes zugunsten der Gemeinschaftspraxis zu stellen, verstößt jedenfalls dann nicht gegen § 138 Abs. 1 BGB i.V.m. Art. 12 GG, wenn die Verpflichtung für alle Gesellschafter gleichermaßen gilt.
2. Die gesellschaftsvertraglich übernommene Verpflichtung, die Ausschreibung des Kassenarztsitzes im Falle des freiwilligen Ausscheidens aus der Gemeinschaftspraxis zu beantragen, enthält zugleich die Verpflichtung, gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung einen Verzicht auf die Zulassung zu erklären.
3. Der aufgrund einer gesellschaftsvertraglichen Regelung zur Erklärung des Verzichtes auf seine Kassenarztzulassung verpflichtete Arzt hat diesen Verzicht unbedingt zu erklären; eines Schutzes durch eine teilweise für zulässig erachtete bedingte Verzichtserklärung bedarf er regelmäßig nicht.

C) PRÜFFÄHIGE RECHNUNG FÜR VERTRAGSZAHNÄRZTLICHE LEISTUNGEN

OLG Hamburg, Urt. v. 11.03.2005 - 1 U 10/04 – juris (Ls)

RID 05-04-174

Zahnarztvergütung, Rechnung

BGB § 271 I; GOZ § 10 I, II

Leitsätze:

1. Der Zahnarzt hat einem Kassenpatienten, von dem er für zahnärztliche und prothetische Leistungen den von diesem zu tragenden Eigenanteil verlangt, eine im Zusammenhang mit dem zugrunde liegenden Heil- und Kostenplan prüffähige Rechnung zu erteilen. Dieses gilt insbesondere, wenn zum einen Teil nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab von SGB V ("BEMA") abgerechnet wird und zum anderen Teil "Mehrkosten gemäß Erklärung, Labor" auf privatärztlicher Basis in Rechnung gestellt werden.
2. Soweit es an einer prüffähigen Rechnung fehlt, ist die Honorarforderung des Zahnarztes nicht fällig und seine Klage als zurzeit unbegründet abzuweisen.

D) "ÜBLICHE VERGÜTUNG" FÜR ZAHNTECHNISCHE LABORLEISTUNGEN

LG Gießen, Urt. v. 16.02.2005 - 1 S 223/03 - juris = VersR 2005, 777

RID 05-04-175

Eintrittspflicht, privaten Krankenversicherung, übliche Vergütung, zahntechnische Laborleistungen

MB/KK § 1 II, 4 I

Für die Ermittlung der (nach den Versicherungsbedingungen geschuldeten) "üblichen Vergütung" für zahntechnische Laborleistungen kommt es auf den Kreis aller Versicherten, also auch der gesetzlich Krankenversicherten, jedenfalls bezüglich der Leistungen an, die bei privat und gesetzlich Versicherten identisch sind. Als Maßstab der Üblichkeit können dann die Sätze des bundeseinheitlichen Verzeichnisses der abrechnungsfähigen Leistungen (sog. "BEL-Liste") angesehen werden.

3. AMTSHAFTUNG EINER KV BEI RECHTSWIDRIGEM EINGRIFF IN ZULASSUNGSSTATUS

OLG Karlsruhe, Urt. v. 13.05.2005 – 14 U 164/03 – juris = GesR 2005, 380

RID 05-04-176

Amtshaftung, Kassenärztliche Vereinigung, Zulassungsstatus, Vertragsarzt, Haftungsausschluss

BGB § 839 I, III; . 1, 89bGG §§ 54, 55 I

Beschließt die Vertreterversammlung einer KV die Änderung des HVM dahingehend, dass bestimmte **nuklearmedizinische Diagnoseuntersuchungen** nur dann abgerechnet werden können, wenn sie auf Veranlassung oder **Überweisung eines Internisten mit Schwerpunkt Kardiologie** erfolgten, ist darin eine schuldhaft begangene **Amtspflichtverletzung** gegenüber den benachteiligten Nuklearmedizinern zu sehen, weil in rechtswidriger Weise in den **Zulassungsstatus** eingegriffen wird. Die **Mitglieder einer Vertreterversammlung** einer KV sind bei erkennbaren wirtschaftlichen Auswirkungen einer zu beschließenden HVM-Regelung für eine Arztgruppe **verpflichtet**, zur Frage der Rechtmäßigkeit der beabsichtigten Satzungsergänzung **Rechtsrat einzuholen**.

Zur Vermeidung des aus einem rechtswidrigen Überweisungsvorbehalt entstehenden Schadens infolge ausbleibender Überweisungen ist das geeignete Rechtsmittel nicht die Anfechtungsklage gegen den Abrechnungsbescheid, sondern die mit einem **Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung** verbundene **Feststellungsklage** (Anschluss BSG, Urt. v. 20.03.1996 - 6 RKa 21/95 - BSGE 78, 91).

4. BETRUG: PERSÖNLICHE ERBRINGUNG ZYTOLOGISCHER LEISTUNGEN

LG Lübeck, Urt. v. 01.08.2005 – 720 Js 34735/03 –

RID 05-04-177

Revision eingelegt

Zytologie, Schaden, persönliche Leistungserbringung

StGB § 263; BMV-Ä §§ 15 I, 25 II; EKV-Ä § 14 I, 28 II

Ein vertragsärztlicher **Frauenarzt**, der **zytologische Leistungen** (Nrn. 168 und 4951 EBM) zu Unrecht, weil **nicht von ihm selbst befundet**, abrechnet, verursacht **gegenüber sämtlichen Ärzten seiner KV einen Schaden** i. S. d. § 263 StGB, weil durch die Abrechnung der nicht zu vergütenden Leistungen sich der Honoraranspruch der übrigen an der Pauschalvergütung (Gesamtvergütung) teilhabenden Ärzte reduziert.

Persönliche Leistungen nach § 15 Abs. 1 BMV-Ä bzw. § 14 Abs. 1 EKV-Ä sind auch Hilfeleistungen entsprechend qualifizierter nichtärztlicher Mitarbeiter, die der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt anordnet und fachlich überwacht. Zytologische Leistungen können dann nicht als persönlich erbracht abgerechnet werden, wenn die Zytologieassistentinnen im **Labor nicht persönlich beaufsichtigt** und fachlich überwacht werden, weil der Arzt mit Ausnahme kurzer Besuche zur Übergabe von Geschenken nie im Labor anwesend war. Plausibilitätsprüfungen können die zur persönlichen Leistungserbringung erforderliche Überwachung nicht ersetzen.

Die **Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung** stellt einen die gesamte vertragsärztliche Tätigkeit erfassenden **Grundsatz** dar, der jedem Kassenarzt bekannt ist.

II. ARZTHAFTUNG

1. ORGANHAFTUNG BEI EINER ÄRZTLICHEN GEMEINSCHAFTSPRAXIS

OLG Koblenz, Urt. v. 17.02.2005 – 5 U 349/04 – juris = MedR 2005, 294 = GesR 2005, 260

RID 05-04-178

Gemeinschaftspraxis, Organhaftung, BGB-Gesellschaft

SGB V §§ 31, 280 I, 425, 426 II, 611, 705, 823 I; HGB § 128; ZPO 278 VI

Wird eine Gemeinschaftspraxis von mehreren Ärzten in Form einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts betrieben, ist ein zum Schadensersatz verpflichtendes Handeln eines Arztes der Gesellschaft jedenfalls dann in entsprechender Anwendung des **§ 31 BGB** zuzurechnen, wenn er den Schaden in Ausübung der einem Arzt typischerweise zustehenden Verrichtungen verursacht hat (hier: Hinausschieben eines dringend gebotenen Heileingriffs).

Die anderen an der Gemeinschaftspraxis beteiligten **Ärzte haften persönlich und als Gesamtschuldner** für eine derart begründete gesetzliche Verpflichtung, unabhängig von einem ihnen vorwerfbaren Verschulden.

Widerruft einer von mehreren Gesamtschuldnern einen gerichtlichen Abfindungsvergleich, ist durch Auslegung zu ermitteln, ob dieser Widerruf Gesamtwirkung hat. Für die Auslegung kann die Frage, ob der Widerrufende im Falle seiner Verurteilung eine Regressmöglichkeit gegen die anderen Gesamtschuldner hat, von Bedeutung sein.

2. HAUSARZT: DOKUMENTATIONSPFLICHT BEI VERWEIGERUNG DRINGENDER UNTERSUCHUNG

OLG Bamberg, Urt. v. 04.07.2005 – 4 U 126/03 – VersR 2005, 1292

RID 05-04-179

Dokumentationspflicht, Untersuchung

BGB §§ 823, 847

Leitsätze:

1. Verweigert ein Patient trotz entsprechender therapeutischer Aufklärung eine zur Feststellung, ob er sich in der akuten Gefahr eines unmittelbar bevorstehenden Herzinfarkts befindet, dringend erforderliche Untersuchung, so ist dies von der Behandlungsseite in den Krankenunterlagen zu dokumentieren.
2. Weisen Veränderungen im EKG sowie die vom Patienten geschilderte Beschwerdesymptomatik auf die Gefahr eines unmittelbar bevorstehenden Herzinfarkts hin, so stellt es einen groben Behandlungsfehler dar, wenn es der Arzt unterlässt, den Patienten unverzüglich zu einer Herzkatheteruntersuchung in eine Klinik einzuweisen.

3. AUFKLÄRUNG ÜBER DIE ALTERNATIVE EINER OPERATIVEN THERAPIE

OLG Naumburg, Urt. v. 06.06.2005 - 1 U 7/05 - juris

RID 05-04-180

Therapieentscheidung, konservative Behandlung, Handgelenksverletzung, Aufklärung, operative Therapie

BGB § 823 I

Leitsätze:

1. Bei der Wahl der Therapie ist dem Arzt ein weites Ermessen eingeräumt. Die ärztliche Entscheidung ist nur dahin zu überprüfen, ob die gewählte Therapie dem Stand der naturwissenschaftlichen Erkenntnisse und fachärztlichen Erfahrungen entspricht, ob sie zur Erreichung des Behandlungsziels geeignet und erforderlich ist, und regelmäßig auch, ob sie sich in der fachärztlichen Praxis bewährt hat.
2. Ist die Behandlung einer Handgelenksverletzung mit mehreren medizinisch gleichermaßen indizierten Methoden konservativ und operativ möglich, ist aber die konservative Behandlung weitaus üblicher und hat sie gleiche oder zumindest nahezu gleiche Erfolgchancen, so stellt die Möglichkeit einer operativen Therapie für den Patienten keine Alternative dar, über die er vernünftigerweise mitentscheiden muss.

4. KRANKENHAUSOPERATEUR UND AUFKLÄRUNG ÜBER KREBSVORSORGE

OLG Naumburg, Urt. v. 25.05.2005 - 1 U 59/03 - juris

RID 05-04-181

Sachverständiger, Diagnosefehler, Aufklärungsfehler, Krankenhausarzt, Ovarialkarzinom

BGB § 823 I

Leitsätze:

1. Ist Gegenstand eines Arzthaftungsprozesses eine gynäkologische Behandlung (hier: Entfernung eines Ovarialkarzinoms), fällt der Behandlungsfehlervorwurf jedoch in eine andere medizinische Fachrichtung (hier: Gastroenterologie - Nichterkennen eines weiteren, kolorektalen Karzinoms), so kann die **Auswahl des gerichtlichen Sachverständigen** aus einer interdisziplinären medizinischen Fachrichtung (hier: Viszeralchirurgie; auch Onkologie) geboten sein; jedenfalls ist sie regelmäßig nicht zu beanstanden.
2. Die Durchführung einer **Koloskopie** (Darmspiegelung) ist kein routinemäßig zu erhebender Befund **nach der Entfernung eines Ovarialkarzinoms**, auch dann nicht, wenn dieses seinem Zelltyp nach ein (primäres) Adenokarzinom ist. Eine Koloskopie ist ein eigenständiger körperlicher Eingriff, für den eine medizinische Indikation gegeben sein muss.

3. Ein **Krankenhausarzt**, der einen Patienten auf Grund einer Überweisung wegen eines konkreten Krankheitsgeschehens behandelt, ist nicht zur therapeutischen **Aufklärung** über die Möglichkeit und ggf. Zweckmäßigkeit prophylaktischer invasiver Krebsvorsorgeuntersuchungen verpflichtet.

5. SCHMERZENSGELD BEI VERKENNUNG EINES DROHENDEN HERZINFARKTS

OLG Naumburg, Urt. v. 20.06.2005 – 4 U 126/03 – juris = VersR 2005, 1292 = NJW-RR 2005, 1266 **RID 05-04-182**

Arzthaftung, Schmerzensgeld, Herzinfarkts, Beweiserleichterung, Nichtdokumentation Klinikeinweisung
SGB V §§ 823, 827; StGB § 229

Verweigert ein Patient trotz entsprechender therapeutischer Aufklärung eine zur Feststellung, ob er sich in der akuten Gefahr eines unmittelbar bevorstehenden Herzinfarkts befindet, dringend erforderliche Untersuchung, so ist dies von der Behandlungsseite in den Krankenunterlagen zu dokumentieren. Weisen Veränderungen im EKG sowie die vom Patienten geschilderte Beschwerdesymptomatik auf die Gefahr eines unmittelbar bevorstehenden Herzinfarkts hin, so stellt es einen groben Behandlungsfehler dar, wenn es der Arzt unterlässt, den Patienten unverzüglich zu einer Herzkatheteruntersuchung in eine Klinik einzuweisen.

III. WETTBEWERBSRECHT/UNTERLASSUNGSANSPRUCH

1. BGH: KEIN ÄRZTLICHER HINWEIS AUF SANITÄTSHAUS

BGH, Urt. v. 02.06.2005 – I ZR 317/02 - www.bundesgerichtshof.de

RID 05-04-183

Sanitätshaus, Teststreifen, Diabetespraxis, Diabetesteststreifen

UWG §§ 3, 4 Nr. 11, 8 I 1, III Nr. 2; UWG a.F. §§ 1, 13 II Nr. 2; MBO § 3 II

Ein Arzt hat es zu unterlassen, im geschäftlichen Verkehr zu Zwecken des Wettbewerbs Patienten auf die Möglichkeit des Bezugs von Teststreifen aus einem in seiner Praxis befindlichen Depot eines Sanitätshauses hinzuweisen und entsprechend diesem Hinweis Diabetesteststreifen aus dem Depot abzugeben, soweit diese Vorgehensweise nicht auf Veranlassung des betreffenden Patienten oder anlässlich der Schulung des Patienten oder in Notfällen erfolgt.

2. ZAHNARZTWERBUNG MIT KUSSMUND ALS „EYECATCHER“

OLG Hamm, Urt. v. 07.06.2005 – 4 U 34/05 - www.justiz.nrw.de

RID 05-03-184

Kammer, Wettbewerbsverstoß, Werbeverhalten, Zahnarztwerbung, Arztwerbung, Eyecatcher

UWG a. F. §§ 1, 3; UWG §§ 3, 4 Nr. 11, 5 I, II Nr. 2; BO Zahnärzte Nordrhein § 20

Eine berufsständische Vertretung ist berechtigt, Wettbewerbsverstöße zu verfolgen, die von ihren Mitgliedern oder deren Wettbewerbern begangen werden (vgl. BGH GRUR 2004, 164 ff., 165 – Werbung von Zahnärzten im Internet).

Eine Anzeige kann im Lichte eines veränderten Werbeverhaltens bei Freiberuflern das Sachlichkeitsgebot, und zwar auch wenn ein „Kussmund“ als „Eyecatcher“ eingesetzt wird, wahren.

3. DIÄT- UND ERNÄHRUNGSBERATUNG IN ARZTRAXISRÄUMEN

OLG Frankfurt a. M., Urt. v. 14.04.2005 – 6 U 111/04 - www.vg-frankfurt.justiz.hessen.de=GesR 2005, 369=ZMGR 2005, 270 **RID 05-04-185**

Wettbewerbsverstoß, berufsrechtswidriges Verhalten, Diät- und Ernährungsberatung, Arztpraxis

UWG § 3, 4 Nr. 11; ÄBerufsO Hessen § 3 II, 34 V

Leitsätze:

1. Ein niedergelassener Arzt, der eine gewerbliche Diät- und Ernährungsberatung einschließlich des Vertriebs dazugehöriger Produkte in seinen Praxisräumen betreibt, verletzt seine Berufspflichten auch dann, wenn dies außerhalb der Sprechstundenzeiten geschieht.
2. Der Anbieter des Diät- und Ernährungsprogramms darf die Ärzte nicht dazu veranlassen, die Beratungs- und Vertriebstätigkeit in den Praxisräumen vorzunehmen.

4. IRREFÜHRENDE WERBUNG FÜR GESETZLICH VORGEGEBENE BEITRAGSSENKUNG

Wettbewerbsverstoß, Krankenkasse
UWG §§ 1 ff.

LG Erfurt, Beschl. v. 31.05.2005 – 1 HK O 122/05 – juris (Orientierungssatz)

RID 05-04-186

Einer Krankenkasse ist es zu untersagen, auf ihre Beitragssenkung zum 01.07.2005 hinzuweisen, ohne zugleich mitzuteilen, dass diese Beitragssenkung auf einer gesetzlichen Vorgabe beruht. Die Werbung mit Beitragssenkungen ist irreführend, wenn die Krankenkasse suggeriert, diese beruhe auf einem langjährigen vernünftigen Kostenmanagement, solidem Haushalten und einer positiven Mitgliederentwicklung.

LG Saarbrücken, Beschl. v. 01.06.2005 – 7 II O 69/05 – juris (Orientierungssatz)

RID 05-04-187

Einer Krankenkasse ist es zu untersagen, auf ihre Beitragssenkung zum 01.07.2005 hinzuweisen, ohne zugleich mitzuteilen, dass diese Beitragssenkung auf einer gesetzlichen Vorgabe beruht. Diese Werbung mit Beitragssenkungen ist auch dann irreführend, wenn die Krankenkasse nur auf den Umfang der Beitragssatzsenkung hinweist, ohne dies ausdrücklich auf ihre eigene Leistungsfähigkeit zurückzuführen.

5. UNTERLASSUNGSKLAGE: PRAXISGEBÜHR ZUR SANIERUNG DER KRANKEN KASSEN

LG München I, Urt. v. 12.05.2005 – 34 S 21822 –

RID 05-04-188

Krankenkasse, Vertragszahnarzt, Vertragsarzt, Unterlassungsanspruch
BGB §§ 823, 824, 1004; StGB § 186; SGB V § 28 V

Eine Krankenkasse hat gegen einen Vertragszahnarzt, der die gem. § 28 V SGB V von gesetzlich versicherten Patienten geleistete Zuzahlung mit dem Zusatz „Dieser Betrag dient zur Sanierung der kranken Kassen in Deutschland und muss von der Praxis an die Krankenkassen zwangsweise weiterbezahlt werden.“ quittiert, keinen Unterlassungsanspruch wegen einer Schmähkritik.

IV. PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG/BEIHILFE

1. BGH: KÜNSTLICHE BEFRUCHTUNG UND ANSPRUCH AUF ZWEITES KIND

BGH, Urt. v. 21.09.2005 - IV ZR 113/04 - www.bundesgerichtshof.de

RID 05-04-189

In-vitro-Fertilisation, Heilbehandlung, ICSI, Krankheit, Kinderwunsch, künstliche Befruchtung
MB/KK § 1 II

Eine **Kinderlosigkeit** stellt **keine Krankheit** und auch keine die Erkrankung derart kennzeichnende Krankheitsfolge dar, dass davon gesprochen werden könnte, mit dem Ende der Kinderlosigkeit sei auch eine endgültige Linderung der Krankheit eingetreten. Der Wunsch von Eheleuten nach einem **zweiten Kind**, der als solcher jeder rechtlichen Nachprüfung entzogen ist, kann daher erneut den Bedarf auslösen, die gestörte Körperfunktion durch medizinische Maßnahmen zu ersetzen. Soll dabei die Unfruchtbarkeit des Mannes gelindert werden, so ist die IVF/ICSI-Behandlung insgesamt eine auf dieses Krankheitsbild abgestimmte Heilbehandlung.

Ein privater Krankenversicherer hat die Kosten für eine IVF/ICSI-Behandlung zu erstatten, wenn die medizinischen Befunde und Erkenntnisse es im Zeitpunkt der Behandlung vertretbar erscheinen lassen, die Behandlung als notwendig anzusehen. Auszugehen ist von der durch das **Deutsche IVF-Register** seit 1982 umfassend dokumentierten Erfolgswahrscheinlichkeit der Behandlungen in Abhängigkeit vom **Lebensalter der Frau**. In einem zweiten Schritt ist zu prüfen, inwieweit **individuelle Faktoren** ihre Einordnung in die ihrem Lebensalter entsprechende Altersgruppe rechtfertigen, ob also ihre persönlichen Erfolgsaussichten höher oder niedriger einzuschätzen sind, als die im IVF-Register für ihre Altersgruppe ermittelten Durchschnittswerte es ausweisen. Bedeutsam für diese Beurteilung kann unter anderem sein, ob eine IVF/ICSI-Behandlung bei denselben beteiligten

Personen bereits früher einmal erfolgreich war, ob dafür viele oder nur wenige Behandlungszyklen benötigt wurden, ferner die Zahl und Qualität der beim zuletzt vorgenommenen Behandlungsversuch gefundenen Spermien, Eizellen und übertragenen Embryonen. Eine Vielzahl vergeblicher Behandlungsversuche in der Vergangenheit kann die individuelle Erfolgsaussicht verringern. Für die Prognose von Bedeutung ist weiter die Stimulationssituation beim letzten Behandlungszyklus (Stimulationsprotokoll und Gonadotropinart), schließlich auch die Frage, inwieweit der allgemeine Gesundheitszustand der beteiligten Frau vom Durchschnitt ihrer Altersgruppe abweicht. Von einer nicht mehr ausreichenden Erfolgsaussicht – und damit von einer nicht mehr gegebenen bedingungsgemäßen medizinischen Notwendigkeit der IVF/ICSI-Behandlung – ist dann auszugehen, wenn die Wahrscheinlichkeit, dass ein Embryotransfer (Punktion) zur gewünschten Schwangerschaft führt, signifikant absinkt und eine **Erfolgswahrscheinlichkeit von 15 % nicht mehr erreicht** wird. Das ist im Durchschnitt **bei Frauen nach Vollendung des 40. Lebensjahrs** der Fall, kann aber aufgrund der vorgenannten individuellen Faktoren im **Einzelfall** früher oder später eintreten.
Vgl. Pressemitteilung Nr. 129/2005 v. 21.09.2005

2. BEIHILFEFÄHIGKEIT VON ÄRZTL. VERORDNETEN AMINOSÄUREMISCHUNGEN

OVG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 09.05.2005 – 2 A 10106/05 – <http://cms.justiz.rlp.de/justiz=juris> RID 05-04-190

Beihilfefähigkeit, Stoffwechselkrankheit, Aminosäuremischung, diätetisches Lebensmittel

LMG 1974 § 1 I, BG Rheinland-Pfalz; BhV §§ 3 I, 4 I Nr. 6 § 90 I; AMG 1976 § 2 I Nr. 1, III Nr 1

Leitsatz:

Zur Beihilfefähigkeit von ärztlich verordneten Aminosäuremischungen bei Vorliegen einer anders nicht behandelbaren Stoffwechselerkrankung des Beihilfeberechtigten (hier: Hyperphenylalaninämie).

3. PETÖ-METHODE ALS HEILBEHANDLUNG NACH BEIHILFERECHT

OVG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 16.08.2005 – 2 A 10479/05 – <http://cms.justiz.rlp.de/justiz> RID 05-04-191

Petö-Methode, Krankenhausleistung, teilstationär, Heilbehandlung

LBG Rheinland-Pfalz §§ 90 Satz 1 Nr. 1; BVO Rheinland-Pfalz §§ 3 I 1 Nr. 1, 4 I Nr. 2, Nr. 8

Eine Behandlung nach der Petö-Methode erfolgt als teilstationäre Krankenhausleistung im Sinne des § 90 S. 1 Nr. 1 LBG i.V.m. §§ 3 I 1 Nr. 1, 4 I Nr. 2 BVO, wenn sich die Behandlung über weite Teile des Tages erstreckt, in den Räumlichkeiten einer Kinderklinik stattfindet und die (Gesamt)Verantwortung die behandelnden Ärzte der Klinik tragen, auch wenn das tägliche Therapie- und Förderprogramm von einem sog. Konduktor durchgeführt wird.

Bei der in der Kinderklinik durchgeführten konduktiven Therapie handelt es sich um eine Heilbehandlung im beihilferechtlichen Sinne.

S. die Rspr.hinweise bei LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 15.12.2004 – L 9 KR 47/02 – RID 05-04-95.

4. BEIHILFE: ABZUG DER PRAXISGEBÜHR/EIGENANTEIL FÜR MEDIKAMENTE

OVG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 23.09.2005 – 10 A 10534/05 – <http://cms.justiz.rlp.de/justiz> RID 05-04-192

Beamter, Beihilfe, Praxisgebühr, Eigenanteil, Medikament, Arzneimittel

BhV § 12 I 1 Nr. 1, II; SGB V § 28 IV

Bundesbeamte müssen eine Praxisgebühr für Arztbesuche und einen Eigenanteil für Medikamente zahlen. Eine entsprechende Kürzung der Beihilfe verstößt nicht gegen die Fürsorgepflicht des Dienstherrn, soweit eine bestimmte Belastungsgrenze nicht erreicht wird.

V. ARZNEIMITTEL

1. BGH: INVERKEHRBRINGEN/BEWERBEN VON ARZNEIMITTELN OHNE ZULASSUNG

BGH, Urt. v. 23.06.2005 - I ZR 194/02 - www.bundesgerichtshof.de

RID 05-04-193

Wettbewerbsrecht, Inverkehrbringen, Arzneimittel, Rezepturarzneimittel, Fertigarzneimittel, Atemtest

UWG §§ 3, 4 Nr. 11aF; AMG §§ 2, 4 I, XIV, 21 I, II 2 Nr. 1; ZPO § 286

Leitsätze:

1a. Eine nach §§ 3, 4 Nr. 11 UWG unlautere Zuwiderhandlung gegen eine Marktverhaltensregelung setzt allein ein objektiv rechtswidriges Verhalten voraus.

1b. Das Inverkehrbringen und Bewerben von Arzneimitteln ohne Zulassung stellt ein nach § 4 Nr. 11 UWG unlauteres Marktverhalten dar, das, da insoweit die Gesundheit der Verbraucher auf dem Spiel steht, auch gemäß § 3 UWG erheblich ist.

2a. Ein Arzneimittel ist kein Rezepturarzneimittel, sondern ein Fertigarzneimittel, wenn es in keiner Weise mehr von der dem Apotheker angelieferten Bulkware abweicht und sich dessen Tätigkeit daher auf das bloße Neuverteilen der seiner Einwirkung im übrigen nicht mehr unterliegenden Arznei beschränkt.

2b. Hinsichtlich der Zulassungspflichtigkeit eines Arzneimittels verbleibende Zweifel gehen zu Lasten desjenigen, der die Zulassungsfreiheit geltend macht.

3. Der Wettbewerbsrichter hat sich jedenfalls dann sachverständiger Hilfe zu bedienen, wenn er von der Beurteilung einer Fachfrage durch die für die Arzneimittelüberwachung zuständige Behörde abweichen will.

2. BVERWG: ABGABE ÜBER AUßENSCHALTER EINER APOTHEKE

BVerwG, Urt. v. 14.04.2005 – 3 C 9.04 – www.bverwg.de

RID 05-04-194

Apotheke, Arzneimittel, Außenschalter, Autoschalter, Versandhandel, Botenzustellung

ApBetrO § 17; ApoG § 11a; AMG § 43

Leitsatz:

Nach der Zulassung des Versandhandels mit Medikamenten durch das GKV-Modernisierungsgesetz stellt die Abgabe apothekenpflichtiger Arzneimittel über den Außenschalter einer Apotheke keinen Verstoß gegen § 17 Abs. 1 ApBetrO mehr dar (Aufgabe von BVerwGE 106, 141 ff.).

VI. VERSCHIEDENES

1. EUGH

A) GÜLTIGKEIT DER RICHTLINIE ÜBER NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL

EuGH, Urt. v. 12.07.2005 – C-154/04 und C-155/04 - www.curia.eu

RID 04-04-195

Nahrungsergänzungsmittel

EG Art. 28, 30, 95; Richtlinie 2002/46/EG; Verordnung EG Nr. 3285/94

Die Prüfung der vorgelegten Frage hat nichts ergeben, was die Gültigkeit der Art. 3, 4 Abs. 1 und 15 Abs. 2 Buchst. b der Richtlinie 2002/46/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 10. Juni 2002 zur Angleichung der Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten über Nahrungsergänzungsmittel in Frage stellen könnte.

B) FRANZÖSISCHES EINFUHRGENEHMIGUNGSVERFAHREN FÜR ARZNEIMITTEL

EuGH, Urt. v. 26.05.2005 – C-212/03 - www.curia.eu

RID 04-04-196

Arzneimittel, Einfuhrgenehmigung

Richtlinie 65/65/EWG; Richtlinie 92/73/EWG

Die Französische Republik hat dadurch gegen ihre Verpflichtungen aus Artikel 28 EG verstoßen, dass sie

- auf persönliche Einfuhren von Arzneimitteln, die in Frankreich ordnungsgemäß verschrieben und nach der Richtlinie 65/65/EWG des Rates vom 26. Januar 1965 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften über Arzneispezialitäten in der durch die Richtlinie 93/39/EWG des Rates vom 14. Juni 1993 geänderten Fassung sowohl in Frankreich als auch in dem Mitgliedstaat, in dem sie gekauft werden, zugelassen sind, ein Verfahren der vorherigen Genehmigung anwendet, sofern der Einführende die Arzneimittel nicht persönlich mit sich führt;
- auf persönliche Einfuhren von homöopathischen Arzneimitteln, die in Frankreich ordnungsgemäß verschrieben und nach der Richtlinie 92/73/EWG des Rates vom 22. September 1992 zur Erweiterung des Anwendungsbereichs der Richtlinien 65/65/EWG und 75/319/EWG zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften über Arzneimittel und zur Festlegung zusätzlicher Vorschriften für homöopathische Arzneimittel in einem Mitgliedstaat registriert sind, ein Verfahren der vorherigen Genehmigung anwendet, sofern der Einführende die Arzneimittel nicht persönlich mit sich führt, und
- auf persönliche Einfuhren von Arzneimitteln, die in Frankreich ordnungsgemäß verschrieben worden sind, aber nicht dort, sondern nur in dem Mitgliedstaat zugelassen sind, in dem sie gekauft werden, ein unverhältnismäßiges Verfahren der vorherigen Genehmigung anwendet, sofern der Einführende die Arzneimittel nicht persönlich mit sich führt.

2. WEITERE ENTSCHEIDUNGEN DES BVERFG

A) RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH VERFASSUNGSGEMÄß

BVerfG, Beschl. v. 18.07.2005 - 2 BvF 2/01 - www.bverfg.de

RID 05-04-197

Risikostrukturausgleich, Sozialversicherung, Krankenversicherung
GG Art. 3 I, 120 I 4

Leitsätze:

1. Die Bestimmungen der bundesstaatlichen Finanzverfassung stehen dem Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht entgegen.
2. Art. 120 Abs. 1 Satz 4 GG ist eine reine Zuständigkeitsvorschrift. Aus ihr folgt keine Verpflichtung des Bundes, bei finanziellen Schwierigkeiten in der Sozialversicherung auf ein Finanzausgleichsverfahren zwischen deren Trägern zugunsten der Gewährung steuerfinanzierter Zuschusszahlungen an einzelne Träger zu verzichten.
3. a) Die gesetzliche Krankenversicherung dient der Absicherung der als sozial schutzbedürftig angesehenen Versicherten vor den finanziellen Risiken einer Erkrankung. Hierzu kann der Gesetzgeber den Kreis der Pflichtversicherten so abgrenzen, wie es für die Begründung und den Erhalt einer leistungsfähigen Solidargemeinschaft erforderlich ist.
b) Der Risikostrukturausgleich verwirklicht den sozialen Ausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung im Einklang mit dem allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG kassenübergreifend und bundesweit. Auch die Einbeziehung der ostdeutschen Versicherten in den gesamtdeutschen Solidarverband der gesetzlichen Krankenversicherung dient der Verwirklichung des für die Krankenversicherung charakteristischen sozialen Ausgleichs.

B) BEITRAGSSATZSICHERUNGSGESETZ MIT GG VEREINBAR/RECHTSVO DURCH GESETZGEBER

BVerfG, Beschl. v. 13.09.2005 - 2 BvF 2/03 - www.bverfg.de

RID 05-04-198

Beitragssatzsicherungsgesetz, Arzneimittel, Apotheke, Rechtsverordnung, Normenklarheit
GG Art. 12, 74 I Nr. 12, 76 ff., 80, 84 I; SGB V §§ 130, 130a

Leitsätze:

1. Verfahrensbestimmungen lösen die Zustimmungspflichtigkeit nach Art. 84 Abs. 1 GG nicht aus, wenn sie keinen neuen Einbruch in die Verwaltungszuständigkeit der Länder darstellen.
2. Ändert das Parlament bestehende Rechtsverordnungen oder fügt in diese neue Regelungen ein, so ist das dadurch entstandene Normgebilde aus Gründen der Normenklarheit insgesamt als Rechtsverordnung zu qualifizieren.
3. Bei der Änderung von Ordnungsrecht ist der Gesetzgeber an das Verfahren nach Art. 76 ff. GG und an die Grenzen der Ermächtigungsgrundlage (Art. 80 Abs. 1 Satz 2 GG) gebunden. Die Zustimmungspflichtigkeit richtet sich nicht nach Art. 80 Abs. 2 GG.

C) ÄNDERUNG EINER VERORDNUNG DURCH GESETZ UND ART. 100 GG-VORLAGE

BVerfG, Beschl. v. 27.09.2005 - 2 BvL 11, 12 u. 13/02 - www.bverfg.de

RID 05-04-199

Gesetz, Gesetzgeber, Gesetzgebung, Verordnung, Verordnungsermächtigung
GG Art. 76 ff., 80, 84 I; BeihilfeVO NRW § 12a

Werden **Verordnungen durch förmliche Gesetze geändert** oder ergänzt, so könnte dies zu einem missverständlichen, irreführenden Normgebilde führen, dessen Bezeichnung (Verordnung) und Kennzeichnung als Normsetzung auf Grund einer Ermächtigung (Art. 80 Abs. 1 S. 3 GG) zu ihrem tatsächlichen Rang (förmliches Gesetz) und den davon abhängigen Rechtsfolgen im Widerspruch stünde. Ein solcher Rechtszustand wäre mit rechtsstaatlichen Grundsätzen nicht vereinbar.

Überschrift und Einleitung eines Regelwerkes müssen auch nach zahlreichen Änderungen noch halten, was sie versprechen. Eine **Norm** darf die von ihr Betroffenen nicht im Unklaren darüber lassen, welchen **Rang** sie hat und wie gegen sie effektiver Rechtsschutz zu suchen ist - sei es auf einem direkt auf die Kontrolle der Norm gerichteten Rechtsweg oder durch eine indirekte Anfechtung im Zusammenhang mit einem Rechtsmittel gegen einen Vollzugsakt (vgl. Beschl. des Zweiten Senats des BVerfG v. 13.2005 - 2 BvF 2/03 -<s. vorstehend>).

Die aufgezeigten Schwierigkeiten vermeidet nur eine Lösung, die einerseits der geänderten Verordnung einen **einheitlichen Rang** zuweist und andererseits sicherstellt, dass der **Gesetzgeber** von dieser Praxis **nur in den generellen Grenzen einer Verordnungsermächtigung Gebrauch macht**. Ändert das Parlament wegen des sachlichen Zusammenhangs eines Reformvorhabens bestehende Verordnungen oder fügt es in diese neue Regelungen ein, so ist das dadurch entstandene Normgebilde aus Gründen der Normenklarheit **insgesamt als Verordnung zu qualifizieren** (vgl. Beschl. des Zweiten Senats des Bundesverfassungsgerichts v. 13.09.2005 - 2 BvF 2/03 -).

Gleichviel, ob die Verordnung als Ganzes oder einzelne ihrer Teile angegriffen werden und ob ihre Vereinbarkeit mit höherrangigem Recht im Verfahren der Normenkontrolle oder als Vorfrage der Prüfung einer Normanwendung zu beurteilen ist, dürfen weder die Wahl des zutreffenden Rechtsweges noch die Prüfungskompetenz des angerufenen Gerichts oder der anzuwendende Prüfungsmaßstab davon abhängen, ob Änderungen im parlamentarischen Verfahren vorgenommen wurden. Die **Verordnung** und alle ihre Teile stehen zur **Prüfung durch jedes** damit befasste **Gericht**. Diese erstreckt sich nicht nur auf die Einhaltung der Ermächtigungsgrundlage; sie kann zur Beanstandung der Verordnung durch das befasste Gericht selbst führen. Art. 100 Abs. 1 GG ist nicht anwendbar; eine Vorlage an das Bundesverfassungsgericht ist unzulässig (vgl. Beschl. des Zweiten Senats des Bundesverfassungsgerichts v. 13.09.2005 - 2 BvF 2/03 -).

3. BGH: VERWEIGERUNG DER EINSTELLUNG DER KÜNSTLICHEN ERNÄHRUNG DURCH PFLEGEHEIM

BGH, Beschl. v. 08.06.2005 - XII ZR 177/03 - www.bundesgerichtshof.de = NJW 2005, 2385 = GesR 2005, 476

RID 05-04-200

Betreuung, künstliche Ernährung, Heimbewohner, Betreuer, Pflegeheim

BGB §§ 1004 I 2, 1896, 1901, 1904; ZPO § 91a; GG Art. 1, 2 I, 4 I

Leitsätze:

1. Verlangt der **Betreuer** in Übereinstimmung mit dem behandelnden Arzt, dass die **künstliche Ernährung** des betreuten einwilligungsunfähigen Patienten **eingestellt** wird, so kann das **Pflegeheim** diesem Verlangen jedenfalls nicht den Heimvertrag entgegensetzen. Auch die **Gewissensfreiheit** des Pflegepersonals rechtfertigt für sich genommen die Fortsetzung der künstlichen Ernährung in einem solchen Fall nicht (im Anschluss an BGH, 17. März 2003, XII ZB 2/03, BGHZ 154, 205).

2. Hat sich der Rechtsstreit durch den Tod des Patienten erledigt, rechtfertigt der Umstand, dass die **strafrechtlichen Grenzen einer Sterbehilfe** im weiteren Sinn ("Hilfe zum Sterben") bislang **nicht hinreichend geklärt** erscheinen, eine gegenseitige Kostenaufhebung nach § 91a ZPO.

4. STEUERRECHT

A) BFH: KEINE UMSATZSTEUERFREIHEIT VON SUPERVISIONSLEISTUNGEN

BFH, Urt. v. 30.06.2005 - V R 1/02 - www.bundesfinanzhof.de

RID 05-04-201

Supervision, Psychotherapeut, Heilbehandlung, Umsatzsteuerfreiheit

UStG 1980/1991/1993 § 4 Nr. 14; Richtlinie 77/388/EWG Art. 13 Teil A Abs. 1 Buchst. c

Leitsätze:

Eine steuerfreie Heilbehandlung setzt voraus, dass ihr Hauptziel der Schutz der Gesundheit ist. Für die Umsatzsteuerfreiheit von Supervisionsleistungen nach § 4 Nr. 14 UStG reicht es nicht aus, dass die auch bei Heilbehandlungen eingesetzten Methoden angewandt werden und diese auch der gesundheitlichen Prophylaxe dienen können.

In den Streitjahren 1990 bis 1993 führte der klagende psychologische Psychotherapeut - neben der heilkundlichen Tätigkeit aufgrund ärztlicher Zuweisung von Patienten - psychologische Supervisionen für diverse Einrichtungen durch. Teilnehmer dieser Supervisionen waren Therapeuten dieser Einrichtungen. Die Leistungen wurden direkt mit den o.g. Verbänden abgerechnet, die diese Leistungen dann teilweise in ihre Tagessätze einkalkulieren. Im Anschluss an eine Betriebsprüfung vertrat das bekl. Finanzamt die Auffassung, diese Umsätze aus der Durchführung von Supervisionen seien nicht gemäß § 4 Nr. 14 Satz 1 UStG steuerbefreit, da sie nicht der unmittelbaren Ausübung der Heilkunde dienten, und erließ geänderte Umsatzsteuerbescheide. *FG Köln*, Urt. v. 29.11.2001 - 5 K 2725/98 - RID 02-03-105 (EFG 2002, 504 = DStRE 2002, 303) wies die Klage ab, der *BFH* die Revision zurück.

B) BFH: ABGRENZUNG GEMEINSCHAFTSPRAXIS/PRAXISGEMEINSCHAFT

BFH, Urt. v. 14.04.2005 - XI R 82/03 - www.bundesfinanzhof.de

RID 05-04-202

Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft, Bürogemeinschaft, Mitunternehmerschaft

EStG § 3 15 I 1 Nr. 2, 16 I Nr. 2, 18 III, IV

Leitsätze:

Im Unterschied zu einer Gemeinschaftspraxis (Mitunternehmerschaft) hat eine Büro- und Praxisgemeinschaft lediglich den Zweck, den Beruf in gemeinsamen Praxisräumen auszuüben und bestimmte Kosten von der Praxisgemeinschaft tragen zu lassen und umzulegen. Ein einheitliches Auftreten nach außen genügt nicht, um aus einer Bürogemeinschaft eine Mitunternehmerschaft werden zu lassen.

C) MITUNTERNEHMERSTELLUNG IN GEMEINSCHAFTSPRAXIS (NULLBETEILIGUNG)

FG Baden-Württemberg, Urt. v. 16.06.2005 - 3 K 101/01 - juris

RID 05-04-203

Revision anhängig: XI R 40/05

Mitunternehmerstellung, Gemeinschaftspraxis, Vertragsarzt, Arzt

EStG SGB V §§ 18 IV 2, 15 I 2 Nr. 2

Mitunternehmer einer "Gemeinschaftspraxis" i.S.d. §§ 18 IV 2, 15 I 2 Nr. 2 EStG ist nur, wer auf Grund eines zivilrechtlichen Gesellschaftsverhältnisses oder wirtschaftlich damit vergleichbaren Gemeinschaftsverhältnisses zusammen mit anderen Personen **Mitunternehmerinitiative** entfalten kann und **Mitunternehmermerrisiko** trägt (st. Rspr. des BFH, vgl. Beschl. des Großen Senats v. 25.06.1984 GrS 4/82, BFHE 141, 405, BStBl II 1984, 751). Beide Merkmale müssen vorliegen, können aber im Einzelfall mehr oder weniger ausgeprägt sein und sind daher **bedingt kompensierbar**. Ein nur gering ausgeprägtes Mitunternehmermerrisiko kann durch eine besonders ausgeprägte Mitunternehmerinitiative kompensiert werden und umgekehrt.

Mitunternehmermerrisiko bedeutet gesellschaftsrechtliche Teilhabe am Erfolg oder Misserfolg eines Unternehmens in der Regel durch **Beteiligung am Gewinn und Verlust** sowie an den **stillen Reserven** einschließlich eines **Geschäftswertes**, wenigstens bei Auflösung der Gesellschaft.

Mitunternehmerinitiative bedeutet vor allem **Teilhabe an unternehmerischen Entscheidungen**. Die Möglichkeit, Gesellschaftsrechte auszuüben, die zumindest den Stimm-, Kontroll- und Widerspruchsrechten eines Kommanditisten nach §§ 164, 166 des Handelsgesetzbuches - HGB - vergleichbar sind oder die den Kontrollrechten nach § 716 Abs. 1 BGB entsprechen, kann bereits ausreichen.

Ein durch Gesellschaftsvertrag **als Sozios in eine Gemeinschaftspraxis ausgenommener Arzt** ist nicht als Mitunternehmer der Gemeinschaftspraxis i.S. der §§ 18 Abs. 4 Satz 2, 15 Abs.1 Satz 2 Nr.2 EStG anzusehen, wenn er aufgrund der im Vertrag festgelegten fixen - vom Gewinn unabhängigen - Vergütung nicht am Gesamtgewinn der Gemeinschaftspraxis beteiligt ist, am Verlust und an den stillen Reserven der Gemeinschaftspraxis nicht beteiligt ist, zur Geschäftsführung der Gemeinschaftspraxis und Abrechnung mit der kassenärztlichen Vereinigung und den Privatpatienten nicht berechtigt ist sowie bei allen Entscheidungen, die das Mitunternehmen betreffen, lediglich Informationsrechte und Kontrollrechte, aber kein Widerrufsrecht oder Stimmrecht hat. Das gilt auch dann, wenn der Arzt als Mitglied der Sozietät nach außen als sog. Außensozios in Erscheinung tritt und deshalb nach Rechtsscheingrundsätzen unbeschränkt persönlich haftet - von dieser Außenhaftung jedoch im Innenverhältnis freigestellt ist - und seine Patienten in Wesentlichen eigenverantwortlich betreut. Ob nach dem Berufsrecht oder Vertragsarztrecht die Voraussetzungen für eine Gemeinschaftspraxis vorliegen, ist nicht ausschlaggebend, da insoweit keine Bindung oder Vorprägung für die steuerrechtliche Beurteilung gegeben ist.

Kl. 1, ein **Frauenarzt mit dem Schwerpunkt Praenataldiagnostik** mit einem Labor für pränatale Diagnostik, schloss mit Kl. 2 1993 einen **Vertrag "über die gemeinschaftliche ärztliche Berufsausübung im Sinne einer Gemeinschaftspraxis"**, nach dem u.a. ein entsprechender Vertrag des Kl. 1 mit einem dritten Arzt, dem Beigel. 1 abgeschlossen werden sollte, der künftigen Gemeinschaftspraxis das gesamte Inventar der bisherigen Praxis des Kl. 1 kostenlos zur Verfügung stand, Ersatz- und Neuanschaffungen im Außenverhältnis zu Lasten der Gemeinschaftspraxis, im Innenverhältnis zu Lasten des Kosten- und Gewinnanteils von K. 1 gingen, der Kl. 2 am Gesellschaftsvermögen nicht beteiligt war; alle Kosten gingen im Außenverhältnis zu Lasten der Gemeinschaftspraxis, im Innenverhältnis zu Lasten des Kosten- bzw. Gewinnanteils von Kl. 1; Kl. 2 erhielt feste Gewinnanteile, und zwar in Höhe von zunächst 150.000 DM im 1., 180.000 DM bzw. nach Vertragsänderung (wegen Ausscheidens des Beigel. 1) 210.000 DM im 2. und DM 220.000 bzw. 260.000 DM im 3. Jahr; danach erhielt er die gleichen Gewinnanteile wie der Beigel. 1, ohne Rücksicht entsprechende Gewinne und ohne Beteiligung des Kl. 1 an Verlusten; im Innenverhältnis war Kl. 2 von einer Haftung freizustellen; Kl. 2 hatte Anspruch auf einen jährlichen Erholungsurlaub von 6 Wochen.

Kl. 1 erstellte eine Einbringungsbilanz zum 31.03.1993, in der er die stillen Reserven seiner Einzelpraxis in Höhe von insgesamt 7.318.614 DM (7.158.172,29 DM Praxiswert und 160.441,71 DM Betriebs- und Geschäftsausstattung) aufdeckte. Nach einer **Außenprüfung** bei der Gemeinschaftspraxis vertrat das Finanzamt die Auffassung, eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts könne steuerlich nicht anerkannt werden, da Kl. 2 und Beigel. 1 keine Mitunternehmer seien. Es hob 1999 die Feststellungsbescheide 1993 bis 1997 ersatzlos auf und lehnte einen für 1998 ab. Das Wohnsitzfinanzamt rechnete daraufhin dem Kl. 2 und dem Beigel. 1 die bisherigen Gewinnanteile als Einkünfte aus Einzelbetrieben zu. Beim Kl. 1 nahm das FA gleichfalls an, dass die Einzelpraxis unverändert fortbestehe und versagte bei der Festsetzung der Einkommensteuer die Absetzung für Abnutzung auf den Praxiswert und die Teilwerte des Anlagevermögens. Es behandelte die "Gewinnanteile" des Kl. 2 und des Beigel. 1 als Betriebsausgaben des Kl. 1 und ließ den im Veranlagungszeitraum 1993 erklärten Aufgabegewinn außer Ansatz. Das **FG** wies die Klage ab; bzgl. der Revisionszulassung verwies es auch auf das beim BFH anhängige Verfahren XI R 82/03 (Vorinstanz FG Münster, Urt. v. 09.07.2002 - 1 K 6926/01 F - juris).

D) FÜNFTTEL-REGELUNG FÜR HONORARNACHZAHLUNG DER KV (PSYCHOTHERAPEUTEN)

FG Niedersachsen, Urt. v. 31.08.2005 – 2 K 306/03 – www.nwb.de/finanzgericht

RID 05-04-204

Revision zugelassen

Einkommensteuer 2001, Fünftel-Regelung für Honorarnachzahlung eines Freiberuflers

EStG § 34

Ein Nachzahlungsbetrag für psychotherapeutische Leistungen aufgrund vormals zu geringer Punktwerte für mehrere Jahre fällt unter die Vorschrift des § 34 II Nr. 4 EStG.

E) BFH: OECOTROPHOLOGE ALS HEILBERUF I.S. DES § 4 NR. 14 UStG

BFH, Urt. v. 10.03.2005 - V R 54/04 - www.bundesfinanzhof.de

RID 05-04-205

Oecotrophologe, Ernährungsberater, Heilberuf

UStG 1991/1993/1999 § 4 Nr. 14; Richtlinie 77/388/EWG Art. 13 Teil A Abs. 1 Buchst. c

Leitsatz:

Führt ein Dipl.-Oecotrophologe (Ernährungsberater) im Rahmen einer medizinischen Behandlung (aufgrund ärztlicher Anordnung oder im Rahmen einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme) Ernährungsberatungen durch, sind diese Leistungen nach § 4 Nr. 14 UStG steuerbefreit.

5. GESCHÄFTSFÜHRER IN EINER GMBH NICHT "FREISCHAFFENDER" ARCHITEKT

OVG Niedersachsen, Beschl. v. 17.08.2005 – 8 LA 243/04 – www.dbovg.niedersachsen.de

RID 05-04-206

NArchG §§ 4 VII, 4a; VwGO § 124a IV 5

Architekt, freischaffend, Beruf, Freier Beruf, Gesellschaftsliste, Kapitalgesellschaft

Leitsätze:

1. Die gesonderte Begründung des Antrags auf Zulassung der Berufung ist nach § 124 a Abs. 4 Satz 5 VwGO i.d.F. des 1. Justizmodernisierungsgesetzes ab dem 1. September 2004 auch dann beim Oberverwaltungsgericht einzureichen, wenn das angefochtene Urteil mit einer abweichenden, § 124 a Abs. 4 Satz 5 VwGO a. F. entsprechenden Rechtsmittelbelehrung vor dem 1. September 2004 verkündet worden ist. Eine solche Rechtsmittelbelehrung ist mit dem 1. September 2004 nicht unrichtig i.S.d. § 58 Abs. 2 VwGO geworden. Dem Rechtsmittelführer, der entsprechend der überholten Rechtsmittelbelehrung die gesonderte Begründung des Zulassungsantrages noch fristgerecht beim Verwaltungsgericht eingereicht hat, kann jedoch Wiedereinsetzung in den vorigen Stand gewährt werden.

2. Wer seinen Beruf als Geschäftsführer in einer GmbH ausübt, an der er zwar zu 25% beteiligt ist, deren Anteile aber mehrheitlich von berufsfremden Personen gehalten werden, kann nicht "eigenverantwortlich" und demnach auch nicht "freischaffend" als Architekt tätig sein.

VERZEICHNIS DER ENTSCHEIDUNGEN

BFH, Urt. v. 10.03.2005 - V R 54/04 -	RID 05-04-205
BFH, Urt. v. 14.04.2005 - XI R 82/03 -	RID 05-04-202
BFH, Urt. v. 30.06.2005 - V R 1/02 -	RID 05-04-201
BGH, Urt. v. 21.02.2005 - II ZR 126/03 -	RID 05-04-172
BGH, Urt. v. 02.06.2005 - I ZR 317/02 -	RID 05-04-183
BGH, Beschl. v. 02.06.2005 - IX ZB 235/04 -	RID 05-04-147
BGH, Urt. v. 23.06.2005 - I ZR 194/02 -	RID 05-04-193
BGH, Beschl. v. 08.06.2005 - XII ZR 177/03 -	RID 05-04-200
BGH, Urt. v. 04.08.2005 - IX ZR 117/04 -	RID 05-04-47
BGH, Urt. v. 21.09.2005 - IV ZR 113/04 -	RID 05-04-189
BSG, Urt. v. 23.02.2005 - B 6 KA 42/04 R -	RID 05-04-67
BSG, Urt. v. 23.02.2005 - B 6 KA 72/03 R -	RID 05-04-63
BSG, Urt. v. 23.02.2005 - B 6 KA 77/03 R -	RID 05-04-58
BSG, Urt. v. 23.02.2005 - B 6 KA 81/03 R -	RID 05-04-65
BSG, Urt. v. 17.03.2005 - B 3 KR 8/04 R -	RID 05-04-160
BSG, Urt. v. 17.03.2005 - B 3 KR 9/04 R -	RID 05-04-159
BSG, Urt. v. 17.03.2005 - B 3 KR 35/04 R -	RID 05-04-158
BSG, Beschl. v. 08.04.2005 - B 6 KA 60/04 B -	RID 05-04-66
BSG, Urt. v. 27.04.2005 - B 6 KA 1/04 R -	RID 05-04-64
BSG, Urt. v. 27.04.2005 - B 6 KA 17/04 R -	RID 05-04-69
BSG, Urt. v. 27.04.2005 - B 6 KA 18/04 R -	RID 05-04-68
BSG, Urt. v. 27.04.2005 - B 6 KA 22/04 R -	RID 05-04-62
BSG, Urt. v. 27.04.2005 - B 6 KA 23/04 R -	RID 05-04-61
BSG, Urt. v. 10.05.2005 - B 1 KR 20/03 R -	RID 05-04-156
BSG, Urt. v. 10.05.2005 - B 1 KR 25/03 R -	RID 05-04-155
BSG, Urt. v. 10.05.2005 - B 1 KR 28/04 R -	RID 05-04-157
BSG, Urt. v. 12.05.2005 - B 3 KR 18/04 R -	RID 05-04-163
BSG, Urt. v. 12.05.2005 - B 3 KR 30/04 R -	RID 05-04-162
BSG, Urt. v. 12.05.2005 - B 3 KR 32/04 R -	RID 05-04-164
BSG, Beschl. v. 25.05.2005 - B 6 KA 27/04 B -	RID 05-04-56
BSG, Urt. v. 21.06.2005 - B 8 KN 1/04 KR R -	RID 05-04-150
BSG, Urt. v. 22.06.2005 - B 6 KA 5/04 R -	RID 05-04-54
BSG, Urt. v. 22.06.2005 - B 6 KA 21/04 R -	RID 05-04-59
BSG, Beschl. v. 22.06.2005 - B 6 KA 22/04 B -	RID 05-04-57
BSG, Urt. v. 22.06.2005 - B 6 KA 24/04 R -	RID 05-04-60
BSG, Beschl. v. 22.06.2005 - B 6 KA 68/04 B -	RID 05-04-55
BSG, Beschl. v. 04.07.2005 - B 1 KR 101/04 B -	RID 05-04-91
BSG, Beschl. v. 05.07.2005 - B 1 KR 100/04 B -	RID 05-04-151
BSG, Urt. v. 05.07.2005 - B 1 KR 2/04 R -	RID 05-04-153
BSG, Urt. v. 05.07.2005 - B 1 KR 4/04 R -	RID 05-04-152
BSG, Urt. v. 07.07.2005 - B 3 KR 40/04 R -	RID 05-04-161
BSG, Beschl. v. 03.08.2005 - B 6 KA 22/05 B -	RID 05-04-72
BSG, Beschl. v. 01.09.2005 - B 6 KA 41/04 R -	RID 05-04-70
BSG, Beschl. v. 26.09.2005 - B 6 KA 69/04 B -	RID 05-04-71
BSG, Beschl. v. 07.10.2005 - B 1 KR 107/04 B -	RID 05-04-154
BVerfG, Beschl. v. 06.04.2005 - 1 BvR 505/05 -	RID 05-04-165
BVerfG, Beschl. v. 18.07.2005 - 2 BvF 2/01 -	RID 05-04-197
BVerfG, Beschl. v. 13.09.2005 - 2 BvF 2/03 -	RID 05-04-198
BVerfG, Beschl. v. 27.09.2005 - 2 BvL 11, 12 u. 13/02 -	RID 05-04-199

BVerwG , Urt. v. 14.04.2005 – 3 C 9/04 –	RID 05-04-194
EuGH , Urt. v. 26.05.2005 – C-212/03 –	RID 04-04-196
EuGH, Urt. v. 12.07.2005 – C-154/04 und C-155/04 –	RID 04-04-195
FG Baden-Württemberg , Urt. v. 16.06.2005 – 3 K 101/01 –	RID 05-04-203
FG Niedersachsen , Urt. v. 31.08.2005 – 2 K 306/03 –	RID 05-04-204
LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 01.09.2004 – L 5 KA 3834/02 –	RID 05-04-13
LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 13.10.2004 – L 5 KA 4212/03 –	RID 05-04-38
LSG Bayern , Urt. v. 22.12.2004 – L 4 KR 115/04 NZB –	RID 05-04-138
LSG Bayern, Beschl. v. 31.01.2005 – L 4 B 467/04 KR ER –	RID 05-04-74
LSG Bayern, Urt. v. 16.02.2005 – L 12 KA 436/04 –	RID 05-04-33
LSG Bayern, Beschl. v. 28.02.2005 – L 4 B 18/05 KR ER –	RID 05-04-92
LSG Bayern, Beschl. v. 01.03.2005 – L 4 B 601/04 KR ER –	RID 05-04-149
LSG Bayern, Beschl. v. 03.03.2005 – L 3 B 467/03 KA ER –	RID 05-04-22
LSG Bayern, Beschl. v. 11.03.2005 – L 4 B 11/05 KR ER –	RID 05-04-140
LSG Bayern, Beschl. v. 16.03.2005 – L 4 B 23/05 KR ER –	RID 05-04-119
LSG Bayern, Urt. v. 08.04.2005 – L 4 B 84/05 KR ER –	RID 05-04-122
LSG Bayern, Urt. v. 20.04.2005 – L 12 KA 213/04 –	RID 05-04-08
LSG Bayern, Urt. v. 28.04.2005 – L 4 KR 125/04 –	RID 05-04-100
LSG Bayern, Urt. v. 28.04.2005 – L 4 KR 174/03 –	RID 05-04-85
LSG Bayern, Urt. v. 12.05.2005 – L 4 KR 118/03 –	RID 05-04-145
LSG Bayern, Urt. v. 25.05.2005 – L 4 KR 51/04 –	RID 05-04-77
LSG Bayern, Urt. v. 25.05.2005 – L 4 KR 112/04 –	RID 05-04-86
LSG Bayern, Urt. v. 25.05.2005 – L 4 KR 120/03 –	RID 05-04-78
LSG Bayern, Urt. v. 25.05.2005 – L 4 KR 235/04 –	RID 05-04-83
LSG Bayern, Urt. v. 08.06.2005 – L 12 KA 120/02 –	RID 05-04-01
LSG Bayern, Urt. v. 08.06.2005 – L 12 KA 369/04 –	RID 05-04-20
LSG Bayern, Urt. v. 30.06.2005 – L 4 KR 106/04 –	RID 05-04-110
LSG Bayern, Beschl. v. 08.07.2005 – L 4 B 225/05 KR ER –	RID 05-04-120
LSG Bayern, Urt. v. 14.07.2005 – L 4 KR 153/02 –	RID 05-04-137
LSG Bayern, Urt. v. 25.08.2005 – L 4 KR 150/04 –	RID 05-04-113
LSG Bayern, Urt. v. 22.09.2005 – L 4 KR 167/02 –	RID 05-04-73
LSG Berlin , Urt. v. 24.11.2004 – L 9 KR 53/04 –	RID 05-04-108
LSG Berlin, Urt. v. 01.12.2004 – L 7 KA 12/02 –	RID 05-04-39
LSG Berlin, Urt. v. 01.12.2004 – L 7 KA 13/03 –	RID 05-04-37
LSG Berlin, Urt. v. 15.12.2004 – L 9 KR 47/02 –	RID 05-04-95
LSG Berlin, Urt. v. 15.12.2004 – L 9 KR 141/02 –	RID 05-04-104
LSG Berlin, Beschl. v. 20.01.2005 – L 7 B 19/04 KA ER –	RID 05-04-44
LSG Berlin, Beschl. v. 20.01.2005 – L 7 B 20/04 KA ER –	RID 05-04-45
LSG Berlin, Beschl. v. 20.01.2005 – L 7 B 33/04 KA ER –	RID 05-04-46
LSG Berlin, Urt. v. 11.05.2005 – L 7 KA 8/02 –	RID 05-04-40
LSG Berlin-Brandenburg , Beschl. v. 22.09.2005 – L 1 B 1000/05 KA –	RID 05-04-51
LSG Brandenburg , Urt. v. 07.06.2005 – L 24 KR 49/03 –	RID 05-04-121
LSG Hamburg , Beschl. v. 11.07.2005 – L 2 KA 1/04 –	RID 05-04-06
LSG Hamburg, Urt. v. 09.08.2005 – L 2 B 173/05 ER KA –	RID 05-04-03
LSG Hamburg, Urt. v. 21.09.2005 – L 1 KR 126/04 –	RID 05-04-87
LSG Hessen , Beschl. v. 15.02.2005 – L 8/14 KR 186/04 –	RID 05-04-75
LSG Hessen, Urt. v. 10.03.2005 – L 8/14 KR 765/03 –	RID 05-04-94
LSG Hessen, Beschl. v. 10.06.2005 – L 6/7 KA 58/04 ER –	RID 05-04-34
LSG Hessen, Urt. v. 07.07.2005 – L 1 KR 5/04 –	RID 05-04-105
LSG Hessen, Urt. v. 13.07.2005 – L 6/7 KA 564/02 –	RID 05-04-50
LSG Hessen, Urt. v. 13.07.2005 – L 6/7 KA 565/02	RID 05-04-13a
LSG Hessen, Beschl. v. 14.07.2005 – L 4 KA 18/05 ER –	RID 05-04-12
LSG Hessen, Beschl. v. 14.07.2005 – L 4 KA 20/05 ER –	RID 05-04-16
LSG Hessen, Beschl. v. 01.09.2005 – L 8 KR 80/05 ER –	RID 05-04-93
LSG Hessen, Urt. v. 01.09.2005 – L 1 KR 699/03 –	RID 05-04-111
LSG Hessen, Urt. v. 06.09.2005 – L 1 KR 196/04 –	RID 05-04-123
LSG Hessen, Beschl. v. 06.09.2005 – L 8/14 KR 364/04 ER –	RID 05-04-141
LSG Niedersachsen-Bremen , Urt. v. 15.06.2005 – L 4/16 KR 8/02 –	RID 05-04-84
LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 11.08.2005 – L 3 KA 78/05 ER –	RID 05-04-21
LSG Niedersachsen-Bremen, B. v. 16.08.2005 – L 4 KR 197/05 ER –	RID 05-04-82
LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 24.08.2005 – L 4 KR 124/02 –	RID 05-04-102
LSG Niedersachsen-Bremen, Beschl. v. 12.10.2005 – L 3 KA 128/05 ER –	RID 05-04-41
LSG Nordrhein-Westfalen , Urt. v. 28.04.2005 – L 5 KR 228/03 –	RID 05-04-117
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 17.05.2005 – L 10 B 10/04 KA ER –	RID 05-04-35
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 22.06.2005 – L 11 KA 83/04 –	RID 05-04-05
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 30.06.2005 – L 2 KR 89/04 –	RID 05-04-127
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 30.06.2005 – L 5 KR 34/05 –	RID 05-04-142
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 11.08.2005 – L 5 KR 72/04 –	RID 05-04-81
LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 02.09.2005 – L 16 B 65/05 KR ER –	RID 05-04-146
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 15.09.2005 – L 16 KR 77/05 –	RID 05-04-98
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 20.09.2005 – L 5 KR 35/02 –	RID 05-04-135
LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 19.10.2005 – L 11 (16) KR 315/03 –	RID 05-04-79
LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 20.10.2005 – L 16 B 14/05 KR ER –	RID 05-04-143
LSG Nordrhein-Westfalen, B. v. 20.10.2005 – L 16 B 47/05 KR ER –	RID 05-04-144
LSG Rheinland-Pfalz , Beschl. v. 25.04.2005 – L 5 B 39/05 KA –	RID 05-04-52
LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 19.08.2005 – L 1 KR 42/04 –	RID 05-04-106
LSG Saarland , Urt. v. 19.01.2005 – L 2 KR 29/02 –	RID 05-04-128
LSG Saarland, Urt. v. 19.01.2005 – L 2 KR 30/02 –	RID 05-04-129
LSG Sachsen , Urt. v. 26.01.2005 – L 1 KA 30/02 –	RID 05-04-11

LSG Sachsen-Anhalt , Urt. v. 23.02.2005 – L 4 KR 2/03 –	RID 05-04-131
LSG Sachsen, Beschl. v. 22.08.2005 – L 1 B 102/05 KR-ER –	RID 05-04-89
LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 15.06.2005 – L 5 KR 20/04 –	RID 05-04-115
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 29.06.2005 – L 5 KR 58/04 –	RID 05-04-134
LSG Schleswig-Holstein, Urt. v. 09.11.2004 – L 6 KA 22/03 –	RID 05-04-18
LSG Thüringen , Urt. v. 27.09.2004 – L 6 KR 883/02 –	RID 05-04-90
LSG Thüringen, Urt. v. 30.05.2005 – L 6 KR 23/02 –	RID 05-04-116
LSG Thüringen, Urt. v. 06.06.2005 – L 6 KR 132/03 –	RID 05-04-76
LSG Thüringen, Urt. v. 19.07.2005 – L 6 KR 770/03 –	RID 05-04-132
LSG Thüringen, Urt. v. 19.07.2005 – L 6 KR 771/03 –	RID 05-04-133
LG Erfurt , Beschl. v. 31.05.2005 – 1 HK O 122/05 –	RID 05-04-186
LG Gießen , Urt. v. 16.02.2005 – 1 S 223/03 –	RID 05-04-175
LG Lübeck , Urt. v. 01.08.2005 – 720 Js 34735/03 –	RID 05-04-177
LG München I , Urt. v. 12.05.2005 – 34 S 21822 –	RID 05-04-188
LG Saarbrücken , Beschl. v. 01.06.2005 – 7 II O 69/05 –)	RID 05-04-187
OLG Bamberg , Urt. v. 04.07.2005 – 4 U 126/03 –	RID 05-04-179
OLG Frankfurt a. M. , Urt. v. 14.04.2005 – 6 U 111/04 –	RID 05-04-185
OLG Hamm , Urt. v. 07.06.2005 – 4 U 34/05 –	RID 05-03-184
OLG Hamburg , Urt. v. 11.03.2005 – 1 U 10/04 –	RID 05-04-174
OLG Karlsruhe , Urt. v. 13.05.2005 – 14 U 164/03 –	RID 05-04-176
OLG Koblenz , Urt. v. 17.02.2005 – 5 U 349/04 –	RID 05-04-178
OLG Naumburg , Urt. v. 25.05.2005 – 1 U 59/03 –	RID 05-04-181
OLG Naumburg, Urt. v. 06.06.2005 – 1 U 7/05 –	RID 05-04-180
OLG Naumburg, Urt. v. 20.06.2005 – 4 U 126/03 –	RID 05-04-182
OLG Zweibrücken , Urt. v. 25.05.2005 – 4 U 73/04 –	RID 05-04-173
OVG Niedersachsen , Beschl. v. 17.08.2005 – 8 LA 243/04 –	RID 05-04-206
OVG Nordrhein-Westfalen , Beschl. v. 14.06.2005 – 13 B 667/05 –	RID 05-04-171
OVG Niedersachsen , Beschl. v. 01.02.2005 – 8 ME 324/04 –	RID 05-04-170
OVG Rheinland-Pfalz , Urt. v. 09.05.2005 – 2 A 10106/05 –	RID 05-04-190
OVG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 09.08.2005 – 6 A 10095/05 –	RID 05-04-168
OVG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 16.08.2005 – 2 A 10479/05 –	RID 05-04-191
OVG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 23.09.2005 – 10 A 10534/05 –	RID 05-04-192
SG Aachen , Urt. v. 06.09.2005 – S 13 KR 27/04 –	RID 05-04-136
SG Bayreuth , Urt. v. 26.08.2005 – S 9 KR 10/05 –	RID 05-04-126
SG Berlin , Urt. v. 09.02.2005 – S 71 KA 52/03 –	RID 05-04-25
SG Berlin, Urt. v. 09.02.2005 – S 71 KA 62/02 –	RID 05-04-24
SG Berlin, Beschl. v. 11.05.2004 – S 71 KA 76/04 ER –	RID 05-04-43
SG Berlin, Urt. v. 09.06.2005 – S 82 KR 927/05 –	RID 05-04-124
SG Berlin, Urt. v. 06.07.2005 – S 71 KA 66/02 –	RID 05-04-23
SG Berlin, Beschl. v. 24.08.2004 – S 71 KA 161/04 ER –	RID 05-04-30
SG Dresden , Urt. v. 24.02.2005 – S 18 KR 180/02 –	RID 05-04-130
SG Dresden, Gerichtsbs. v. 31.05.2005 – S 25 KR 247/03 –	RID 05-04-103
SG Dresden, Urt. v. 02.06.2005 – S 18 KR 210/02 –	RID 05-04-112
SG Dresden, Urt. v. 06.07.2005 – S 11 KA 829/02 –	RID 05-04-26
SG Dresden, Urt. v. 28.07.2005 – S 18 KR 398/02 –	RID 05-04-114
SG Dresden, Gerichtsbs. v. 10.08.2005 – S 18 KR 232/05 –	RID 05-04-96
SG Dresden, Gerichtsbs. v. 11.08.2005 – S 18 KR 304/05 –	RID 05-04-148
SG Dresden, Gerichtsbs. v. 23.08.2005 – S 18 KR 848/04 –	RID 05-04-107
SG Dresden, Urt. v. 08.09.2005 – S 18 KR 477/02 –	RID 05-04-80
SG Dresden, Beschl. v. 11.10.2005 – S 18 KR 540/05.ER –	RID 05-04-99
SG Düsseldorf , Urt. v. 25.05.2005 – S 2 KA 242/04 –	RID 05-04-17
SG Düsseldorf, Urt. v. 28.09.2005 – S 2 KA 240/04 –	RID 05-04-28
SG Frankfurt a. M. , Urt. v. 13.04.2005 – S 28/27 KA 1215/00 –	RID 05-04-42
SG Gotha , Urt. v. 13.10.2004 – S 7 KA 344/99 –	RID 05-04-29
SG Hamburg , Urt. v. 30.03.2005 – S 3 KA 288/02 –	RID 05-04-02
SG Hamburg, Urt. v. 06.04.2005 – S 27 KA 60/02 u. a. –	RID 05-04-27
SG Hamburg, Urt. v. 25.05.2005 – S 3 KA 158/04 –	RID 05-04-10
SG Hamburg, Urt. v. 30.05.2005 – S 3 KA 289/02 –	RID 05-04-09
SG Hamburg, Urt. v. 13.07.2005 – S 3 KA 187/04 –	RID 05-04-04
SG Karlsruhe , Urt. v. 15.10.2004 – S 5 KR 975/04 –	RID 05-04-125
SG Leipzig , Urt. v. 09.06.2005 – S 8 KR 89/04 –	RID 05-04-139
SG Marburg , Urt. v. 19.04.2005 – S 6 KR 182/03 –	RID 05-04-88
SG Marburg, Beschl. v. 20.07.2005 – S 12 KA 74/05 ER –	RID 05-04-36
SG Marburg, Beschl. v. 20.07.2005 – S 12 KA 354/05 ER –	RID 05-04-32
SG Marburg, Beschl. v. 20.07.2005 – S 12 KA 354/05 ER –	RID 05-04-53
SG Marburg, Beschl. v. 25.08.2005 – S 12 KA 182/05 ER –	RID 05-04-14
SG Marburg, Beschl. v. 06.09.2005 – S 12 KA 454/05 ER –	RID 05-04-19
SG Marburg, Beschl. v. 17.10.2005 – S 12 KA 783/05 ER –	RID 05-04-07
SG Marburg, Beschl. v. 02.11.2005 – S 12 KA 980/05 ER –	RID 05-04-15
SG Meiningen , Urt. v. 16.03.2005 – S 4 KR 1087/02 –	RID 05-04-109
SG Meiningen, Urt. v. 14.12.2004 – S 4 KR 599/01 –	RID 05-04-118
SG Regensburg , Urt. v. 10.11.2004 – S 14 KR 38/04 –	RID 05-04-97
SG Ulm , Urt. v. 28.06.2005 – S 1 KR 2522/03 –	RID 05-04-101
VG Frankfurt a. M. , Urt. v. 26.04.2005 – 21 BG 5727/04 –	RID 05-04-166
VG Frankfurt a. M., Beschl. v. 26.04.2005 – 21 BG 6932/04 –	RID 05-04-167
VG Frankfurt a. M., Beschl. v. 15.08.2005 – 7 E 6411/03 (1) –	RID 05-04-49
VG Gießen , Beschl. v. 22.01.2004 – 5 E 1134/03 –	RID 05-04-48
VG für das Saarland , Urt. v. 13.07.2005 – 1 K 148/04 –	RID 05-04-169

ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT

Stand: 08.11.2005: 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				
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
Angemessene Vergütung / Honorartopf	6/04 Termin: 31.08.2005	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 fachärztlichen 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
Ermächtigte Laborärzte - Nrn. 3454 und 3456 EBM	38/04 Termin: 31.08.2005	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 Termin: 31.08.2005	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?	SG Dortmund , Urt. v. 04.11.2003 - S 9 KA 94/02, 225/00 -	04-03-26 u. 27

		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?		
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 i d F 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
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

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
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

Sachlich-rechnerische Berichtigung

Korrektur eines Honorarbescheides nach geringerer Gesamtvergütung	78/03, 16, 17, 18, 19, 20/05 R Termin: 14.12.2005	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 Termin: 28.09.2005	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 Vertrauensschutzgesichtspunkten 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 Kassenzahnärztliche Vereinigung bei Erreichen bestimmter Prozentsätze von Wechslern eine sachlich-rechnerische Richtigstellung vornehmen?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 09.06.2004 – L 5 KA 4316/02 –	05-01-18
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
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
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 05-02-22
Zahnärzte: Nrn 169 und 172 GOÄ 1965	39/05	Können Zahnärzte die Leistungen nach den Nrn 169 und 172 GOÄ 1965 neben anderen chirurgischen Leistungen in demselben Zielgebiet abrechnen?	LSG Hessen , Urt. v. 13.07.2005 – L 6/7 KA 565/02 –	05-04-13a

Arztregister/Fachkunde/Notfalldienst/Genehmigung zur Künstlichen Befruchtung

Prüfungskompetenz einer KV bei Eintragung als Psychologischer Psychotherapeut	27/04 Termin: 31.08.2005	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	59/04 Termin: 31.08.2005	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 Termin: 31.08.2005	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
Notfalldienst und ärztliche Praxis	73/04 Termin: 28.09.2005	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 Termin: 28.09.2005	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

Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress

Zahnärzte: Vergleichsgruppe bei Oralchirurgen	3, 4, 5, 6/05 Termin: 14.12.2005	Sind die Prüfgremien 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.	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,	04-04-43 u. 44
-----------------------------	--	---	--	-------------------

	60/04 Termin: 02.11.2005		52/03 u. 4/03	
	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
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 Termin: 28.09.2005	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
	70/04 (vgl. BVerfG, Beschl. v. 17.08.2004 - 1 BvR 378/00) Termin: 28.09.2005	Ist die Klage eines niedergelassenen Arztes gegen Bescheide, mit denen der beklagte Berufungsausschuss Krankenhausärzte zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt hat, unter Hinweis auf eine akute Bedrohung seiner wirtschaftlichen Existenz zulässig?	SG Hamburg , Urt. v. 04.02.1998 - 3 KA 486/97 -	

Gesamtvergütung

Bindung einer Krankenkasse an Gesamtvergütungsvertrag	71, 72/04 Termin: 28.09.2005	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	2/05	Hat eine Kassenärztliche Vereinigung einen Anspruch auf Verzugszinsen gegenüber einer Krankenkasse für verspätet geleistete Abschlagszahlungen?	SG Karlsruhe , Gerichtsb. v. 21.12.2004	05-02-58

geleistete Abschlagszahlungen			- S 1 KA 4638/03 -	
Zahnärzte: Beitragssatzstabilität bei Punktwertfestsetzung – Jahr 2000	25/04 Termin: 14.12.2005	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.	<i>LSG Hessen,</i> Urt. v. 10.12.2003 - L 7 KA 425/02 -	04-03-49
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.	<i>LSG Nordrhein-Westfalen,</i> 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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen,</i> Urt. v. 30.06.2004 - L 11 KA 160/03 -	04-04-66

ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG (LEISTUNGSRECHT)

Stand: 08.11.2005

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
Interstitielle 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
Extrakorporale Stosswellentherapie	B 1 KR 28/03 R Termin: 27.09.2005	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 - Weibliche Fertilitätsstörung	B 1 KR 29/04 R	Hat eine Versicherte unter Berücksichtigung des Art 3 GG auch dann einen Kostenerstattungsanspruch für eine künstliche Befruchtung mit intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI), wenn nicht eine männliche sondern eine weibliche Fertilitätsstörung vorliegt?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen,</i> Urt. v. 27.09.2004 - L 16 KR 167/03 -	04-04-85
Kosten für stationäre Behandlung				
Zusatzkosten (Knochenzellentransplantat)	B 1 KR 25/04 R Termin: 27.09.2005	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	<i>LSG Nordrhein-Westfalen,</i> Urt. v. 19.07.2004 - L 5 KR 63/02 -	04-04-98

		verpflichtet hat?		
Zeit zwischen Abschluss des Genehmigungs- und Versorgungsvertrages	B 1 KR 22/05 R	Hat ein Versicherter Anspruch auf stationäre Krankenhausbehandlung, wenn zum Zeitpunkt seiner Aufnahme zwar ein Versorgungsvertrag iS von § 108 Nr 3 SGB 5 zwischen Krankenträger und Krankenkassenverbänden geschlossen, dieser aber noch nicht von der zuständigen Landesbehörde genehmigt worden war und diese Genehmigung zu einem späteren Zeitpunkt erfolgte?	LSG Baden-Württemberg , Urt. v. 18.05.2004 - L 11 KR 1138/04 -	04-03-150
Geburtshaus	B 1 KR 34/04 R	Hat eine Versicherte einen Anspruch auf Erstattung der Kosten für Unterkunft, Pflege und Verpflegung in einem Geburtshaus gegenüber der Krankenkasse?	SG Altenburg , Urt. v. 08.11.2004 - S 4 KR 554/04 -	vgl. 03-01-68 u. 69; 03-03-97

Kostenerstattung

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

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

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
Wobe-Mugos E	B 1 KR 6/04 R Termin: 27.09.2005	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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 27.01.2005 - L 16 KR 137/03 -	05-02-126
Reha-Kinderwagen	B 3 KR 31/04 R Termin: 10.11.2005	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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , 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?	<i>LSG Hamburg</i> , 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.	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 15.02.2005 - L 11 KR 4607/04 -	05-03-105
Ojektivierbares 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?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 08.03.2005 - L 11 KR 1913/04 -	05-02-124
Vojta-Therapie-Liege	B 3 KR 25/05 R	Stellt eine Vojta-Therapie-Liege bei Einsatz im häuslichen Bereich ein Hilfsmittel iS der Krankenversicherung dar?	<i>LSG Baden-Württemberg</i> , Urt. v. 03.05.2005 - L 11 KR 1634/04 -	05-03-112

Häusliche Krankenpflege/Hospizversorgung

Behandlungspflege/Grundpflege	B 3 KR 38/04 R Termin: 10.11.2005	Gehört die Krankenbeobachtung eines schwerstbehinderten Versicherten mit therapiereisistenten multifokalen Anfallsleiden und wechselnder Anfallshäufigkeit zur Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 19.07.2004 - L 5 KR 13/03 -	04-04-128
	B 3 KR 19/04 R Termin: 01.09.2005	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?	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 27.11.2003 - L 4 KR 88/01 -	04-03-135
	B 3 KR 42/04 R Termin: 10.11.2005	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?	<i>LSG Bayern</i> , 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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , 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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 28.04.2005 - L 5 KR 105/04 -	05-03-114
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?	<i>LSG Nordrhein-Westfalen</i> , Urt. v. 08.07.2004 - L 2 KN 76/04 KR -	04-04-127
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"),	<i>LSG Bayern</i> , Urt. v. 25.11.2004	05-02-134

		die von einem Pflegedienst durchgeführt wurden, im Rahmen der häuslichen Krankenpflege zu übernehmen?	- L 4 KR 97/03 -	
Unzumutbare Hilfe durch Haushaltsangehörige	B 3 KR 24/05 R	Nach welcher Rechtsgrundlage ist sind Kosten für die Verabreichung von Insulin im Rahmen der häuslichen Krankenpflege erstattungsfähig, die nach Erteilung des die Leistung ablehnenden Bescheides einer Krankenkasse aufgrund eines vor Bescheiderteilung geschlossenen Vertrages entstehen?	LSG Berlin-Brandenburg , Urt. v. 07.06.2005 - L 24 KR 49/03 -	05-04-121
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 Termin: 08.11.2005	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

Fahrkosten

Fahrkosten zur ambulanten Methadon-Substitution	1 KR 20/05 R	Hat eine an Drogensucht leidende Versicherte einen Anspruch auf Kostenerstattung der Fahrkosten zur ambulanten Methadon-Substitution?	LSG Hessen , Urt. v. 06.09.2005 - L 1 KR 196/04 -	05-04-123
---	--------------	---	--	-----------

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?	SG Reutlingen , Urt. v. 20.01.2005 - S 3 KR 3431/04 -; SG Dresden , Urt. v. 26.01.2005 - S 25 KR 1233, 1319/04 -;	05-02-140 05-02-138, 139
	B 8 KN 1/05 KR R	Besteht auch nach Inkrafttreten des GMG zum 1.1.2004 ein Anspruch auf Sterbegeld, wenn der Versicherte im Jahr 2004 verstirbt?	SG Duisburg , Urt. v. 10.06.2005- S 9 KN 8/05 KR	

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).	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 12.04.2005 - L 5 KR 37/04 -	
Psychiatrie-Patienten	B 3 KR 21/05 R	Zur Frage der Notwendigkeit fortdauernder Krankenhausbehandlung bei Psychiatrie-Patienten, die aufgrund ihres Krankheitsbildes von der Krankenkasse als Pflegefall angesehen werden (Abweichung vom Urteil des BSG vom 13.5.2004 - B 3 KR 18/03 R = SozR 4-2500 § 39 Nr 2).	LSG Schleswig-Holstein , Urt. v. 11.05.2005 - L 5 KR 42/04 -	
Überprüfungsverfahren	B 3 KR 22/05 R	Zum Vergütungsanspruch eines Krankenhauses bei streitiger Notwendigkeit der Verlängerung einer Krankenhausbehandlung, wenn das zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer einer Krankenhausbehandlung vereinbarte Verfahren von mehreren Beteiligten nicht eingehalten worden ist.	LSG Saarland , Urt. v. 19.01.2005 - L 2 KR 29/02 -	05-04-(S. 59)
	B 3 KR 23/05 R	Sind Einwendungen einer Krankenkasse gegen die Verlängerung einer Krankenhausbehandlung ausgeschlossen, wenn das zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer einer Krankenhausbehandlung vereinbarte Verfahren von ihr nicht eingehalten und dem Kran-	LSG Saarland , Urt. v. 19.01.2005 - L 2 KR 30/02	05-04-128

Fallpauschale 16.02	B 3 KR 20/05 R	kenhaus eine Nachholung der Überprüfung nicht zugemutet werden kann? 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
Apotheker: Apothekenrabatt 2002: Arznei- mittelausgaben-BegrenzungsG	B 3 KR 34/04 R Termin: 01.09.2005	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: Auswirkun- gen einer Vertragskündigung	B 3 KR 3/04 R Termin: 01.09.2005	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

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